

## **El Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH/ADHS) desde un enfoque pedagógico.**

**Fabián Inostroza I.\***

### **Introducción:**

El siguiente texto es escrito con el fin de sistematizar la información disponible en numerosas fuentes con el fin de servir para la orientación del estudio de los alumnos del curso Pedagogía de la Diversidad que se dicta en la Facultad de Educación de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

A continuación se expondrá de forma sistematizada la información disponible en una diversidad de fuentes que tratan sobre esta temática abordando diferentes ámbitos que son indispensables conocer a la hora de implementar intervenciones pedagógicas ajustadas a las necesidades de un niño con TDAH en el aula.

La ventaja que presenta este texto por sobre otros que tratan la misma materia, es el enfoque pedagógico que se le otorga en función de los conocimientos, habilidades y estrategias que debería contar todo/a educador/a que cursan los programas de formación en Educación de Párvulos como los de Pedagogía General Básica.

Espero que este documento cumpla con las expectativas de quien escribe en términos de aportar en el conocimiento de forma contextualizada y cercana al ámbito educativo y de la labor que deben desempeñar a diario quienes tienen la difícil y desafiante labor de formar a aquellos niños y niñas que forman parte del sector más vulnerable del sistema escolar chileno.

---

\* Bachiller en Educación de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Alumno de Pregrado de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Ayudante del Curso Pedagogía para la Diversidad.

## Definición:

El déficit de atención con o sin hiperactividad es uno de los temas de los cuales hemos escuchado hablar con frecuencia en este último tiempo, principalmente porque se estima que afecta entre el 3% y el 7 % de los niños/as en edad escolar según indican cifras de la DSM IV- R<sup>1</sup>. Este cuadro se inserta dentro del grupo de los Trastornos Generales del Desarrollo (TGD), debido principalmente a que las teorías que cuentan con mayor evidencia actualmente en la comunidad científica respecto a su etiología o causa es la que contempla una causa genética y neurológica, vale decir, plantean un origen neurofisiológico. Ahora es importante resaltar que dentro de la literatura disponible existen múltiples explicaciones respecto a su origen y que la elección de una de ellas, determinará el enfoque con el cual se diagnóstica como también afectará la forma en la cual se abordará. Sin embargo, aunque existen diferentes perspectivas, podemos extraer ciertos elementos comunes que se encuentran disponibles en la gran mayoría de las definiciones, por tanto, dentro de este texto emplearemos como definición de este cuadro, la que se propone a continuación:

*“El TDAH es un trastorno de origen neurobiológico que se define por tres características bien definidas, estas son: hiperactividad, impulsividad e inatención, las cuales pueden presentarse solas o combinadas de acuerdo al caso”.*

Por ello observaremos que los diferentes autores definen tres subtipos de TDAH presentes en las personas<sup>2</sup>:

- **TDAH con hiperactividad e impulsividad:** En donde el síntoma preponderante es la hiperactividad motora y verbal.
- **TDAH con inatención:** En donde el síntoma predominante es la falta de atención y concentración.

---

<sup>1</sup> Mena, B, Nicolau , R(et al) (2006) “Guía Practica para educadores : El alumno con TDAH. Ed. Mayo . Pág. 8.

<sup>2</sup> Mena, B. , Nicolau, R (et al) (2006) “Guía Practica para educadores : El alumno con TDAH. Ed. Mayo . Pág. 10.

- **TDAH combinado:** En donde la persona manifiesta síntomas de inatención y de hiperactividad motora y verbal.

Cada una de las características o síntomas predominantes en este cuadro se revisaran más adelante con mayor grado de detalle o especificidad, por ahora nos enfocaremos a abordar la etiología o causas del cuadro.

### **Etiología:**

Llama la atención el sin fin número de hipótesis que se barajan en torno a explicar las causas de este trastorno, lo más llamativo es que en la mayoría de los causas, cada una de ellas, por si sola no es capaz de explicarlo por completo, vale decir, estamos en presencia de un cuadro sintomático en el que las investigaciones aún están en desarrollo y en continua prueba.

Por ello me limitaré a dar a conocer las distintas posibilidades que se han estudiado. Estas son las siguientes:

- Genéticas – Traumáticas – Infecciosas – Tóxicas – Perinatales – Familiares - Culturales

Sin embargo, hoy en día existe bastante consenso respecto a que las bases neurobiológicas, que interactúan con factores heredados, alteraciones neuroanatómicas y una disfunción de sistemas de neurotransmisión, son las más estudiadas y con mayor evidencia (MILICIC, 2004). La mayoría de las pruebas se centran en estudios de las regiones cerebrales que controlan los procesos de atención y el juicio en situaciones sociales, mediante PET (Tomografía por Emisión de Positrones, siglas en Inglés) en donde se comparan los niveles de actividad metabólica de personas con TDAH y personas de control, en donde dicha actividad es evidentemente menor en las primeras. Como también se ha detectado como factor causal un bajo nivel del neurotransmisor dopamina, en los niños afectados por esta condición.

A continuación se hará un breve repaso de las principales causas o factores que incidirían en su aparición.

### **Factores genéticos:**

Según estudios realizados en los últimos 30 años, la prevalencia del factor hereditario en personas con TDAH se encuentra en un rango de 0,6 a 0,9, por tal motivo si uno de los progenitores tiene TDAH existe un 75 % de probabilidad aproximadamente a que el hijo/a también presente el cuadro.

Luego de realizar diferentes pruebas con fármacos que regulan los niveles de dopamina se determinó que uno de los responsables es el gen receptor de la dopamina D4, llamado DRD4\*7 que se encuentra en el cromosoma número 11.

### **Factores no genéticos (pre, peri y postnatales)**

Una de las hipótesis existentes es que la presencia de anormalidades antes y durante la gestación y posteriormente en el parto, serían las causantes de este trastorno.

Para algunos investigadores, los niños prematuros, los que presentan bajo peso al nacer o los que sufrieron anoxia durante el parto o infecciones neonatales, tienen mayores posibilidades de desarrollar el cuadro (MORENO, 1995).

También se ha planteado que la presencia de algunas infecciones post parto son factores influyentes como por ejemplo: encefalitis, meningitis, traumatismo neoencefálico, deficiencia nutricional, etc.

## **Factores nutricionales**

Una de las hipótesis que se barajaron con fuerza en los años 70 fue la que proponía que el consumo de colorantes artificiales, conservantes y salicilatos naturales, como las almendras, las frambuesas y los tomates contribuían a la aparición de la hiperactividad.

Debido a esto actualmente sigue vigente que el consumo excesivo de azúcar o aspartame (Nutra Sweet) como también edulcorantes son factores que inciden en la hiperactividad, sin embargo, dichas teorías han sido abandonadas por falta de evidencia empírica.

## **Factores Neuroanatómicos**

Se ha comprobado que alteraciones en áreas prefrontales (esenciales en los procesos de atención, control de impulsos, organización y actividad sostenida dirigida a un fin) provocan falta de atención, distractibilidad e inhabilidad para inhibir una respuesta (MILICIC, 2004). Además se ha descubierto que alteraciones en la corteza promotora provoca inquietud motora, en la medida que ésta cumple la función de preparación para los movimientos voluntarios.

También se estudian la importancia de otras zonas del cerebro, tales como los ganglios basales, la corteza prefrontal, regiones subcorticales (tálamo, caudado), son responsables de la presencia de TDAH cuando estas son interferidas en su normal funcionamiento.

## **Factores Familiares y Psicosociales**

Generalmente se han estudiado estos factores relacionados con la conducta hiperactiva, principalmente cuando estamos en presencia de familias disfuncionales en donde existen estresores familiares de diversa índole y además se presenta una dificultad en relación a las normas de crianza o de ausencia de ellas.

Aunque la ponderación de estos factores hoy en día es discutible, en la mayoría de los casos, estos van a complicar el diagnóstico y a alterar el pronóstico de los niños que cuentan con este cuadro.

Entre los elementos que los expertos han detectado como facilitadores desde esta perspectiva para un buen pronóstico se encuentran los siguientes:

- *Cohesión del grupo familiar, aceptación de las dificultades del niño, apoyo emocional, compensación activa de las áreas deficitarias.*

### **Diagnóstico diferencial y comorbilidad**

El diagnóstico en el caso del TDAH , por tratarse de un cuadro detectable solo por medio de la sintomatología debe guiarse mediante el uso de ciertos criterios, los cuales están establecidos por la DSM – IV y el CIE 10, los cuales son dos referentes que sirven de apoyo al profesional de la salud que realiza esta tarea.

Actualmente los criterios contenidos en el DSM-IV son los más usados, tanto a nivel nacional como internacional. A continuación presentaré de forma breve los criterios para el diagnóstico y los indicadores contenidos en cada uno de ellos, de forma esquemática<sup>3</sup>:

- A. Debe cumplir 6 o más de los síntomas siguientes para el déficit de atención y/o hiperactividad , síntomas que deben estar presentes por más de 6 meses :*

<b>Déficit de atención (inatención)</b>
1. No pone atención a los detalles , comete errores frecuentemente por descuido
2. Tiene dificultades para mantener la atención en tareas y juegos
3. No parece escuchar lo que se le dice cuando se le habla directamente
4. No sigue instrucciones, no termina las tareas en la escuela, no termina los encargos a pesar de entenderlos.

<sup>3</sup> Fernández, A. , Calleja, B. (2002) El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Pág . 76

5. Dificultades para organizar las tareas y actividades 6. Evita o rechaza las tareas que demanden hacer un esfuerzo 7. Pierde útiles o cosas necesarias para sus tareas o actividades diarias (lápices, libros, cuadernos, etc.) 8. Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes 9. Olvidadizo/a en las actividades diarias.
<b>Hiperactividad – impulsividad</b>
1. Molesta moviendo las manos o los pies mientras esta sentado/a 2. Se levanta del puesto en la sala o en otras situaciones en donde debe estar sentado/a 3. Corre, salta, trepa...en situaciones inadecuadas. 4. Dificultades para relajarse o mantenerse quieto en situaciones o juegos que lo requieran. 5. Esta continuamente en movimiento como si tuviese un motor por dentro 6. Habla excesivamente 7. Contesta o actúa antes de que terminen de formular la pregunta o instrucción 8. Tiene dificultades para esperar turnos en los juegos 9. Interrumpe los juegos o las conversaciones de los demás

*B. Algunos síntomas presentes antes de los 7 años*

*C. Síntomas presentes en dos o más lugares (casa, escuela, etc.)*

*D. Clara evidencia de incidencia en varias dimensiones de su vida: familiar, escolar, etc.*

*E. Exclusión previa de otros trastornos del desarrollo similares: ansiedad, consumo de sustancias como alcohol, drogas o medicamentos.*

Teniendo en cuenta los criterios e indicadores enunciados anteriormente es necesario además de una anamnesis, abarcar otros ámbitos desde los cuales se evalúa este cuadro, los que deben incluir:

- Un análisis descriptivo basado en limitaciones y fortalezas en cuanto a desarrollo motor, destrezas cognitivas, habilidades sociales y relacionales y capacidad de adaptación a diferentes ambientes, por citar algunas. (MILICIC, CONDEMARIN, 1994).

Respecto a la comorbilidad se estima que más de un 50% de los niños con TDAH presentan asociación con otras psicopatologías y que esta tiende a incrementarse con el tiempo. Es necesario aclarar que los rangos de comorbilidad dependerán de la edad, sexo, nivel socioeconómico, entre otros antecedentes que este a disposición.

El siguiente cuadro puede ilustrar mejor la situación<sup>4</sup> :

<i>Otra condición</i>	<i>Porcentaje de Comorbilidad (aprox.)</i>
<i>Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD)</i>	<i>30-40 %</i>
<i>Trastorno de conducta ( 7 a 9 años)</i>	<i>14, 3 %</i>
<i>Depresión</i>	<i>9 – 38 %</i>
<i>Desordenes por Ansiedad</i>	<i>25 %</i>
<i>Trastorno Bipolar</i>	<i>12-14 %</i>
<i>Trastornos Específicos de Aprendizaje (TEA)</i>	<i>9 – 30 %</i>

Es fundamental que existan estudios dentro de la etapa del diagnóstico respecto a la comorbilidad, ya que permitirá descartar otros cuadros que estarían interfiriendo a futuro en el tratamiento, ya que una de las principales dificultades que se producen en el abordaje del cuadro es precisamente la presencia de otras patologías que se confunden y se mimetizan con el TDAH.

El diagnóstico diferencial se debe explorar áreas en busca de diferentes grados de comorbilidad y/o superposición de síntomas con el TDAH<sup>5</sup> tal como se indica en la siguiente tabla:

<sup>4</sup> MILICIC, N. , CONDEMARIN, M. , GOROSTEGUI, M. (2004) *Déficit atencional “Estrategias para el diagnóstico y la intervención psicoeducativa”* Pág. 94 . Ed. Ariel.



Áreas	Diagnóstico diferencial y comorbilidad
Biológica	Déficit sensoriales , visuales y auditivos
	Uso de medicamentos que afectan la atención: antihistamínicos, fenobarbital, etc.
	Problemas tiroideos
	Retardo mental
	Tumores o abscesos del lóbulo frontal
	Injurias y lesiones del SNC
	Intoxicación por plomo
	Prematuridad
	Características asociadas a temperamento
Funcional	Trastorno oposicionista desafiante
	Trastorno de conducta
	Trastorno de animo
	Trastornos adaptativos con conductas disruptivas
	Trastornos de ansiedad
	Trastornos de personalidad
	Trastornos obsesivos – compulsivos
	Trastornos maniáticos o bipolares
Del desarrollo	Hiperactividad , inatención, control de impulsos según la edad
Problemas Familiares o del ambiente	Problemas atribuibles al colegio, metodológicos, etc.
	Crisis familiares: separaciones , adicciones, abuso, maltrato, etc.
	Patologías familiares
	Problemas de estilo de crianza, ambientes caóticos, ausencia de normas.

<sup>5</sup> MILICIC, N. , CONDEMARIN, M. , GOROSTEGUI, M. (2004) *Déficit atencional “Estrategias para el diagnostico y la intervención psicoeducativa”* Pág. 95 . Ed. Ariel.

Siempre y cuando sean analizadas cada una de estas variables o factores intervinientes y además se tenga claro mediante una serie de instrumentos de observación (Test de Connors) o mediante un diagnóstico por un equipo multiprofesional (neurólogo, psiquiatra, psicólogo y pedagogo) estaremos seguros para comenzar con el tratamiento.

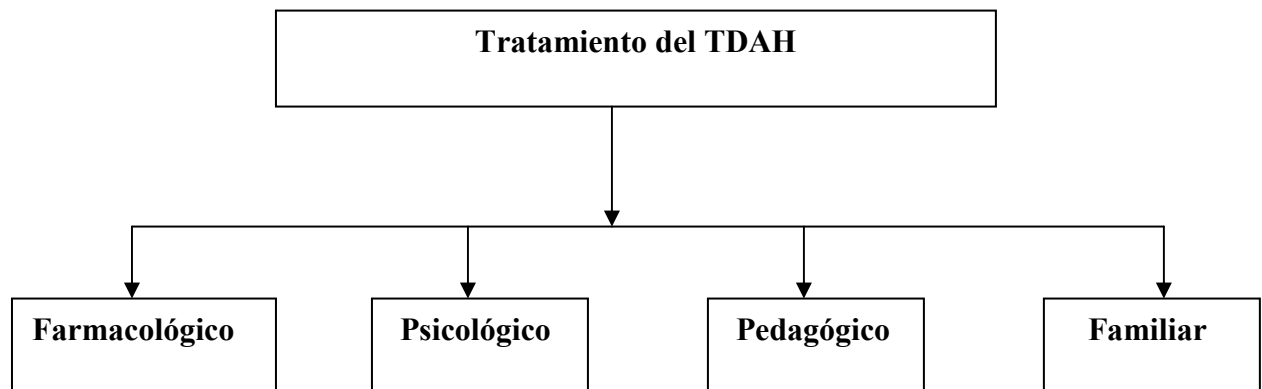
## **Tratamiento del TDAH**

Para abordar el TDAH es necesario entender que por tratarse de un síndrome no tiene cura. No obstante, esto no es motivo por el cual haya que desanimarse ni dejar de ser optimista respecto a las proyecciones futuras de las personas con TDAH. Al contrario hoy en día existen múltiples estudios que señalan que si el TDAH es diagnosticado tempranamente y es abordado desde múltiples dimensiones, este puede mejorar gradualmente y evolucionar de tal manera que el niño/a pueda desarrollarse de la mejor manera y adaptarse al medio sin inconvenientes.

Respecto a la modalidad del tratamiento que se seguirá, existen estudios que datan del 1999, que señalan que el tratamiento farmacológico en conjunto con la terapia conductual, es el más exitoso de entre las distintas modalidades de abordaje, presentando un mejor pronóstico a futuro para el cuadro de TDAH y todas sus variantes. (MTA, 1999).

No obstante a lo anterior, es necesario realizar precisiones respecto a estos resultados, ya que sin negar la importancia de ambos tipos de intervención, es necesario ampliar el campo de intervención, por tanto, se hace necesario incluir otro tipo de factores que ayudaran a un mejor desarrollo social y emocional. Por estos factores me refiero específicamente al abordaje pedagógico y familiar del cuadro.

Por tanto, a modo de síntesis, el esquema que se presenta a continuación deja más clara la idea respecto al abordaje del TDAH:

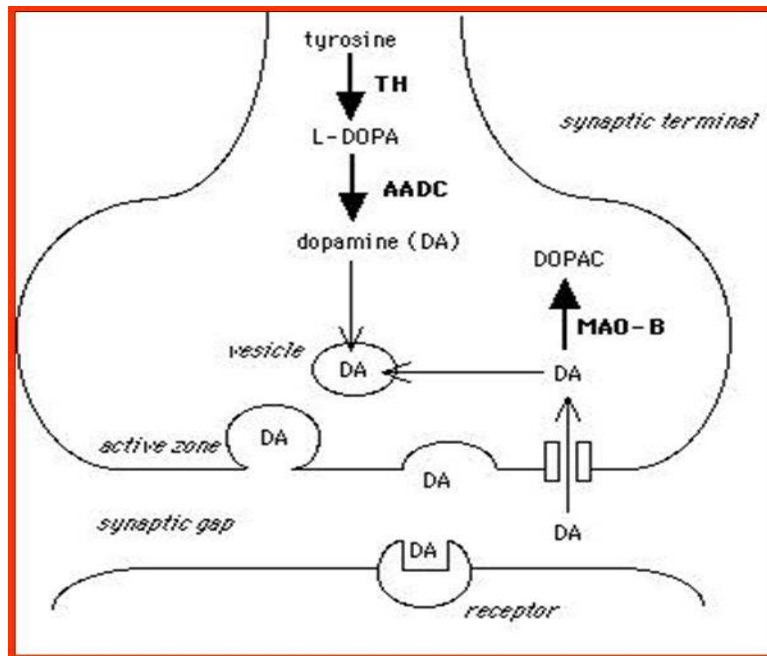


### **El tratamiento farmacológico**

Es necesario realizar una aclaración respecto a este tipo de intervención: actualmente para tratar los síntomas del TDAH se administran fármacos psicoestimulantes, los cuales ayudan a disminuir la actividad motora y a mantenerse más atentos y más concentrados en una tarea determinada, pero esto no significa que estos por si solos sean suficientes para tratar el TDAH, ya que el empleo de los psicofármacos se inserta dentro de un programa de apoyo integral al niño/a. La labor de estos medicamentos es ser reguladores neurobioquímicos que se le proporcionan a los pacientes, en espera de la maduración del SNC, y claramente no tienen efectos curativos, pero ayudan significativamente a que los niños/as se adecuen mejor a las demandas del medio, que logren un mejor rendimiento escolar, que mejoren en sus relaciones interpersonales, etc. (MILICIC; 2004).

Los fármacos más usados hoy en día para el tratamiento de los síntomas del TDAH son los *psicofármacos* derivados de las anfetaminas, las que pertenecen al grupo de los psicoestimulantes que tienen como propiedad fundamentalmente el aumentar la excitabilidad neuronal, lo que se traduce en un aumento de la actividad física y mental de las personas.

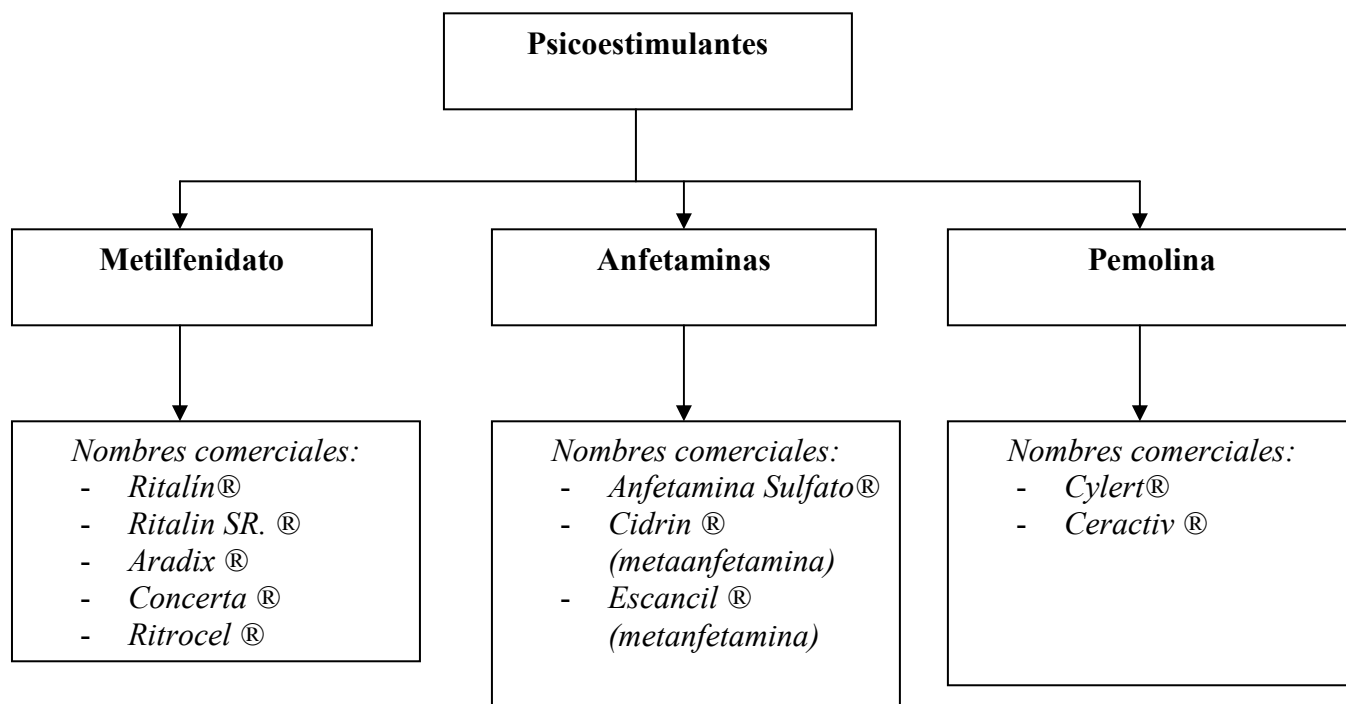
Ahora, cuando hablamos de medicamentos o fármacos psicoestimulantes es necesario entender el mecanismo de funcionamiento de estos en el SNC a nivel neuronal, y obviamente es mucho más sencillo explicar dicho proceso mediante un diagrama:



Interpretando este diagrama podemos decir que el consumo de estos derivados de las anfetaminas, permiten que exista una mayor liberación del neurotransmisor dopamina y además impide que las enzimas que degradan este neurotransmisor, actúe sobre ellas, además de bloquear el reciclaje de esta molécula, por tanto esta estará disponible en mayor cantidad y durante un tiempo más prolongado lo que significa que el SNC estará más “alerta” y permitirá sin duda alguna, que los niños/as permanezcan más atentos, concentrados y con una menor tasa de inatención e hiperactividad<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Respecto a esto se ha comprobado que al activar las vías neuronales que están relacionadas con la atención y la concentración, los niños permanecen más quietos y abocados a las tareas que se les demanden sin necesitar pararse y moverse de un lugar a otro o hablar más de lo que corresponde en una situación escolar promedio.

Los medicamentos psicoestimulantes más usados hoy en día son:



Se hace preciso aclarar que en el diagrama aparecen los nombres de los fármacos o la DCI (Denominación Común Internacional) que hacen alusión al principio activo, como también a los nombres comerciales de estos, tal y como los conocemos en la vida diaria, tales como: Ritalín®, Aradix®, Concerta®, etc. Es importante realizar la acotación ya que muchas veces se habla a nivel clínico de estos por el nombre del fármaco y no por la marca comercial que los distintos laboratorios usan para distinguir a sus productos.

También se hace necesario aclarar cuales son las especificaciones necesarias respecto a la administración de estos fármacos, los que son presentados a continuación:

Fármacos	Indicaciones
Metilfenidato (MFN)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aprobado por la FDA para TDAH y narcolepsia. Mayores de 6 años</li> <li>Dosificación: 5 mg c/ mañana y subir gradualmente 5 o 10 mg por</li> </ul>

	<p>semana</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dosis máxima 60/mg por día.</li> <li>• Efectos no deseados: insomnio, anorexia, vómitos, labilidad emocional, taquicardia cambios de presión arterial diastólica.</li> </ul>
Anfetaminas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprobado por la FDA para el tratamiento del SDA, narcolepsia y obesidad exógena.</li> <li>• Uso aprobado sobre 3 años de edad</li> <li>• Efecto más claro en los preescolares , más seguro en los que además tienen epilepsia , efecto positivo en la mayoría de los no respondedores a MFN</li> <li>• Efectos laterales más frecuentes e intensos que con el MFN</li> </ul>
Pemolina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe ser usado con máxima precaución por riesgo de daño hepático (15 casos de muerte y 12 de transplante)</li> <li>• La pemolina es administrada como una dosis oral única cada mañana. La dosis de inicio recomendada es de 37.5 mg/día El máximo recomendado de dosis diaria de pemolina es de 112.5 mg.</li> </ul>

Respecto a la farmacocinética de los medicamentos psicoestimulantes, vale decir, el comportamiento que estos tienen dentro del organismo, se puede decir que su efecto dependerá del tipo o modalidad en la que el fármaco sea expandido, ya que en el caso del metilfenidato existen dos tipos, uno simple y otro de acción prolongada, por eso es fundamental el conocimiento por parte del docente o educador/a sobre el tipo de fármaco que consume el/la niño/a.

La siguiente tabla ofrece una explicación sobre el comportamiento de dichos fármacos:

<b>Fármaco</b>	<b>Peak</b>	<b>Vida media</b>	<b>Efecto total</b>
<i>Metilfenidato</i>	1 a 2 horas	2 a 4 horas	6 horas
<i>Metilfenidato SR.</i>	2 a 3 horas	4 a 6 horas	8 a 10 horas
<i>Anfetamina</i>	2 a 3 horas	6 a 8 horas	8 horas
<i>Pemolina</i>	2 a 4 horas	7 a 7,5 horas	10 a 12 horas

Un grupo de estudios llevados a cabo en 1999, determinaron que el fármaco más efectivo para tratar la hiperactividad es el metilfenidato y el metilfenidato SR. (acción prolongada), debido principalmente a que controlaban de forma más efectiva los síntomas y no causaban daño hepático como se presumía que los causaba la pemolina.

### **El abordaje del TDAH desde la escuela**

Uno de los aspectos más destacados de este texto tal y como se presenta la literatura sobre este tema, es sobre el tratamiento farmacológico. Sin embargo, considerar que solo el abordaje de este cuadro, desde ésta perspectiva sería poco serio en términos de la labor de un educador/a ya que significaría que basta solo con un buen diagnóstico y con el cumplimiento del tratamiento farmacológico para que el/la niño/a pudieran salir adelante.

Por un lado sería injusto que no se tomara en cuenta el rol fundamental del educador/a en la ayuda del control de los síntomas, además de la responsabilidad de adaptar la planificación de aula a la necesidad del niño/a con TDAH.

Por otro lado sería bastante simple que con solo la ingesta de un fármaco pudiésemos solucionar todos los problemas derivados de los síntomas del TDAH, como los problemas interpersonales, problemas de rendimiento académico, etc.

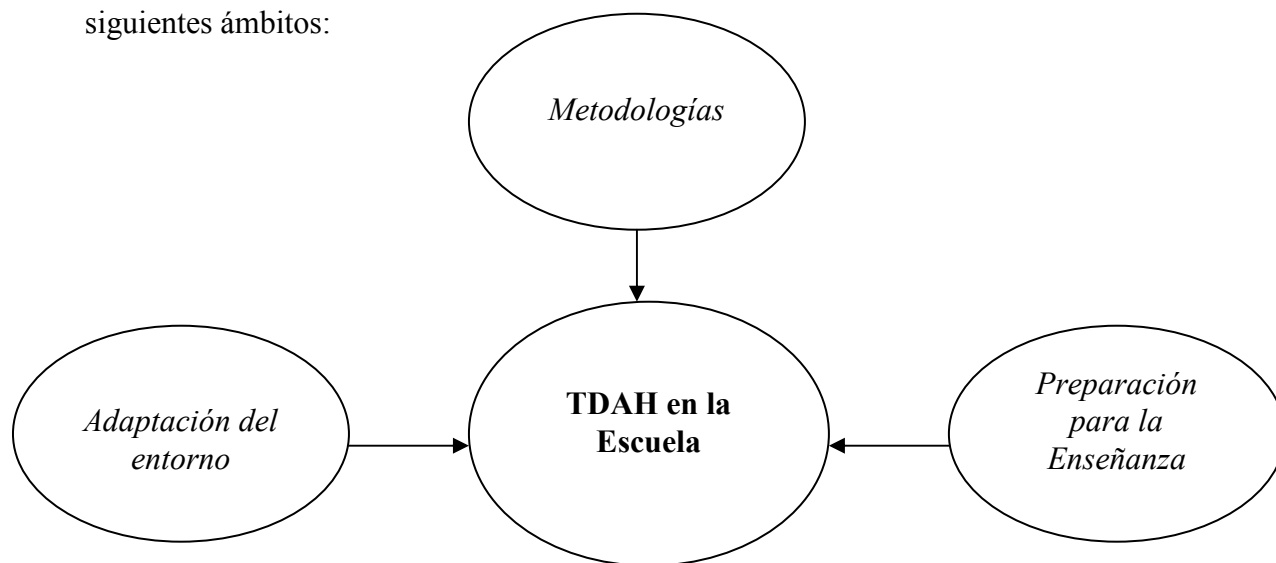
Todo lo anterior nos lleva a pensar que es adecuado contar con una serie de estrategias que nos permitan como educadores/as llevar cabo un proceso FORMATIVO con todos nuestros alumnos incluidos los con TDAH.

Es preciso señalar que la mayoría de las intervenciones educativas que se realizan y se aconsejan hoy en día, son derivadas de los principios básicos de la psicología del aprendizaje, y que obviamente por tratarse de enseñar a controlar la conducta de los niños y jóvenes se utilizan muchos métodos derivados de la psicología conductista. Aunque hoy en día el término conductista nos causa recelo, por trabajar mayoritariamente con métodos derivados de la psicología cognitiva y el constructivismo, es necesario expresar que aún no se encuentran métodos más efectivos, ya que lamentablemente por un lado sólo interesa “entrenar” a los alumnos para controlar su hiperactividad motora y/o verbal, como también su impulsividad, para que se adapten a las normas de las instituciones en general, y también porque la mayoría de las investigaciones en este campo, son llevadas a cabo por profesionales externos al campo de la educación, la mayoría proveniente de la psicología. Una de las formas en la que la mayoría de los casos son presentadas las estrategias para los educadores puedan intervenir en el aula para ayudar de manera adaptada a los niños/as con TDAH es mediante de una serie de instructivos a modo de “receta”, que pretenden ser exhaustivas, efectivas y eficientes, no obstante, a título personal, las considero útiles como orientación pero poco funcionales en términos concretos.

Por ello presentaré las áreas que han sido trabajadas en forma más factibles, las que serán pocas en número, pero bastante acotadas y realistas en función del contexto de la escuela de nuestro país, pero además basta decirlo, al contexto de la mayoría de los países de Latinoamérica en términos de proyecciones de estas.



En forma esquemática una intervención pedagógica adecuada debería considerar los siguientes ámbitos:



La explicación de cada uno de los ámbitos es la que sigue a continuación:

- **Metodologías:** se refiere a la forma en la cual los profesores/as dan clase, es decir, todas las estrategias que llevan a cabo para enseñar, un contenido, habilidad o actitud.
- **Adaptación del entorno:** se refiere a preparar el ambiente de forma tal que no existan estímulos distractores que impidan que el niño/a con TDAH focalizar su atención.
- **La Preparación de la enseñanza:** se refiere a las características que todo educador/a debería poseer para poder llevar a cabo un proceso formativo con un alumno/a con TDAH.

A continuación se explicitarán las estrategias para cada uno de los ámbitos mencionados con anterioridad:

## Metodología

Antes de indicar en forma concreta cada una de las estrategias, hay que dejar en claro que la mayoría de las intervenciones relativas a control de conducta, siguen los lineamientos de la psicología conductistas en términos de aplicar en forma sistemática la premisa fundamental de esta corriente teórica que señala que siempre los seres humanos preferirán el placer ante el dolor, o la recompensa ante el castigo, por ende , la mayoría de los procedimientos que se aplican en el tratamiento conductual están orientados a reforzar una conducta deseable, mediante un refuerzo positivo que consistirá en un premio, y al contrario si se necesita extinguir una conducta disruptiva se aplicará un castigo para hacerla desaparecer de forma inmediata o al más corto plazo posible.

A continuación se expondrán las metodologías más factibles de aplicar dentro de nuestro contexto:

- **Programa de Economía de Fichas:** Consiste en entregar un número limitado de fichas (10) de forma inicial con el fin de por un lado, entregarle más fichas si es que el niño/a cumple con alguna tarea asignada o presenta una conducta adecuada, o en caso contrario quitarle fichas . La idea es que por cada cierta cantidad de fichas que logre juntar, pueda intercambiarlas por premio fijado de antemano con el educador/a.
- **Establecimiento de rutinas:** Uno de los problemas fundamentales de los niños con TDAH es no poder mantenerse quieto o tranquilo con las rutinas tradicionales que emplean a menudo los docentes, por ello, es necesario fijar con el niño/a una rutina diaria que cuente con todas las actividades a desarrollar durante el día, de forma tal que se tenga conciencia de las actividades que se desarrollaran. Por otro lado es indispensable que esta rutina sea variada y que permita al niño/a mantenerse en movimiento o centrado/a en la tarea de acuerdo a la situación.

- **Tiempo Fuera “Time out”:** esta estrategia consiste en dejar fuera de la dinámica del curso al niño/a que presente una conducta no deseable de acuerdo al contexto. Es recomendable que el tiempo varié entre 3 a 5 minutos, el lugar que se escoge va a depender del contexto, obviamente no puede ser fuera del salón sin supervisión ya que en el patio se dedicará a realizar otras actividades que a él o ella no le molestaran.
- **Trabajo con agenda:** es fundamental desarrollar un trabajo en conjunto con los padres con la agenda, todas y cada una de las actividades deben estar registradas en ella, ya que una de las mayores dificultades de los niños con TDAH es el de organizarse y recordar la tareas y deberes, y la única forma de hacerlo es llevar un registro diario en este imprescindible instrumento.
- **Hábitos de estudio:** otro de los aspectos relevantes además de la organización es el de la estructuración de una rutina de trabajo diario, solo a través de la práctica diaria de una hora de estudio al día, es posible que se pueda llevar a cabo un proceso formativo de calidad. Por ello desde muy pequeños es recomendable instaurar de forma oficial la hora de estudio aparte de la rutina que se lleva a cabo en el colegio, y obviamente esta se debe desarrollar con un tutor que oriente y apoye al alumno en esta tarea.
- **Contrato pedagógico:** una herramienta fundamental para afianzar la labor y la relación profesor-alumno es la que se puede establecer con un contrato. En él se deben establecer en forma clara y precisa los deberes de cada uno, además se deben fijar metas de corto, mediano y largo plazo con sus correspondientes “premios” de acuerdo al grado de avance, el tema de las recompensas no se debe olvidar, por ello entre más pequeños/as que sean se deben estipular como condición necesaria para llevar a cabo el proceso.

## **Adaptación del entorno**

Dentro de lo que podríamos considerar el entorno, es necesario, que los niños con TDAH sean ubicados cerca del profesor/a además debe ser colocado idealmente en la compañía de un alumno/a que sea un modelo de conducta de forma tal que pueda servir de mediador y de ayuda en la labor del docente chileno/a que está acostumbrado a atender a grupos numerosos de entre 30 a 45 alumnos. Por otro lado se debe mantener el salón de clases con el menor número de estímulos visuales y acústicos posibles, de forma tal que no intervengan en la atención del niño/a. Como en toda aula es recomendable que el/la niño/a pueda ser emplazado en un lugar en el cual no este cerca de la puerta o de ventanas en las cuales se pueda observar lo que acontece fuera del salón. Se aconseja de forma especial que el/la docente pueda disponer el mobiliario de forma tal que los alumnos puedan aprovechar al máximo las condiciones de luminosidad y sonoridad, como por ejemplo es la disposición en circulo o media luna, de acuerdo a la realidad o contexto en el cual se encuentren.

## **Preparación para la enseñanza**

Desde esta perspectiva es indispensable que el profesor/a posea conocimientos actualizados respecto a este cuadro (como la información que se presenta aquí), solo así podrá desarrollar un proceso formativo acorde. Por otro lado también necesita realizar una evaluación a modo de diagnostico pedagógico del grupo y del niño/a en cuestión. Solo así podrá desarrollar un plan de acción que considere todos los frentes de intervención.

Respecto a las características de un docente que tenga que educar a un niño/a con TDAH es necesario que este/a sea proactivo/a de forma tal que por medio de adaptaciones curriculares logre llevar un proceso formativo adecuado. Uno de los puntos que debo enfatizar es que la mayoría de nuestros profesores/as no cuenta con mucho tiempo para desarrollar este proceso por ello en la mayoría de los casos y como ocurre habitualmente el profesor tendrá que sacrificar de su tiempo para desarrollar este tipo de actividades que están contempladas dentro de su quehacer profesional.

### **A modo de conclusión:**

Una de las enseñanzas fundamentales que se podría extraer de este escrito es que existe mucha información sobre el tema y que cada día se hace más popular. No obstante, es preciso señalar desde la experiencia del autor, que el abordaje del TDAH nunca será simple y trivial, principalmente porque no basta sólo con conocer esta “pauta” o “recetas” para trabajar con los niños y niñas con TDAH ya que en la práctica existen algunos métodos o estrategias que serán de utilidad y otros que de acuerdo al contexto sinceramente no serán factibles de aplicar.

No obstante, no por eso, se abandonará la tarea de educar de forma lo más equilibrada y flexible como sea posible a estos niños. Una de los aprendizajes que he obtenido con mi corta experiencia de ayudante del curso y como profesor particular de niños con este cuadro, es que solamente bastara, con tener una actitud abierta al aprendizaje, de mejorar cada día como profesional, a desarrollar estrategias nuevas cada día y mantenerse fiel al ideal de cambiar el sistema educativo nacional tan fosilizado, rígido e injusto para todos los niños con NEE los cuales forman parte del grupo más débil y vulnerable del sistema.

Tal y como me lo enseñó uno de mis maestros dentro de mi formación que la educación verdadera es un servicio de amor por el prójimo, que pasa por una apropiación del mundo y una desapropiación de mi mismo, con el objetivo de entregar a mis alumnos lo mejor de mi para que seamos nosotros los gestores del cambio hacia un mundo más humano.

Ante un sistema escolar basado en los dictámenes las ineluctables leyes de la oferta y demanda, en donde los juicios de valor son orientados por la ganancia o rentabilidad que tenga la educación, es necesario enfatizar el sentido último de la educación que es el servicio al prójimo, una de las formas más humanas y dignas de hacerlo es por medio de la formación, es por una educación que atienda a la condición humana por la que trabajamos día a día, creemos firmemente que esta triunfará ante las “modas” que siempre pasan y solo dejan como legado el torpe intento de hacer las cosas de acuerdo a quienes son los que toman las decisiones por los que no tienen voz.

### **Referencias bibliográficas**

1. MILICIC, N. , CONDEMARIN, M. , GOROSTEGUI, M. (2004) *Déficit Atencional “Estrategias para el diagnostico y la intervención psicoeducativa”* Pág. 94 . Ed. Ariel.
2. FOWLER, M. NYCHCY, Briefing paper (1995) *El trastorno por déficit de atención.*
3. PEÑAFIEL, M. ; GAMO, J. (2002) *El trastorno de hiperactividad y déficit de atención. Intervención educativa y el rol del profesor.*
4. MENA, B. , NICOLAU, R (et al) (2006) *“Guía Practica para educadores : El alumno con TDAH. Ed. Mayo . Pág. 10.*
5. FERNANDEZ, A. , CALLEJA, B. (2002) *El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Pág. . 76*