

DIFICULTADES DE APRENDIZAJE E INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Antonio Coronado Hijón

Resumen

Un número importante de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad suelen presentar dificultades de aprendizaje en la escuela. Este artículo se dedica a la caracterización de éstos así como a los principios de intervención psicopedagógica que se han mostrado más eficaces.

Palabras claves: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, dificultades de aprendizaje e intervención psicopedagógica.

Abstract

An important number of children with upheaval by deficit of attention with hyperactivity usually presents/displays difficulties of learning in the school. This article is dedicated to the characterization of these as well as to the principles of psicopedagógica intervention that have been more effective.

Key words: Upheaval by deficit of attention with hyperactivity, difficulties of learning and psicopedagógica intervention.

1. Introducción.

Aunque hasta no hace mucho era un término poco conocido al menos popularmente, hoy día es frecuente escuchar hablar a padres y docentes, de niños “hiperactivos” que presentan características de comportamiento y aprendizaje que podríamos definir simplificando mucho, como difíciles y desconcertantes.

Una de las características fundamentales de este trastorno es el comportamiento excesivamente impulsivo y su tendencia a actuar antes de pensar, lo que suele acarrear a menudo tanto conflictos sociales como fracaso escolar, aspecto este último sobre el que vamos a centrar el artículo que ahora comienza.

Nos llama la atención en estos niños, la dificultad para concentrarse en una sola actividad y la facilidad con que pasan de una tarea a otra sin terminar a menudo lo que empiezan. Presentan una necesidad de estimulación constante y novedosa, combinada con una gran facilidad de habituación a los estímulos, lo que provoca a su vez la necesidad de buscar nuevos estímulos. Sin embargo cuando están inmersos en una actividad de interés personal, difícilmente atenderán otras actividades que se les propongan.

Muestran un nivel de energía bastante elevado y una actividad intensa. Socialmente se hacen notar y exigen atención, nuevos estímulos y gratificación. No tienen en cuenta, a menudo, las reglas y normas convencionales ni tampoco reflexionan, a priori, sobre las consecuencias de sus acciones. Parece como si tuvieran una mayor reactividad motora ante los estímulos, elicitada además de forma refleja.

Aunque el trastorno por déficit de atención con hiperactividad ha sido y está siendo muy estudiado, está aún lejos el consenso sobre su perfil diagnóstico. A pesar de esta complejidad, la mayoría de profesionales están de acuerdo en que un gran número de niños en edad escolar muestran persistentemente problemas relacionados con la atención, la impulsividad y las relaciones sociales, lo cual acarrea frecuentemente situaciones difíciles no sólo en los propios niños sino también en quienes se relacionan de uno u otro modo con ellos.

En cuanto a los factores etiológicos la discordancia en los estudios realizados también es importante. Las investigaciones no aportan pruebas concluyentes sobre un origen psicosocial y lo que prevalece no son tanto aspectos etiológicos específicos como un mosaico de vulnerabilidad biológica dispuesto para interactuar de muy diversas maneras. Un dato importante que vienen reflejando los estudios es que la frecuencia de la hiperactividad es mayor en las familias en las que alguno de los padres haya sido hiperactivo. Investigadores como Barkley, R.A. (1999) sostienen que el TDAH tiene su origen en un déficit en el desarrollo para inhibir la conducta.

En cuanto a la intervención necesaria, los fármacos estimulantes han procurado a corto plazo mejorías alentadoras, pero éstas se encuentran limitadas tanto en su alcance como en su duración, aspectos estos que se suman a la preocupación por su posible toxicidad psicológica y fisiológica.

Actualmente queda claro que la medicación no es suficiente. La tendencia actual en la intervención se dirige más hacia el diseño y evaluación de tratamientos no farmacológicos, especialmente intervenciones psicopedagógicas (educativas, conductuales y cognitivas), que coadyuven o sean alternativas a la intervención farmacológica.

2. Definición y diagnóstico.

A razón de lo que venimos comentando, la hiperactividad se caracteriza hoy día, por su heterogeneidad etiológica y conductual.

El término hiperactividad hace referencia, fundamentalmente, a una actividad excesiva y está asociado a la falta de atención, por lo que desde un punto de vista nosológico se denomina como trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDA-H).

Las diferentes clasificaciones diagnósticas que se manejan en la práctica clínica, DSM-IV-TR (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002) y CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) utilizan criterios casi idénticos en el diagnóstico de este trastorno, aunque la CIE-10 define unas categorías más estrictas. Mientras que los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR requieren seis síntomas de inatención o bien seis de hiperactividad-

impulsividad, los del CIE-10 requieren al menos seis síntomas de inatención, al menos tres de hiperactividad y por lo menos uno de impulsividad. De otra parte, si el DSM-IV-TR establece tres subtipos en función del o los tipos de síntomas predominantes, la CIE-10 lo subespecifica en relación con el posible cumplimiento de los criterios diagnósticos de un trastorno disocial.

El patrón conductual característico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el DSM-IV-TR, (APA 2002) pasa por conductas de desatención y/o hiperactividad-impulsividad que en comparación con los sujetos del mismo nivel de desarrollo, se muestran de manera más frecuente y con mayor gravedad (Criterio A). Algunos síntomas que causan alteraciones de inatención y/o hiperactividad-impulsividad ya se observaban en el sujeto antes de los 7 años de edad (Criterio B). Algunas de las alteraciones relacionadas anteriormente se presentan en al menos dos situaciones distintas (casa, escuela y trabajo, fundamentalmente) (Criterio C). Debe de existir evidencia de un deterioro clínicamente significativo de la actividad escolar, social o laboral (Criterio D). No debe confundirse con otros trastornos infantiles asociados a la misma sintomatología de excesiva movilidad, inquietud y desatención, como el retraso mental, o con lesiones cerebrales que disminuyan la capacidad intelectual. Tampoco debe confundirse con el autismo, ni con casos de estrés infantil causado por algún suceso traumático vivido por el niño y que suelen presentar una sintomatología parecida. Es necesario distinguir también cuando el problema está relacionado fundamentalmente con trastornos de conducta de tipo agresivo con hiperactividad (Criterio E).

En cuanto a los *Déficit de atención* aludidos (Criterio A), éstos pueden manifestarse, como hemos apuntado anteriormente, en situaciones académicas, sociales o laborales. El DSM-IV-TR (APA 2002) exige que para formular un diagnóstico de desatención (A1) se deberá observar en el niño, al menos seis síntomas de los nueve siguientes con una duración no menor a seis meses y con una intensidad impropia para su nivel evolutivo y que genere claramente desadaptación.

- a) Insuficiente atención a los detalles que desembocan en frecuentes errores en las tareas escolares o en otro tipo de actividades.
- b) Presenta dificultades en mantener la atención en sus actividades. Los trabajos suelen tener una deficiente presentación (sucios, descuidados, desordenados, etc). Suele realizarlo sin reflexión y raramente los termina.
- c) Con frecuencia parece que no oye lo que se le dice, como si tuviera la mente en otro lugar.
- d) Le cuesta seguir instrucciones y suele pasar de una tarea a otra sin terminar ninguna. Es preciso discernir si este comportamiento es debido a problemas de atención y no a una incapacidad de comprensión o a problemas de rebeldía y negativismo.
- e) Presenta dificultades en la organización de tareas.
- f) Evita y le desagrada las tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.

- g) Es poco cuidadoso con los materiales.
- h) Se distraen con cualquier cosa.
- i) A menudo es olvidadizo.

Para el diagnóstico de hiperactividad- impulsividad (Criterio A2), se han de observar al menos seis de los nueve síntomas siguientes, con una duración mínima de seis meses y con una intensidad impropia de su nivel evolutivo y claramente desadaptativa:

Hiperactividad

- a) Cuando está sentado suele retorcerse en el asiento y/o mover pies y manos continuamente.
- b) Suele levantarse a menudo de su asiento aún cuando es necesario permanecer en él.
- c) Más que andar suele correr. Podemos observarlo a menudo saltando.
- d) Es infrecuente verlo desarrollando actividades de ocio que requieren sosiego y tranquilidad.
- e) Suele estar en acción y rara vez se cansa.
- f) Suele estar continuamente hablando o canturreando.

Impulsividad

- g) Suele anticipar sus respuestas a las preguntas que se le realizan.
- h) A menudo presenta dificultades para guardar y respetar un turno.
- i) Puede provocar enfrentamientos en su entorno y recriminaciones en la escuela por sus continuas interrupciones en actividades sociales.

Como ya comentamos anteriormente, el DSM-IV-TR (APA 2002) establece tres *subtipos* en función de la sintomatología predominante durante los últimos seis meses.

El *tipo combinado* es el más frecuente en la niñez y adolescencia y requiere para su diagnóstico el cumplimiento de seis o más síntomas de inatención y al menos seis síntomas de hiperactividad- impulsividad.

El *tipo con predominio del déficit de atención*, debe utilizarse en el diagnóstico si se han observado al menos seis síntomas de desatención pero menos de seis síntomas de hiperactividad- impulsividad.

Finalmente el *tipo con predominio hiperactivo- impulsivo* es el que presenta al menos, seis síntomas de hiperactividad- impulsividad pero menos de seis signos de desatención.

Es importante recordar que para establecer el diagnóstico es necesario que alguna de las alteraciones indicadas se observen tanto en casa como en la escuela.

Situaciones que requieren prestar atención, esfuerzo mental mantenido o que son poco atractivas o novedosas para el niño pueden hacer mostrar los síntomas con mayor relevancia. Asimismo las situaciones sociales de grupo provocan una mayor frecuencia de las alteraciones. La complejidad y diversidad de estímulos tanto físicos como sociales les hace mostrarse enormemente activados, estresados y descontrolados.

Por el contrario, cuando el niño o el alumno recibe recompensas y premios frecuentes ante comportamientos adecuados, está en situaciones nuevas o en relación personal de uno a uno (como la consulta del psicólogo o pediatra) así como dedicado a actividades que le interesan, los signos del trastorno pueden ser mínimos o nulos. Por tanto, criterios generales que caracterizan a la evaluación psicológica infantil en lo referente a tomar como eje referencial de la recogida de información diagnóstica el contexto familiar y escolar, se muestran en la evaluación de este trastorno, todavía aún más si cabe, imprescindibles e insoslayables. Por consiguiente, la evaluación del trastorno se delimita dentro de tres vértices que pasan desde las pruebas que el psicólogo aplica al niño hasta las entrevistas y escalas de valoración que se administran a padres y profesores con el fin de recoger información sobre cómo es el comportamiento del niño en casa y en la escuela.

3. Datos epidemiológicos

A pesar de la diversidad en las definiciones del trastorno y los muchos y distintos métodos de evaluación y muestras empleadas, existe un claro consenso en considerar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) como un problema relativamente común, al menos entre los escolares de la etapa de la educación primaria.

Aunque la prevalencia del trastorno se ha estimado en un 3- 7% de los niños en edad escolar (DSM-IV-TR; APA 2002), en estudios realizados entre la población de niños remitidos para evaluación y tratamiento, alrededor de un 50% son diagnosticados como TDAH (Whalen y Henker, 1991).

En los múltiples estudios realizados se ha podido constatar que el trastorno se observa con mayor frecuencia en niños que en niñas, con proporciones que oscilan entre 2:1 y 9:1 (DSM-IV-TR; APA 2002). Incluso en un buen número de investigaciones el grupo de sujetos estaba integrado exclusivamente por varones (Whalen, 1986).

4. Dificultades de aprendizaje

Muchos niños con TDAH presentan dentro de los síntomas y problemas asociados al trastorno, dificultades de aprendizaje que son más pronunciadas en los tipos con predominio del déficit de atención (TDA) y combinado.

Walen (1986) ha observado una gran heterogeneidad en los resultados de las investigaciones sobre la asociación entre el TDAH y las dificultades en el aprendizaje, diferencias que van desde el 9% hasta el 92% y se deben en parte a la diversidad en las muestras empleadas y a las distintas definiciones del trastorno realizadas.

Entre un 30 y un 50% de estos niños repiten curso, al menos una vez en su escolaridad y alrededor de un 35% no termina el bachillerato (Barkley, R.A. 1999).

Lo que si es importante destacar es que no todos los niños hiperactivos tienen problemas en su aprendizaje y que incluso algunos pueden ser alumnos aventajados y sobresalientes (Shaywitz y Shaywitz, 1988).

Al mismo tiempo es preciso destacar también la gran variabilidad encontrada en el CI de los niños con TDAH que pueden desde presentar una capacidad intelectual por debajo del promedio hasta incluso situarse en los niveles de la superdotación.

Quizás el periodo más crítico en el proceso de aprendizaje de estos alumnos sea el primer ciclo (los dos primeros cursos) de la etapa de Enseñanza Primaria, ya que es en estos cursos donde se adquieren las destrezas y técnicas instrumentales básicas en que se basan los posteriores y más complejos aprendizajes. Una deficiente adquisición de las habilidades básicas de lectura, escritura y cálculo, puede ser el lastre escolar de una deficiente atención y/o una excesiva y constante actividad motora e impulsividad.

Otro momento crítico en la escolaridad deviene en la transición desde la etapa de la Educación Primaria a la etapa de Enseñanza Secundaria. Los cambios acaecidos al entrar en el instituto, no sólo el cambio de Centro y el mayor número de materias para aprender sino también y en especial, el mayor número de profesores que no conocen al alumno y que además pasan menos horas lectivas con él que los maestros de Primaria, tienen muchas probabilidades de acarrear un descenso importante en el rendimiento académico de muchos alumnos con TDAH.

En cuanto a las dificultades escolares que acarrearán más problemas en los alumnos con TDA/TDAH estas son indiscutiblemente las relacionadas con la escritura. Estos alumnos suelen tener deficiente ortografía y a menudo también mala caligrafía, así como dificultad para organizar y exponer en una expresión escrita sus pensamientos. La escritura suele ser lenta, presentando tachones y borrones, siendo además en algunas de sus partes ilegible. Les cuesta mucho organizar y distribuir espacialmente en la página los textos escritos.

En lo relativo a los problemas que pueden tener en la lectura los alumnos con TDA/TDAH, encontramos fundamentalmente una dificultad para mantener la atención en el significado de un texto cuando realizan una lectura mental. Es posible que aunque el alumno tenga una buena capacidad para descodificar y leer con fluidez, debido a su facilidad para distraerse con otros estímulos no consiga mantener y centrar su atención en lo que lee, sobre todo si lo encuentra difícil o carece de interés para él. Asimismo puede ocurrir que algunos de estos alumnos encuentren dificultad para mantener y focalizar visualmente la línea del texto por donde va leyendo, omitiendo sílabas, palabras e incluso saltándose los renglones.

Los alumnos con TDA/TDAH pueden presentar también dificultades específicas con el cálculo, en la misma línea de las comentadas anteriormente.

Sus cálculos son a menudo erróneos e imprecisos y no sitúan correctamente los números en la hoja. Como les cuesta tanto organizarse copian mal en el cuaderno los problemas del libro o de la pizarra, suelen olvidarse de las "llevadas" en las operaciones aritméticas básicas y les cuesta memorizar y recordar las tablas.

De otra parte y desde un aspecto más general referente a los déficit de atención, éstos van a acarrear falta de persistencia en el desarrollo de las tareas escolares, en especial cuando el nivel de complejidad es alto y requiere importantes niveles de concentración.

La impulsividad característica de este trastorno puede facilitar en situaciones de evaluación, respuestas prematuras y por tanto la comisión de un gran número de errores. Esta misma impulsividad les dificulta para inhibir conductas que buscan satisfacción inmediata, derivando a menudo en una escasa tolerancia a la frustración y a un deficiente autocontrol. Esta actitud en el alumnado con TDAH que presenta dificultades de aprendizaje puede producir en bastantes casos, rechazo y desinterés hacia las tareas y el entorno escolar.

5. Intervención psicopedagógica

Un considerable número de alumnos con TDAH presentan algunas o varias de las dificultades de aprendizaje ya enunciadas. Para solucionarlas o al menos reducirlas es preciso una intervención psicopedagógica dirigida de una parte, hacia aquellos problemas de índole fundamentalmente psicológico y que están relacionados con las sintomatología diferencial del trastorno y de otra parte y complementaria a la primera, una intervención más pedagógica, justificada en instrucciones y orientaciones en la didáctica y organización del aprendizaje en el aula.

A partir de los años sesenta y a raíz de distintas investigaciones en los que se demostraba la eficacia en la mejora de la conducta alterada en el TDAH manejando contingencias ambientales, se han desarrollado y consolidado distintos tipos de *intervenciones de corte conductual y cognitivo*.

El tratamiento conductual tiene como objetivo mejorar el comportamiento alterado que presenta en el aula el alumno con TDAH y que es causa primera de un aprendizaje deficiente. *El tratamiento cognitivo* persigue disminuir los déficit del alumno para centrarse, organizarse y expresarse.

Desde un planteamiento radical y exclusivamente operante, el TDAH se considera fundamentalmente como un exceso de actividad y, por consiguiente, el tratamiento se dirige a conseguir el alumno en vez de estar moviéndose constantemente, levantándose de su asiento y cambiando de tarea, etc., permanezca mayor espacio de tiempo quieto y reduzca su actividad motora.

Sin embargo, como señala Ross (1987), aumentar el tiempo durante el cual el alumno está quieto no es suficiente para mejorar el rendimiento académico, aunque si un requisito previo para realizar la mayor parte de las tareas escolares.

Por tanto, la respuesta psicopedagógica ha de partir de una consideración amplia de la hiperactividad, entendida como el resultado indirecto de un déficit del autocontrol, de la volición y de la organización y dirección de la conducta hacia el futuro (Barkley, R. A, 1999).

El tratamiento conductual, por consiguiente, no debe dirigirse exclusivamente a estimular conductas incompatibles con el exceso de movimientos sino que debe ir más allá, favoreciendo conductas instrumentales básicas en el aprendizaje escolar como conductas de atención, hábitos de estudio, etc...

Coincidiendo con Ayllon y Rosenbaum (1977) la intervención debe dirigirse primero y si es preciso, a reducir y eliminar si es posible, las conductas altamente perturbadoras y, después, a solucionar las dificultades de aprendizaje observadas en el alumno.

El plan de intervención conductual de la hiperactividad ha de seguir los siguientes pasos: identificación de los comportamientos perturbadores, análisis de las interrelaciones entre conductas y contingencias ambientales y modificación de tales conductas mediante el control y manejo de las consecuencias ambientales.

En este tipo de intervención el psicólogo o psicopedagogo, se marca dos criterios conductuales: incrementar los comportamientos adecuados, como, por ejemplo, prestar atención a las explicaciones e instrucciones del profesor, cuidar el material escolar, realizar las tareas, permanecer un rato sentado, no hablar ni interrumpir sin permiso, etc., mediante el refuerzo positivo de alabanzas, premios y privilegios y de otra parte y si fuera necesario, reducir las conductas perturbadoras utilizando como castigo el aislamiento temporal, el coste de respuesta o la extinción.

En el caso de los niños hiperactivos los elogios como recurso favorecedor de conductas y la retirada de atención como estrategia de extinción de comportamientos perturbadores no son por sí solos suficientes.

Las alabanzas y elogios necesitan acompañarse de otros reforzadores dentro de un sistema de *economía de fichas*. El establecimiento de estos programas pasa en primer lugar por seleccionar los refuerzos que posteriormente se canjearán por un número previamente establecido de fichas o puntos conseguidos con la realización de tareas y conductas adecuadas por parte del alumno. La selección de reforzadores puede hacerse a partir de la observación del niño e incluso preguntándole directamente sobre sus preferencias y gustos. La entrega de premios siempre debe ir acompañada de refuerzos sociales como felicitaciones o alabanzas, con el objetivo de ir sustituyendo poco a poco, las fichas y refuerzos materiales por reforzadores sociales, los cuales son más normales en el ámbito de las interacciones sociales.

El éxito de estos programas depende tanto de la selección de los reforzadores como de la selección de conductas objetivo. El niño hiperactivo necesita, al principio, verse recompensado por pequeños logros como acabar una parte de un trabajo o simplemente estar tranquilo durante un rato, para ir incrementando poco a poco las exigencias conductuales de refuerzo.

El sistema de economía de fichas es muy eficaz para mejorar las conductas alteradas en clase, sobre todo si su aplicación se completa además con extinción y coste de respuesta (Ayllon y Rosenbaum, 1977).

En la dirección opuesta pero complementaria, los programas de intervención conductual además de facilitar conductas apropiadas, contemplan también la aplicación de técnicas para reducir y eliminar los comportamientos alterados. Con este fin se llevan a cabo *programas de extinción, coste de respuesta, tiempo fuera y sobrecorrección*.

Como hemos comentado anteriormente, aunque la *retirada de atención* como método para extinguir conductas inadecuadas es uno de los recursos más fáciles y eficaces en problemas de conducta menores, en el niño hiperactivo no es suficiente, entre otros motivos porque como

parece ser (Barkley, R.A. 1999) la conducta inapropiada es producto de un déficit de origen biológico, en inhibir la conducta y mantener la atención.

El *coste de respuesta* supone establecer un programa donde la pérdida de una consecuencia positiva o de cierta cantidad de fichas que actúan como reforzadores, es contingente a algún tipo de comportamiento inadecuado.

El *tiempo fuera* es especialmente útil cuando se complementa con la extinción y consiste básicamente, en suprimir por cortos espacios de tiempo, los reforzadores que mantienen la conducta perturbadora. Es una técnica que se utiliza cuando conocemos que refuerzos mantienen una conducta, pero no podemos controlar el ambiente elicitor de esos reforzadores. Por ejemplo, el comportamiento perturbador de un alumno en clase para llamar la atención de sus compañeros. En este caso, se puede retirar al niño de esa situación enviándole fuera del aula o cambiándole a un sitio de la clase donde no llame tanto la atención. La duración del tiempo fuera no debe superar, por regla general, más de un minuto por cada año de edad del alumno (Labrador y Cruzado, 1993).

La *sobrecorrección* consiste en que el niño repare los daños ocasionados por los comportamientos alterados y mejore el estado original anterior al suceso. Este procedimiento resulta útil cuando no puede aplicarse la extinción, el coste de respuesta o el tiempo fuera.

Ante cualquier programa de intervención, el psicólogo o psicopedagogo tiene que tener claro que éste ha de estar siempre coordinado por supuesto, con los maestros y profesores del niño y como no, con los padres, en un triángulo de retroalimentación recíproca.

Los programas conductuales son más efectivos cuando el maestro envía a casa una evaluación diaria del comportamiento del niño y los padres con ese informe dan o quitan recompensas disponibles en casa y según el programa previamente acordado. Una simple agenda escolar puede ser el recurso material donde se recojan las escalas de estimación adecuadas a cada problemática particular.

Para potenciar al máximo el éxito del niño en el cumplimiento del programa, es conveniente trabajar al principio tres o cuatro conductas objetivo a la vez. Asimismo es recomendable incluir, al menos, una o dos conductas positivas que el niño ya desarrolla, de manera que así le aseguremos ganar premios desde el principio del programa y por tanto, una mayor adhesión al tratamiento.

En la colaboración con los maestros es importante además de aportarle las necesarias instrucciones e informaciones precisas, reforzar también el esfuerzo que realizan al colaborar con el programa de intervención psicopedagógica, a la vez que tienen que llevar adelante su labor docente con decenas de alumnos más. (Serrano, 1990). Asimismo es esencial que conozcan el origen fisiológico y biológico del trastorno. Que entiendan que es una discapacidad, y no una simple vagancia o desobediencia.

A principios de los años setenta, Meichembaun y Goodman (1971) desarrollaron un método para enseñar a los niños hiperactivos estrategias cognitivas que les facilitarían enfrentarse con mayor éxito a las tareas escolares, mediante un entrenamiento en autoinstrucciones. Esta técnica y otros métodos parecidos desarrollados posteriormente parten del supuesto de que las

conductas alteradas son secundarias a unas deficiencias cognitivas, origen del trastorno. Estos programas se engloban dentro de los epígrafes de *técnicas cognitivas, de autoinstrucciones o de autocontrol*.

Este tipo de programas se basan en enseñar al niño a darse un conjunto de instrucciones durante la ejecución de una tarea, así como autorrecompensarse verbalmente por su buena realización.

Aunque son prometedores los estudios que van por este camino, hay que destacar que las investigaciones al efecto no han demostrado una clara efectividad en niños con un claro déficit en su autocontrol, así como que las ganancias producidas en la intervención no suelen mantenerse una vez terminado el programa (Pfiffner, L.J y R. A. Barkley, 1999)

En cuanto a las *orientaciones psicopedagógicas* que aludíamos al principio de este capítulo, podemos recoger una serie de principios generales dirigidos a mejorar el proceso de enseñanza y aprendizaje y por tanto, el rendimiento escolar del alumno con TDAH.

- Las instrucciones han de ser siempre claras, simples y concisas. Para asegurarse de que la ha entendido, anime al alumno a que la repita en voz alta e incluso a que vaya repitiéndosela el mismo en voz baja, mientras realiza la tarea. Para no hacer destacar en exceso al alumno hiperactivo de sus demás compañeros de clase, este método puede convertirse en norma didáctica que vayan realizando por turnos los alumnos antes de comenzar cada tarea, aunque le sea asignada al alumno hiperactivo con más asiduidad que a los demás.
- Relacionarse con los alumnos de manera tranquila y relajada.
- Mostrarles normas y reglas escolares claras, firmes y sobre todo homogéneas. Para ello es esencial un trabajo de coordinación del equipo educativo.
- Transmitir confianza en sus posibilidades y alabar sus progresos.
- Evitar siempre las humillaciones como recurso de cambio de conducta.
- Utilizar recursos y estrategias para mejorar su capacidad de organización. Desarrollar mediante programas, la planificación del estudio así como las estrategias de síntesis, esquematización y resumen del material a aprender.
- Utilizar una agenda escolar donde se recojan por sistema, las actividades a realizar en casa, las fechas de entrega de trabajos y controles, comunicación pertinente con los padres, etc...
- Realizar adaptaciones en la actividades de aprendizaje y de evaluación (Rief, S. F. 1999) sobre todo en aquellos ejercicios que estén implicadas tareas escritas, como por ejemplo:
 1. Reducir las actividades de escritura para estos alumnos, ya que suelen emplear el doble de tiempo que los demás compañeros en realizar este tipo de tareas.
 2. Pedirle al alumno que utilice la técnica del subrayado de manera que le ayude a centrar la información más relevante.

3. Adaptar los requerimientos y exigencias en trabajos y cuadernos relacionados con la escritura manuscrita. Para los alumnos hiperactivos, la escritura suele significarles un esfuerzo bastante mayor que a la mayoría de los alumnos. Si por ejemplo, en los criterios de evaluación los ejercicios del cuaderno de trabajo de clase se valoran como un 40% de la evaluación total, en estos alumnos esta ponderación ha de ser menos exigente. No podemos evaluar negativamente a un alumno por una deficiencia. Lo indicado será evaluar, este tipo de realizaciones, solo cuando consigamos con el trabajo docente, mejorías en sus niveles iniciales.
 4. Proponerle métodos alternativos para realizar los trabajos de aprendizaje y de evaluación, mediante exámenes orales, trabajos de ordenador, etc...
 5. Realizar adaptaciones temporales en las actividades de evaluación, ampliándoles el tiempo para ejecutarlas, utilizando exámenes orales, o ambos recursos si fuera necesario. Los alumnos hiperactivos, a menudo muy inteligentes, presentan una gran dificultad en organizar y expresar los contenidos de evaluación.
 6. Adaptaciones en el espacio escolar. Proporcionarle un pupitre rodeado de compañeros que no presenten problemas de atención, lejos de la ventana o la puerta y lo más cerca del profesor, para controlar sus distracciones.
 7. Priorizar desde la escuela y limitar en su caso, los deberes para casa. En las familias de niños hiperactivos, lo más frecuente es que la realización de tareas escolares en el hogar se convierta en una ardua labor. Suele ser pertinente en estos casos la ayuda de un profesor particular.
- Alternar el trabajo que realiza sentado el alumno, con otras actividades dirigidas por el profesor donde pueda levantarse y moverse durante breves periodos de tiempo. Para ello es un buen recurso designar a estos alumnos “encargados o responsables” de repartir los cuadernos, recoger el material de clase o laboratorio, dar los avisos fuera de clase, borrar la pizarra, etc...
 - La anticipación al alumno de lo que se va a realizar es fundamental. En las transiciones entre actividades distintas en clase y los momentos entre una materia y otra, durante los que no se enseña, son los ratos más desastrosos con estos alumnos. Los niños hiperactivos suelen presentar conductas perturbadoras con más frecuencia en los recreos, en el autobús, entre clases, por los pasillos, etc... Anticípale la siguiente actividad con instrucciones claras y firmes, recuérdale los premios para la buena conducta y lo que perderá si se porta mal. Y una vez que la actividad haya comenzado que el alumno siga dándose autoinstrucciones.
 - Llevar a cabo desde la tutoría y en estrecha colaboración con el equipo o departamento de orientación, en su caso, una estrecha colaboración entre la familia y el centro educativo.

Finalmente y como pequeño pero necesario epílogo es necesario destacar que el alumno hiperactivo no solamente presenta una serie de deficiencias y trastornos característicos sino que también este síndrome bien orientado puede aportar una serie de ventajas en ciertos roles y contextos.

Las personas con TDAH suelen ser muy emotivas y apasionadas y por tanto, pueden llevar a cabo sus objetivos con mayor convencimiento y entrega. Asimismo, pueden desarrollar sus talentos más fácilmente en campos donde la expresión emocional es una ventaja, como la música, la poesía, el teatro, la literatura o la creación artística. Incluso algunos autores quieren ver alguna correlación entre hiperactividad y creatividad.

Una perspectiva socioecológica dirigida a adecuar y mejorar sobre todo, la correspondencia entre las características del niño y las de su entorno escolar y social será el enfoque más eficaz, sin duda, como mecanismo de intervención.

• **Bibliografía**

- **American Psychiatric Association (APA) (2000).** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR*. Washington, DC: APA. (Trad. Esp. en Barcelona, Masson 2002).
- **Ayllon, T. y Resenbaum, M. S. (1977)** The behavioral treatment of disruption and hyperactivity in school settings. En B. B. Lahey y A. E. Kazdin (eds.), *Avances in Clinical Child Psychology* (vol.1). Nueva York: Plenum Press.
- **Barkley, R. A. (1999)** *Niños hiperactivos*. Barcelona: Paidós.
- **Labrador, F. J. Y Cruzado, J. A. (1993)** Técnicas de Control de Contingencias. En Vallejo, M. A. y Ruiz, M. A., *Manual práctico de modificación de conducta*. Madrid: Fundación Universidad Empresa
- **Meichenbaum, D. y Goodman, J. (1971).** Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115-126.
- **Organización Mundial de la Salud (OMS) (1996)** Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor
- **Pfiffner, L.J y R. A. Barkley, (1999)** Potenciar la educación en la escuela y en casa: métodos para el éxito desde párvulos hasta el bachillerato. En Barkley, R. A., *Niños hiperactivos*. Barcelona: Paidós.
- **Rief, S. F. (1999)** *Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad*. Barcelona: Paidós
- **Ross, A. O. (1987)** *Terapia de la conducta infantil*. México: Limusa
- **Serrano, I. (1990)** Tratamiento conductual de un niño hiperactivo. En F.X. Méndez y D. Macià (coords.), *Modificación de conducta con niños y adolescentes. Libro de casos*. Madrid: Pirámide.

- **Shaywitz, S.E. y Shaywitz, B.A. (1988)** Attention deficit disorder: Current perspectives. En J.F. Kavanagh y T. J. Truss, Jr. (eds.), *Learning disabilities: Proceedings of the National conference*, Parkton, Maryland: York Press.
- **Whalen, K.C. (1986)**. Hiperactividad, problemas de aprendizaje y trastornos por déficit de atención. En T. H. Ollendick y M. Hersen (eds.), *Psicopatología infantil* (ed. Castellano). Barcelona: Martínez Roca.
- **Whalen, K.C. y Henker, B. (1991)** Therapies for hyperactive children: comparisons, combinations, and compromises. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 126-137.