

Manejo en el aula del Trastorno de déficit atencional e hiperactividad

Melania Monge R., M.Ed.
Pedagoga y profesora Universidad de Costa Rica (U.C.R.)
melania.monge@gmail.com

Resumen

Desde la década de 1940 se ha venido haciendo investigaciones acerca de un grupo de personas, principalmente niños, que presentan periodos de atención cortos y exceso de actividad. Actualmente, se ha podido definir que éstos representan entre el 5 y el 10% de la población estudiantil y que las características más predominantes son inatención, hiperactividad e impulsividad. La mayoría de los niños, niñas y adolescentes con alguna de estas características desarrollan dificultades, en el área emocional, social y familiar, como resultado del nivel de frustración y fracaso experimentado en los ambientes escolares, sociales y familiares, lo que los convierte en una población propensa a dejar sus estudios inconclusos y en algunos casos a desarrollar conductas antisociales. Lo que se debe de reconocer es que ellos no son la causa del fracaso académico, social o familiar, sino más bien son la consecuencia de un sistema educativo rígido y selectivo. Esto obliga principalmente a los y las docentes a buscar formas y estrategias de ayuda y apoyo para esta población.

Los educadores y educadoras deben reconocer el papel importante en ayudar no solo a los y las estudiantes con el trastorno de déficit atencional e hiperactividad (TDAH), sino también a sus familias. Como punto de partida, cada docente debe de ser empático, flexible, claro y consistente con los y las estudiantes, para que éstos logren sentirse seguros y poder así desarrollar una buena auto imagen y dar lo mejor de sí dentro del ambiente académico. Se debe utilizar una variedad de estrategias de enseñanza que le permitan a esta población desarrollar sus propias estrategias de aprendizaje, que respondan a sus características, necesidades, estilos y ritmos de aprendizaje. También, se debe establecer comunicación directa con sus familias para fomentar un trabajo colaborativo entre ambos.

En este artículo se desarrollan aspectos que tienden a influenciar el desempeño de los y las estudiantes que presentan la condición de déficit atencional con o sin hiperactividad en los ambientes escolares y se sugieren algunas estrategias de intervención.

Principales características del TDAH

El trastorno de déficit atencional e hiperactividad (TDAH) ocurre debido a un fallo en el desarrollo de los circuitos cerebrales en que se apoyan la inhibición y el autocontrol. Al no tener autocontrol se afectan otras funciones cerebrales como la atención, la capacidad para demorar las recompensas inmediatas y algunas de las funciones ejecutivas.

En el déficit atencional hay dos conjuntos de características que se manifiestan en forma clara en distintos ambientes. El primero es la inatención, la cual se manifiesta dejando tareas inconclusas, no cumpliendo con sus deberes, no atendiendo a los detalles, cometiendo errores absurdos o de descuido en sus trabajos, mostrando dificultad en el seguimiento de instrucciones, perdiendo objetos personales en forma constante, no

escuchando cuando se le habla, siendo olvidadizo, desordenado y desorganizado. El segundo conjunto de características se da con la combinación de un comportamiento hiperactivo e impulsivo. Entre las conductas que se manifiestan con mayor frecuencia son: levantarse constantemente, mover incesantemente sus extremidades al estar sentado, conversar en forma excesiva, tener dificultad para esperar su turno, precipitarse y responder antes de que se haya terminado de formular la pregunta, interrumpir constantemente y sufrir de cambios en el estado anímico.

El Manual de Diagnóstico y Estadística para Trastornos Psiquiátricos (1994) conocido como el DSM-IV, establece para su diagnóstico tres tipos de déficit atencional: en primera instancia el déficit atencional con predominancia inatenta, segundo el déficit atencional con predominancia de hiperactividad-impulsividad y por último el déficit atencional combinado, el cual consiste en una mezcla de los dos tipos antes mencionados. De acuerdo con dicho Manual para que el diagnóstico se lleve a cabo en forma más certera, hay que considerar las siguientes condiciones: la persona debe de presentar por lo menos seis de las conductas descritas (ver Cuadro No. 1) en uno de los dos primeros tipos. Para el mixto o combinado, la persona deberá de presentar seis o más conductas de desconcentración y seis o más conductas de hiperactividad-impulsividad. Otro aspecto que es importante considerar a la hora del diagnóstico, es que la persona debe de presentar las conductas durante seis meses o más y en diversos contextos como el hogar, la escuela, u otros.

Cuadro No. 1. Síntomas del TDAH

Falta de atención	Hiperactividad/Impulsividad
a. a menudo no pone atención a los detalles o comete errores descuidados en el trabajo escolar, trabajo u otras actividades	a. a menudo mueve las manos o los pies o está inquieto en la silla
b. a menudo tiene dificultad en sostener la atención en las tareas o actividades de juego	b. a menudo deja su asiento dentro del salón de clases o en otras situaciones en las cuales se espera que se mantenga en su asiento
c. a menudo no aparenta escuchar cuando se le habla	c. a menudo corre o se sube a los árboles u otros objetos excesivamente en situaciones en las cuales es inadecuado (en adolescentes o adultos, esto puede limitarse a un sentimiento de intranquilidad subjetiva)
d. a menudo no sigue las instrucciones y no completa el trabajo escolar, quehaceres, o deberes en el lugar de empleo (no se debe al diagnóstico de oposición desafiante ni la inhabilidad para comprender las instrucciones)	d. a menudo tiene dificultad en jugar o participar en actividades de recreo tranquilamente
e. a menudo tiene dificultad para organizar sus tareas y actividades	e. a menudo "está en movimiento" o a menudo se comporta si fuera "movido por un motor eléctrico"
f. a menudo esquiva, le disgusta, o es reacio a participar en tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (tales como el trabajo o deberes escolares)	f. a menudo habla excesivamente
g. a menudo pierde las cosas necesarias para las tareas o actividades (por ejemplo, juguetes, tareas escolares, lápices, libros, o herramientas)	g. a menudo deja escapar las respuestas antes de que las preguntas hayan sido completadas
h. a menudo se distrae fácilmente por estímulos ajenos	h. a menudo tiene dificultad en esperar su turno
	i. a menudo interrumpe o se mete en los asuntos de otros (por ejemplo, interrumpe las conversaciones o juegos de los demás)

Tomado: Asociación Americana de Psiquiatría, APA. 1994. **Manual de Diagnóstico y Estadística para Trastornos Psiquiátricos.** pag.84

EI TDAH y su efecto en las funciones ejecutivas

Hay distintos autores sobretodo, del sector médico, quienes consideran que diagnosticar el TDAH basado únicamente en lo sugerido por el DSM-IV es arbitrario, ya

que la muestra que se empleó para determinar los síntomas ahí enumerados fue con niños escolares entre los 7 y 11 años de edad. De acuerdo con Finkel (1998), existen evidencias clínicas sólidas para afirmar que el número de síntomas o características pueden variar dependiendo de la edad del sujeto. Otros autores, como Barkley y Biederman (1997), muestran suficientes argumentos para mover la edad de 7 años propuesta por el DSM-IV a 9 ó 10 años, para los casos de tipo inatento. También se reconoce que a medida en que el sistema nervioso madura las características de impulsividad e hiperactividad tienden a manifestarse en forma distinta en adultos y tienden a ser menos problemáticas en la mayoría de los casos, pero la inatención puede tender a incrementar, afectando el manejo adecuado del tiempo y la organización secuencial y oportuna de tareas, lo que ha llamado Barkley (1998) "la miopía del tiempo". Estas funciones de anticipación y establecimiento de metas, diseño de planes y programas, inicio de actividades y operaciones mentales, autorregulación, retroalimentación, flexibilidad y mantenimiento de patrones cognitivos, son un conjunto de habilidades cognitivas inconscientes que se conocen como funciones ejecutivas (Pineda, 1994). Dichas funciones se ven alteradas en personas que presentan dicha condición o trastorno. De acuerdo con el modelo de Barkley (1998) las funciones ejecutivas más afectadas en presencia de un déficit atencional son inhibición de la conducta, memoria de trabajo, internalización del lenguaje, autorregulación y control motor. A menor edad mayor ausencia de dichas funciones. Se dice que el periodo de mayor desarrollo de la función ejecutiva ocurre entre los 6 y los 8 años y éstas terminan de madurar comúnmente a los 16 años (Pineda, 1994), sin embargo, dichas funciones deben de emplearse desde edades muy tempranas para que logren el nivel de especialización necesaria para un funcionamiento idóneo (López, 2000). Es por ello que se requiere de un diagnóstico e intervención adecuados en edades tempranas.

Para llevar a cabo un diagnóstico diferencial del TDAH es necesario tener claro otros trastornos de tipo neurológico o de comportamiento, que pueden confundirse debido a la similitud de algunos síntomas. El TDAH puede que se confunda entre otros, con la actividad propia de la edad, crisis convulsivas parciales o ausencias, efectos secundarios de medicamentos como fenobarbital, dilantín, broncodilatadores, antihistamínicos, cafeinismo, hiper o hipotiroidismo, ambiente familiar caótico, Síndrome de Tourette, desórdenes afectivos o de ansiedad, trastorno de conducta oposicional, trastorno de control de impulsos, depresión, enfermedad bipolar, fatiga crónica, trastornos situacionales, abuso de sustancias, síndrome de alcoholismo fetal, enfermedad obsesivo compulsivo, trastornos visuales o auditivos, intoxicación con plomo, desórdenes de la personalidad y tumores feocromocitoma.

Principales causas e incidencia

Una de las principales causas del TDAH es la herencia. Los hijos de un progenitor con TDAH tienen hasta un 50% de posibilidad de presentar el desorden. La probabilidad de que dicho desorden se desarrolle en los hermanos de niños con TDAH aumenta de cinco a siete veces. Una segunda causa tiene su origen neuro/bio/fisiológico. Ésta se debe a una deficiencia en la dopamina, la serotonina, la noradrenalina, acetilcolina, glutamato y algunos otros neurotransmisores que actúan sobre las neuronas de ciertas zonas del cerebro para inhibir o modular la actividad de otras neuronas, en particular las que intervienen en las emociones, la atención, procesos de aprendizaje y el movimiento (López, 2000). Estos neurotransmisores afectan el umbral de estimulación adecuado de las neuronas, lo que significa que la persona reacciona de forma exagerada a todos los estímulos sensoriales, lo que aumenta las emociones, el movimiento y la incapacidad del individuo de focalizar su atención hacia el estímulo de mayor relevancia. Estos

representan del 20 al 30% de los casos y dichas lesiones pueden deberse a nacimiento prematuro, consumo materno de alcohol o tabaco, exposición a altos niveles de plomo en la infancia temprana, o lesiones cerebrales. Uno de los exámenes físicos más comunes que se realizan para estudiar el sistema nervioso central es la tomografía axial computarizada (TAC), sin embargo, éste examen aplicado a niños hiperactivos, no aporta la existencia de una lesión estructural, por lo que no es muy recomendable para este tipo de diagnóstico.

Otras causas pueden deberse a complicaciones o traumas durante el embarazo o el nacimiento. Por otro lado, se sabe que el plomo puede ser un causante de algunas conductas como las descritas anteriormente, pero no se ha podido demostrar que exista una relación directa con este trastorno, sin embargo, no se descarta que el envenenamiento con plomo pueda ser otra causa. Se ha hablado mucho acerca de la influencia de la dieta. Se ha comprobado que algunos alimentos que producen alergias parecen tener cierta relación con alteraciones en el comportamiento. Kaplan et al., citado por Orjales (2003), observaron una mejoría en el comportamiento del 50% de los niños hiperactivos que siguieron una dieta exenta de azúcares, colorantes y preservantes. Sin embargo, es difícil poder determinar si la dieta fue la única variable determinante o si la influencia de otras modificaciones ambientales también colaboraron en el cambio conductual.

En cuanto a la incidencia, se han hecho estudios en los que el número de niños triplica el número de niñas. La proporción es de tres a una. Se cree que esto se debe a que los varones están más propensos genéticamente a presentar trastornos del sistema nervioso. Entre el 5 y el 12% de la población en edad escolar presentan esta condición.

Pronóstico

Como se había mencionado anteriormente, el TDAH es una condición que se mantiene hasta la edad adulta, por lo que es muy importante su detección e intervención temprana. Zentall (1993) señala que los y las jóvenes con TDAH están más propensos a fumar, ingerir alcohol o estupefacientes, al suicidio, la violencia, el vandalismo, la agresión y el fracaso escolar; que jóvenes de su misma edad sin esta condición. También menciona que un 80% de los estudiantes con TDAH de 11 años de edad, tienen un retraso de por lo menos 2 años en el aprendizaje de habilidades de lectura, expresión escrita, ortografía, cálculo y resolución de problemas matemáticos. De acuerdo con Ingersoll (1988), si se evalúa el desempeño académico de un o una estudiante con TDAH de 17 años, es probable que éste haya perdido por lo menos un año escolar y alrededor de un 35% de estos y estas jóvenes haya abandonado el colegio.

El pronóstico tiende a mejorar si se logra realizar una intervención adecuada y ojalá temprana. Dicha intervención va a variar de persona a persona, pero lo que es importante es el trabajo colaborativo entre los distintos profesionales involucrados en cada caso, el estudiante y su familia.

Tratamiento farmacológico

Es común escuchar hablar de tratamientos médicos o farmacológicos. Los estimulantes han sido los medicamentos más comúnmente empleados para el tratamiento de personas con TDAH. Se han realizado estudios desde hace más de 50 años y se ha observado que los tratamientos farmacológicos tienden a mejorar la conducta de un 70 a un 90% en niños y niñas mayores de 5 años con TDAH, los hace menos impulsivos, inquietos y distraídos, retienen mejor la información, interiorizan el habla, y hay mayor

autocontrol. Por lo tanto, mejora el rendimiento académico, las relaciones sociales y la autoestima. Se utilizan los estimulantes ya que éstos aumentan la producción de dopamina en el cerebro. Dicho neurotransmisor es el responsable de inhibir conductas mejorando la atención y regulando los niveles de actividad e impulsividad. Estos medicamentos incluyen: metilfenidato (Ritalina) y la d-anfetamina (Dexedrina). La Ritalina y la Dexedrina vienen para efecto corto (3 a 5 horas). El metilfenidato SR20 tiene un efecto un poco mas largo entre 6 y 8 horas. Se comentan los siguientes efectos positivos de estos estimulantes en esta población: controla en forma pasajera la hiperactividad, la falta de atención y la impulsividad, mejora temporalmente la conducta, disminuye la agresividad y generalmente se observa una mejora significativa en el rendimiento académico. Dichas mejoras se observan mientras dura el efecto de los estimulantes, por lo que hay ausencia de mejoría a largo plazo. Entre los efectos colaterales de dichos medicamentos se enumeran: aumento en los tics nerviosos, alteraciones en los hábitos alimenticios y de sueño, dolores de cabeza, trastornos en el ritmo normal del desarrollo, irritabilidad, disminución de las emociones y aumento en la presión arterial.

En caso de que los estimulantes antes mencionados no funcionen se emplea el Cylert (pemolina). Este medicamento actúa de manera diferente a los otros, ya que su efecto se da después de una o dos horas después de su ingestión y su efecto permanece entre 7 y 9 horas. Debe de tomarse en forma regular durante un tiempo para poder observar sus efectos. Este medicamento requiere de monitoreo cercano ya que a mediano o largo plazo puede afectar el funcionamiento del hígado provocando una hepatitis química.

Actualmente, se están empleando fármacos antidepresivos para tratar el TDAH como la imipramina (Trofranil), desipramina (Norpramin o Pertofrane), amitriptilina (Elavil) y la fluoxetina (Prozac). Estos fármacos son útiles cuando la persona con TDAH no ha tenido una respuesta positiva a los estimulantes o cuando junto al TDAH se presenta depresión, ansiedad o crisis de angustia. Al igual que los estimulantes éstos tienden a cambiar la conducta en el individuo debido al aumento en la cantidad de neurotransmisores. Para comprobar sus efectos se requiere de la ingesta de los mismos por varias semanas. Entre los efectos secundarios se mencionan: reducción del ritmo cardíaco, convulsiones, estreñimiento, náuseas, sudoración, dolores de cabeza, insomnio, boca seca y visión borrosa. Es importante anotar que no todos los fármacos antidepresivos provocan los mismos efectos secundarios y dichos efectos pueden variar en intensidad dependiendo de la dosis y de la persona misma.

Tratamientos complementarios para ser empleados dentro y fuera del aula

La mayoría de los estudios longitudinales que se han realizado han demostrado que entre más pronta y eficaz sea la intervención, mejor será su pronóstico. De acuerdo con Orjales (2003) los factores que pueden favorecer una evolución negativa de la condición de TDAH son: hiperactividad permanente, bajo cociente intelectual, problemas de conducta, la falta de equilibrio mental de los padres y las malas relaciones sociales.

Son varios los aspectos que pueden influir en una evolución positiva de dicha condición. Algunos de los más importantes son: la detección temprana del problema; la aplicación de un tratamiento sistemático en los primeros años escolares; una familia comprometida, bien estructurada y organizada; los canales de comunicación entre los especialistas que intervienen en el caso, la escuela y la familia; la capacidad de la familia y de la escuela de adaptar el nivel de exigencia de acuerdo a las posibilidades reales de el y la estudiante; el apoyo de la institución educativa y el empleo de ciertas adaptaciones

del programa escolar mediante la aplicación de adecuaciones curriculares no significativas y de acceso; el refuerzo social, técnicas de manejo de conducta que permiten el reconocimiento de las conductas positivas e ignorar las negativas; aprendizaje de técnicas cognitivas - conductuales entre las que se pueden mencionar las auto instrucciones y la auto evaluación en la solución de problemas, estrategias cognitivas, meta cognitivas y de organización; la estructura ambiental (rutinas) y métodos de enseñanza activos. A continuación se revisarán algunas de estas estrategias o técnicas con un mayor detalle.

La estrategia más comúnmente empleada para atender a las personas con TDAH son las adecuaciones curriculares. Se le llama adecuación curricular a cualquier ajuste que se le realice a la oferta educativa con el objetivo de atender a las particularidades de los y las estudiantes. En el caso específico de esta población se emplean tanto la adecuación curricular de acceso como la no significativa. Las adecuaciones curriculares de acceso permiten la modificación de las condiciones ambientales que entorpecen la atención-concentración del estudiante en el aula. Un ejemplo de estas adecuaciones puede ser darle la oportunidad al estudiante de trabajar en un escritorio aislado para cumplir con una tarea que requiera de mucho esfuerzo y concentración. Las adecuaciones no significativas se refieren a cualquier ajuste llevado a cabo por el o la docente para atender las necesidades educativas de sus estudiantes en las distintas instancias de aprendizaje. Éstas dependerán en gran medida de las habilidades y destrezas académicas que éstos posean. Un ejemplo puede ser

La población con TDAH suele ser más propensa a dar problemas de conducta en el aula y a un rendimiento académico inconsistente. Para prevenir que dicha situación se presente, se recomienda un ambiente bien estructurado, la aplicación de límites claros y consistentes y el empleo de técnicas de manejo de conducta. Entre las técnicas de manejo de conducta empleadas con esta población se pueden mencionar: **“tiempo fuera”** que consiste en el retiro físico del niño o de la niña por un tiempo determinado del lugar donde está recibiendo la atención para evitar que la conducta negativa se repita, **contratos conductuales** los cuales describen de manera precisa la o las conductas sobre las que se va a trabajar y las consecuencias positivas o negativas si no se cumplen, **economía de fichas** para lo cual se define de antemano los comportamientos que van a ser premiados con una ficha y cada vez que el alumno junta cierta cantidad de fichas éstas pueden ser cambiadas por una serie de premios o privilegios. Otras técnicas que suelen ser efectivas para trabajar con esta población son **control próximo** el cual consiste en mantener una cercanía física con el estudiante para ayudarlo a focalizar su atención y a tener mayor autocontrol, **comunicación personal cercana** que sugiere hablarle en forma privada al estudiante cuando se le tenga que corregir, **modelaje** en el cual el docente con la ayuda de otros estudiantes modela el comportamiento adecuado, **señales preventivas** que se emplean para prevenir o detener en forma inmediata una confrontación o alguna conducta disruptiva, los **premios** que se emplean como recompensa material o social de las conductas positivas y el **auto monitoreo** mediante el cual se busca enseñar al estudiante conductas de auto evaluación y auto control de su comportamiento.

Otras técnicas que se recomienda para trabajar con esta población son el entrenamiento en la resolución de problemas y las técnicas cognitivas conductuales. Ambas permiten mejorar tanto el comportamiento como el desempeño social del estudiante. El entrenamiento en la resolución de problemas trata de entrenar a los niños y las niñas a enfrentar situaciones problemáticas en las que tenga que tomarse el tiempo

para comprender bien el problema, explorar soluciones alternativas, escoger una alternativa y valorar los resultados. Las técnicas cognitivas-conductuales ayudan a producir cambios generalizados en la conducta de estos estudiantes a través del tiempo y de los contextos, mediante el aprendizaje de técnicas que le permitan ejercer control de su propio comportamiento. Dichas técnicas tienen como objetivo desarrollar el autocontrol mediante la observación de su propio comportamiento. Es de gran importancia destacar el rol del terapeuta en ayudarle al individuo a evaluar sus propios procesos cognitivos y en definir aquellas conductas que deben de trabajarse, para que las experiencias sociales y de aprendizaje sean más positivas. Algunas técnicas empleadas son las siguientes: **autoinstrucciones: éstas** son una forma de lenguaje interno que le permite a la persona aprender a pensar y a darse sus propias instrucciones en voz alta. Se ha comprobado que los niños y las niñas con hiperactividad e impulsivos requieren de este tipo de lenguaje para poder regular su conducta y ordenar su pensamiento, ya que no son reflexivos y tienden a dar respuestas impulsivas, que muchas veces carecen de sentido, tienden a irritar a las personas a su alrededor y les causan frustración. Meichenbaum, nombrado por Orjales (2003), encontró que para poder ayudar a las niñas y los niños impulsivos a frenar y organizar su pensamiento ellos requerían verbalizar, en voz alta, sus pensamientos, para luego ayudarlos a ordenar esos pensamientos en una serie de pasos, o auto instrucciones para poder resolver todo tipo de situaciones. Para el empleo de las auto instrucciones se le recomienda al terapeuta seguir una serie de pasos. El primer paso es ayudarle a la persona a tomar conciencia de lo que hace para ejecutar cualquier tarea. Luego se le presentan las auto instrucciones, el terapeuta modela la aplicación de las mismas. Como cuarto paso se ejecuta las acciones mientras el terapeuta verbaliza las auto instrucciones, luego el niño o la niña las dice mientras realiza una tarea similar y como último paso se le enseña a susurrar las auto instrucciones al realizar cualquier tarea. Lo que se espera es que después de la práctica el individuo pueda utilizar las mismas en cualquier tarea a la que tenga que enfrentarse y que éstas sean empleadas en los distintos entornos. El auto refuerzo colectivo es otra técnica cognitivo conductual que se emplea para reforzar el esfuerzo por controlar y corregir las conductas por parte de los individuos con TDAH, que suelen pasar desapercibidas por las personas adultas y por sus pares. Lo que se quiere con esta técnica es proponer un sistema de contingencias basado en puntos o cualquier otro reforzador que cada uno empleará para auto premiarse. Para ello cada individuo deberá hacer una lista de aquellas conductas o materias en las que desea mejorar. Luego el docente se sentará con cada uno para operacionalizar dichas conductas. Luego cada educando escribirá en una hoja su nombre, el objetivo que desea conseguir, el número de estrellas que pretende lograr y el espacio para escribir los puntos o pegar los reforzadores que se vayan a emplear. Cada vez que logra alcanzar la meta, el educador escribirá una nota positiva al hogar. Esta técnica le permite a la persona darse cuenta cuando logra hacer bien algo aunque le cueste, hay auto refuerzo positivo y le da la oportunidad de mejorar en aquellas áreas que ameritan un cambio.

Manejo en el aula

Hay algunos elementos que son críticos para que se dé una experiencia académica exitosa. Para ello es necesario que el y la docente sean flexibles y estén deseosos de realizar ajustes, deben de tener conocimientos de las características de TDAH, deben ser tolerantes, empáticos, deben de tratar de mantener cercanía con el hogar y comunicación estrecha, deben de emplear comunicación asertiva, aplicar estrategias de aprendizaje activo, emplear experiencias de aprendizaje multisensoriales y concretas aplicando variedad de actividades y materiales, modificar la longitud de algunas de las asignaciones, respetar así los ritmos y estilos de aprendizaje de sus estudiantes,

enseñar en forma directa, y deberán de hacer uso de una disciplina positiva la cual enfatice en el comportamiento adecuado y los logros alcanzados por cada miembro de la clase.

La forma de atender a los y las estudiantes con TDAH en el aula regular se logra de diversas formas, pero es importante poder definir en forma clara y concisa aquellas condiciones y conductas que se suelen manifestar y tienden a afectar su aprendizaje y el de otros miembros del grupo. Algunas veces los problemas de conducta en el aula suelen suceder cuando los y las alumnas con TDAH, están sin ningún tipo de supervisión o dirección. El hecho de que su maestro o maestra llegue a tiempo al aula, realice un planeamiento adecuado, e inicie la clase en forma inmediata, pueden ser aspectos fundamentales para evitar comportamientos inadecuados en el aula. Estos y estas estudiantes requieren de un aula bien estructurada, conocer con claridad lo que se va a hacer durante el día, necesitan sentirse que saben lo que está sucediendo, lo que les dará seguridad dentro de los parámetros del aula. Las reglas del aula deben de definirse con claridad desde un inicio, lo que les permitirá conocer lo que se espera de ellos en el ámbito académico y de comportamiento. Se debe de estar consciente de que los períodos de transición o cambios de una asignatura a otra deben estar bien organizadas. Las transiciones, los períodos de tiempo libre o períodos de poca estructura, tienden a ser caóticos para los y las estudiantes con TDAH. Estos períodos generalmente toman por lo menos el 15% en promedio del día lectivo. Es necesario buscar algunas formas para ayudar a estos y estas estudiantes a tener un mejor control de estas situaciones.

Los cambios en la rutina diaria, deben de ser conversados con los y las estudiantes de antemano. Conversar al inicio de la lección acerca de lo que va a suceder y acerca del comportamiento que se espera de ellos en las distintas actividades, emplear señales que le permitan al estudiante reconocer que ya una actividad está por terminar, permitir ejercicios físicos breves entre actividades, sobretodo, si éstas son de permanecer mucho tiempo sentado o de un gran esfuerzo mental, utilizar actividades de relajamiento después del recreo o de la clase de educación física, permanecer cerca de ellos y ellas en los ratos de transición, ayudándolos a auto controlarse y premiando tanto al estudiante con TDAH como al grupo en los ratos de transición en los que se logra un comportamiento adecuado, son algunas consideraciones que pueden hacer la diferencia entre un ambiente adecuado y uno caótico.

Para lograr que los estudiantes y las estudiantes pongan atención y logren permanecer atentos el mayor tiempo posible, es necesario eliminar cualquier estímulo visible que pueda contribuir a la inatención. Se debe ubicar al estudiante en un lugar del aula que lo ayude a poner atención. De acuerdo con Copeland y Love (1992) el ubicar al estudiante hacia el centro del aula, en las primeras filas y aumentando la distancia entre los escritorios, puede ayudar a que estos estudiantes puedan focalizar mejor su atención hacia el trabajo asignado. Se recomienda emplear gran variedad de estrategias y técnicas que permitan indicarle al estudiante que debe poner atención. Es necesario enseñarles estrategias de escucha. Para contribuir a mejorar la escucha en los alumnos y de las alumnas se puede variar el tono de voz, establecer contacto visual, demostrarles entusiasmo, motivarlos mediante el empleo de preguntas generadoras, emplear el buen humor o algún elemento sorpresa, asegurarse que la clase esté en silencio antes de iniciar con la lección formal, variar las estrategias instruccionales y ser muy claro y ameno a la hora de explicar.

Para garantizarse un seguimiento adecuado de instrucciones se recomienda no dar ninguna instrucción hasta que la clase esté en completo silencio, esperar la atención de todos los miembros del grupo, explicar las instrucciones en forma clara, concisa y lenta, hablar de frente al grupo, utilizar instrucciones multisensoriales, modelar lo que se debe de hacer, dar las instrucciones de una en una, asegurarse que comprendieron haciéndoles preguntas generales al grupo, pedirles a ciertos estudiantes que repitan las instrucciones para asegurarse la comprensión. En instrucciones escritas se recomienda destacar las palabras claves de la instrucción empleando color. También se recomienda hacerle un cierre visual con color a aquellas partes de la información escrita que se considera de mayor relevancia.

Para lograr que los y las estudiantes terminen sus trabajos, éstos deben ser cortos y variados. Es necesario enfatizar en calidad y no-cantidad. De acuerdo con Copeland y Love (1995), el 80% de los y las estudiantes con TDAH desde el preescolar hasta la universidad experimentan frustración y fracaso al escribir. Por lo tanto, es recomendable definir que es lo esencial y eliminar lo innecesario.

Se ha observado que un porcentaje significativo de estudiantes que presentan TDAH tienen dificultad con el manejo del tiempo, la organización y el empleo de estrategias de estudio. Por lo tanto, ellos y ellas requieren de entrenamiento en estas áreas. Para ello, se les debe de enseñar variedad de estrategias de aprendizaje y de organización. Algunas de las mencionadas por Reif (1993) son: lectura activa, toma de apuntes, mapeo de material escrito, manejo de agenda, preparación para exámenes, entre otros.

Tanto educadores como padres de familia comparten una gran responsabilidad en enseñar y preparar a estos estudiantes a compensar por aquellas áreas que pueden afectar su rendimiento en los distintos ámbitos en los que ellos y ellas se desempeñan. Ambas partes deben de trabajar en conjunto, apoyarse unos a otros y definir objetivos comunes para que la intervención sea exitosa.

Conclusión:

El trastorno de déficit de atención es una condición permanente presente en personas con características muy particulares en su funcionamiento cognitivo, específicamente en las funciones ejecutivas localizadas principalmente en el lóbulo frontal como lo son inhibición de la conducta, memoria de trabajo, internalización del lenguaje, autorregulación y control motor. Un diagnóstico adecuado es de fundamental importancia, ya que de éste dependerán las intervenciones que se lleven a cabo y por lo tanto la posibilidad de mejorar o no el pronóstico de la persona con esta condición.

Para lograr un manejo adecuado de los y las estudiantes que presentan la condición de déficit de atención en el aula regular es necesario que el o la docente conozca bien las características propias de sus alumnos y alumnas con esta condición, domine una variedad de estrategias de enseñanza, sea flexible en la presentación y priorización del currículo, domine técnicas de intervención conductual para proveer al estudiante tanto de destrezas para regular su comportamiento como de control de sus impulsos que lo ayuden a detenerse y pensar antes de actuar, entrenamiento en destrezas sociales, tratamiento farmacológico recomendado por un médico y preparación para familiares en relación con el TDAH. El o la docente debe ser capaz de promover un ambiente de aprendizaje agradable, estructurado, seguro y motivador. También debe ser una persona equilibrada, justa, consistente y ejecutiva en la resolución de los problemas

que se presenten en el aula. Deberá tratar de establecer un vínculo cercano con la familia del alumno o alumna de manera que esta alianza ayude al bienestar general de este estudiante.

Bibliografía:

- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Barkley, R.A. (1998). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. En Mash, E.J. y Barkley, R.A., editores. Treatment of Childhood Disorders. 2nd edition. New York: The Guildford Press, pag. 55-110.
- Barkley, R.A. Y Biederman, J. (1997). Towards a broader definition of the age of onset criterion for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 1204-1210.
- Copeland, E. y Love, V. (1995) Attention Without Tensión. Florida, USA: Specialty Press Inc.
- Finkel, M.F. (1998). El déficit de atención/hiperactividad a través de la vida. Folleto informativo facilitado por su consultorio, Cleveland Clinic Naples. Naples, Florida. USA.
- Ingersoll, B. (1988) Your Hyperactive Child. New York, USA: Doubleday.
- Kaplan, B. J., McNicol, J., Conte, R. A., y Moghadam, H.K. (1989) Dietary Replacement in Preschool-aged Hyperactive Boys. Pediatrics, 83 (1), 7-17. (citado en Orjales 2003)
- López, L. (2000). Aprendizaje: La influencia del ambiente sobre la estructura neurobiológica. Ponencia presentada en el II Congreso Internacional "Cómo aprende el Ser Humano". Universidad Interamericana. Heredia, Costa Rica.
- Pineda, D.A. (1994). La función ejecutiva y sus trastornos. Revista Colombiana de Neurología. Medellín, Colombia.
- Rief, S.F. (1993). How to teach and how to reach ADD/ADHD children. West Nyack, NY: The Center for Applied Research in Education.
- Zentall, S.S. (1993). Research on educational implications of attention deficit hyperactivity disorder. Exceptional Children, 60, 143-153.
- Apuntes del Curso: "Bases neurobiológicas de las deficiencias del lenguaje y comunicación en la población infantil, y manejo de trastornos de conducta asociados II: énfasis en síndrome de déficit atencional y problemas de aprendizaje". Impartido por Dr. Luis López Molina y MSc. Viviana Carazo. 2002.