

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
*Departamento de Psicología. B. Psicobiología y M.
de las Ciencias del Comportamiento.*

FALTA DE ATENCIÓN, HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD EN NIÑOS: TECNICAS DE AYUDA

Ponencia presentada en las IX Jornadas de Educación para la Salud. Avila 2001



José Luis Moya Palacios

Magisterio. Psicólogo Clínico. Psicólogo del Lenguaje. Máster en P. Sofrológica. Máster en Hipnosis Clínica. Miembro de la <<American Association of Professional Hypnotherapists>>. Exprofesor A. Universidad de Salamanca. Consulta privada. ExPsicopedagogo del E. M. de A. Temprana del M.E.C. de Salamanca.

FALTA DE ATENCIÓN, HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD EN NIÑOS: TECNICAS DE AYUDA

Ponencia presentada en las IX Jornadas de Educación para la Salud. Avila 2001

INTRODUCCION:

No es fácil la educación y convivencia, en el marco escolar y familiar, con niños que padecen Trastornos por Déficit de Atención y/o Hiperactividad (TDAH).

Entendiendo que hay un grupo de población escolar con necesidades educativas en estos ámbitos vamos a sintetizar la información y ofrecer estrategias de ayuda tanto a padres como a educadores.

Parece probado estadísticamente, que entre un 3-4 % de los alumnos en período de escolarización se manifiestan con un patrón hiperkinético, con problemas serios en el ámbito atencional.

La hiperactividad se aprecia con más frecuencia en los niños. Proporción niños/niñas 7 a 1.

En torno a un 8 % de los niños escolarizados presentan problemáticas de hiperkinesia y en un 2% se detecta en las niñas.

Además de estas diferencias de tipo cuantitativo, diversos autores se pronuncian por la persistencia en los niños de la actividad hiperkinética y los déficits de atención por más tiempo, a lo largo del período de escolarización.

Según Whalen en torno a un 25% de los niños valorados como hiperactivos, evolucionan favorablemente sin que aparezcan problemáticas en la vida adulta.

Aproximadamente una tercera parte de los sujetos diagnosticados a edad temprana como hiperactivos, arrastran estas problemáticas hacia la adolescencia y la edad adulta.

Parte de los malos modos, de las conductas disruptivas elicitadas en el marco escolar, están mantenidas por un mal condicionamiento socio-familiar o un mal aprendizaje.

1- DEFICIT ATENCIONAL

En ocasiones, determinados niños manifiestan un bajo nivel de atención. Se tiene entonces la impresión de que carecen de este recurso humano. Otras veces, los sujetos se distraen fácilmente. "Distracción" y "carencia de atención" no son términos sinónimos.

La distracción hace referencia a una falta de atención sostenida. Lo que atrae la atención apartándola de la tarea principal y lo fácilmente que algunos niños se distraen ante cualquier estímulo. Durante la distracción se advierte un desplazamiento frecuente y no controlado de la atención que dificulta la concentración en la actividad.

Los factores que inciden en la distracción pueden tener orígenes diversos.

- *Orgánicos:* Lesiones en determinadas áreas del encéfalo. En toda la patología señalada aparecen, de forma rápida, la fatiga y, consiguientemente, la distracción ante cualquier estímulo y la excitación.
- *Psicológicos:*
 - Nivel intelectual.
 - Motivaciones, necesidades e intereses.
 - Nivel de expectativas.
 - Estados emocionales del sujeto.
- *Externos:*
 - Intensidad y tamaño de los estímulos.
 - Nivel de contraste de la forma sobre el fondo.
 - Ausencia de hábitos de trabajos.
 - Nivel de comprensión de instrucciones.
 - Ausencia de motivación docente en el trabajo con el niño.
 - Condiciones desfavorables del marco: ruidos, calor.

- Horario de la actividad.
- Estado del organismo: privación, nivel de saciedad...

La atención, por otra parte, es un proceso consciente que contiene diferentes partes.

- Nos enfocamos hacia un estímulo hacia el que se polariza la atención.
- Seleccionamos (escogemos el estímulo que necesite nuestra atención aquí y ahora, en este momento).
- Sostenemos (ponemos atención sostenida todo el tiempo necesario).
- También resistimos (esquivamos, obviando aquellas cosas que cambian nuestra atención de donde debería estar).
- Traslamos (desviamos nuestra atención hacia otro estímulo cuando es necesario).

Cuando enunciamos que una persona se distrae con facilidad queremos significar que una parte del proceso de la atención de aquella persona ha sido desbordado. Se estima que un 40% de los niños en edad escolar pueden presentar problemas superables de falta de atención

Los niños diagnosticados de TDAH presentan dificultad serias para:

- Concentrarse en las tareas (especialmente aquellas que son rutinarias o aburridas).
- Saber dónde comenzar una tarea.
- Otros pueden perderse en tanto tratan de seguir instrucciones por incapacidad de atención mantenida y de procesamiento continuado de la información .

Síntomas de la falta de atención.

Incluyen situaciones en las que el sujeto a menudo:

- No pone atención a los detalles o comete errores descuidando la presentación correcta del trabajo escolar u otras actividades.
- Manifiesta dificultad en sostener la atención en las tareas o actividades de juego.
- No aparenta escuchar cuando se le habla directamente.
- No sigue las instrucciones y no completa el trabajo escolar, quehaceres, o deberes en el aula, casa, marco social, etc. (No se debe al diagnóstico de negativismo desafiante ni la inhabilidad para comprender las instrucciones).
- Presenta dificultad al organizar sus tareas y actividades de mesa.
- 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).
- Frecuentemente pierde las cosas necesarias para realizar las tareas o actividades (por ejemplo, juguetes, lápices, libros, o demás instrumentos).
- Se distrae fácilmente con estímulos ajenos al marco y casi siempre irrelevantes .
- Con suma facilidad y frecuencia olvida las actividades diarias.

2- HIPERACTIVIDAD

La conducta más evidente y observable en los sujetos con TDAH es la actividad excesiva. Al niño pequeño hiperactivo se le describe como al sujeto que "siempre esta en movimiento" o "impulsado por un motor interno."

Con la edad, el nivel de actividad tiende a decrecer según algunos autores. Al madurar como adolescentes o adultos, la excesiva actividad se puede manifestar como una conducta inquieta y nerviosa.

La sintomatología de la hiperactividad reviste los siguientes comportamientos:

Con un elevado nivel de frecuencia el sujeto:

- Moviliza las manos o los pies o está inquieto en la silla.
- A menudo deja su asiento dentro del salón de clases o en otras situaciones en las cuales se

espera permanezca sentado.

- Frecuentemente corre, o se sube a los árboles u otros objetos en situaciones en las cuales es inadecuado (en los adolescentes o adultos, esto puede limitarse a un sentimiento de intranquilidad subjetiva).
- Presenta dificultad para jugar o participar en actividades de recreo de forma tranquila.
- Con mucha frecuencia se encuentra "en movimiento" o a menudo se comporta como si fuera "impulsado por un motor".
- Habla excesivamente.

Es importante tener en cuenta que:

- El inicio siempre aparece antes de los 7 años.
- La duración es de al menos seis meses.
- Debe establecerse que los síntomas, además de inapropiados a la edad del niño, deben causar impedimentos clínicamente significativos en el funcionamiento académico, social y familiar.

IMPULSIVIDAD

Cuando consideramos la impulsividad, lo primero que nos viene a la mente es el ímpetu, la fogosidad del niño, esa forma de actuar sin pensar. El niño con TDAH encuentra dificultades en el autocontrol. El impulso lo lleva a la acción, a la satisfacción inmediata e instintiva del placer. Algunos autores consideran la hiperactividad-impulsividad como un patrón que tiene su origen en una dificultad general para inhibir la conducta.

Son numerosas las conductas impulsivas que podemos observar dentro del marco escolar: hablar fuera de turno, interrumpir a los demás, participar en lo que aparenta ser una conducta arriesgada. El niño es capaz de atravesar de modo inesperado la calle sin mirar, subirse a una altura sin medir previamente el riesgo, fisgar, hurgar, abrir, explorar, etc.

En realidad lo que prima es la carencia del control de impulsos.

Las principales conductas sintomáticas de impulsividad se concretan como sigue:

- Con suma frecuencia el sujeto deja escapar las respuestas antes de que las preguntas hayan sido completadas.
- A menudo tiene dificultad para esperar su turno.
- De modo insistente interfiere o se mete en los asuntos de otros (por ejemplo, interrumpe las conversaciones o juegos de los demás).

Además de problemas como la falta de atención o hiperactividad-impulsividad, el desorden va a menudo acompañado de otras características asociadas.

Vallet considera la hiperactividad como un síndrome que incluye diversas conductas, casi siempre unidas o íntimamente relacionadas:

1. Excesiva motilidad corporal: entendida como actividad permanente.

Derivada de ella pueden aparecer comportamientos desajustados en los ámbitos:

- Verbal: hablar demasiado pero con ideas muy colaterales sin un seguimiento de la idea central.
- Conductual: con agresiones y destructividad muy superiores a los índices de normalidad.

2. Deficiente o escaso nivel de control óculo-motor en las copias de modelos.

3. Impulsividad, carencia de freno inhibitorio: se manifiesta en el dibujo por tendencias perseverativas y una gran fuerza en el trazo; en las actividades psicomotrices por una gran dificultad para controlar el movimiento al darle órdenes y códigos.

4. Poca autoestima y un bajo nivel comunicativo con los demás.

5. *Dispersión atenta y una cierta anarquía y desorganización general.*
6. *Ante planteamientos, elicitando respuestas variables poco estables, o consistentes y con desiguales rendimientos a lo largo del tiempo.*
7. *Alteración del tono emotivo: propensión irritativa con escasa tendencia a soportar la frustración.*
8. *Evidentes problemas de aprendizaje.*
9. *Bajo nivel mnésico a la par que cierta obstinación y terquedad.*

TIPOS DE TDAH (Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad)

Dada la ausencia de un modelo conceptual congruente con las manifestaciones del TDAH, la observación sistemática en ambientes clínico-pedagógicos de personas afectadas por este problema, ha facilitado la clasificación de las mismas en varios subtipos, de acuerdo con las principales características asociadas con el desorden.

- 1- *Tipo Combinado:* (Con sintomatologías múltiples: Trastorno por Déficit Atentivo + Trastorno hiperactivo + impulsividad). TDAH. El niño presenta tanto síntomas cognitivos (déficit de atención) como motrices (hiperkinesia, impulsividad). Es el tipo más frecuente.
- 2- *Tipo Inatento:* (Predominio del Trastorno de Atención: síntomas múltiples de inatención) TA.
- 3- *Tipo Hiperactivo:* (Predominio del trastorno de la Hiperactividad, impulsividad: síntomas múltiples de hiperactividad-impulsividad con pocos, o quizás ningún síntoma de inatención). TH.

CARACTERÍSTICAS PROPIAS DE LOS SUJETOS CON TDAH

Este trastorno evidencia un déficit, una dificultad generalizada a nivel sincrónico (aquí y ahora) y diacrónico (a lo largo del tiempo) para establecer una autoregulación atenta y mantener un control motriz eficaz y normalizado.

El sujeto afectado por un TDAH se manifiesta con un déficit de reflexión y una notable impulsividad.

Los síntomas de falta de atención, hiperactividad, o impulsividad deben persistir al menos, seis meses .

Los síntomas que causan impedimentos deben estar presentes antes de los 7 años de edad.

Se debe encontrar presente algún impedimento de los síntomas en uno o más ambientes (por ejemplo, en el aula, en el marco familiar y social).

ASPECTOS EVOLUTIVOS

En los primeros estadios del desarrollo un niño con TDAH no es fácilmente detectable. Suelen evolucionar con una aparente normalidad hasta el primer, segundo año.

En torno a los 14 meses pueden comenzar a percibirse comportamiento con índices significativos de TDAH :

- Son niños con los ojos muy abiertos y la mirada muy despierta.
- Cansan, atosigan a los adultos porque no paran.
- Necesitan ser vigilados constantemente, que les presten una atención continuada.
- Duermen poco y mal.
- Necesitan la actividad permanente, (actividad sin objetivo definido la mayor parte de las veces).

A partir de los 3-4 años:

Aparecen los primeros indicadores del TDAH con manifestaciones conductuales desajustadas o inatentas dentro marco escolar:

- Niños/ñas que parecen estar a su aire.

- Presentan una gran labilidad atenta, estando activados a múltiples estímulos del marco y fuera del marco.
- No obedecen las indicaciones del educador de la escuela infantil ni de los padres.
- Interfieren la actividad de los demás compañeros.
- Siempre están en marcha, no paran, presentan serias dificultades para el control de impulsos.
- Comienzan los primeros problemas de aprendizaje.

A los 6-7 años:

- Los niños se tornan tercos.
- Llama la atención su irregularidad productiva.
- Tienden a salirse con la suya.
- Difícilmente se doblegan.
- Se rigen por el principio del placer y la obstinación: caballo de batalla de los profesores y educadores.
- Se perciben aspectos involutivos en los procesos de lecto-escritura, lenguaje, área matemática.
- Las producciones gráficas y los trabajos de mesa tienden al descuido.
- Los niños con TDAH se precipitan hacia el fracaso y retraso escolar por los déficits atentos y de concentración.
- Pueden aparecer las primeras mentiras y hurtos.
- La dificultad relacional establece rechazos y frustraciones.
- En estas condiciones no es fácil el logro del éxito en niños con discapacidad para el aprendizaje y déficit de atención.

A partir de los 12 años:

- Normalmente en el niño se va acentuando un sentimiento de fracaso generalizado.
- Siente menoscabada la autoestima.
- Subsiste la irritación, los cambios de humor asociados a la incapacidad para elegir lo más conveniente en cada circunstancia.
- El niño con TDAH presenta un perfil cognitivo, en el que persisten los trastornos de comportamiento impulsivo y se amplían el fracaso y frustración frente todo lo académico.
- Se buscan actitudes de sobrecompensación: modas, ritmos, actitudes, indumentarias.
- Se advierte una apatía y desmotivación global hacia todo lo que no gusta e implica esfuerzo, constancia.
- El chico suele intentar llamar la atención de modo permanentemente desadaptado.
- Se evidencian dificultades para planificar y organizar las tareas.
- Manifiesta una seria dificultad para responder a las obligaciones sociales.
- Surgen pequeños eventos de delincuencia común, desarrollando un 20 % de ellos comportamientos antisociales.

Los niños pueden mejorar diacrónicamente en aquellos aspectos que están bajo la influencia del control del ambiente. Algunas de las conductas del niño con TDAH cambian como consecuencia de la progresiva modelación conductual del marco escolar y familiar.

Dependiendo de las diversas variables: apoyos recibidos, niveles cognitivos, ayudas psico-socio-familiares, el niño con TDAH, podrá alcanzar logros intelectuales máximos.

Normalmente, y desde las observaciones de laboratorio, se ha constatado que los niños funcionan mejor cuando hay supervisión individualizada. El trabajo en grupo con niños TDAH les hace refugiarse en la inactividad del anonimato para bajar drásticamente los índices de rendimiento en relación al logro de la tarea.

El nivel de interés que despierten las distintas actividades influirá en su comportamiento, al igual que la expectativa de refuerzo.

EVALUACION Y OBSERVACION DE LA CONDUCTA DEL SUJETO CON TDAH

En el presente no hay ningún examen clínico simple, como el de la sangre o la orina, para establecer si un sujeto presenta este desorden. Para realizar un diagnóstico preciso resulta necesario recurrir a la preparación técnica de los profesionales y a los recursos: escalas, test. La evaluación puede partir de un recorrido sistematizado por:

1- LA HISTORIA CLINICO-MADURATIVA DEL NIÑO: Donde se considerarán los aspectos físicos, conductuales, atencionales y motrices del niño.

2- ESCALAS DE OBSERVACION

Toda la información recibida de los padres habría que contrastarla, en la medida de lo posible, con una observación sistematizada dentro del marco escolar y familiar.

La escala más difundida es el *Inventario de Conners* (1973), con ítems para el profesor (39 ítems) y 93 ítems para los padres.

Otra prueba de utilidad es la Escala de clasificación de *Werry, Weiss y Peters*

García Pérez, E.; Magaz Lago, A. (2000) han creado la Escala Magallanes para la evaluación del TDHI.

COMO AYUDAR AL NIÑO CON TDAH

No hay ninguna cura ni tratamiento rápido para el TDAH, sin embargo, la sintomatología puede ser controlada y encauzada a través de esfuerzos combinados y programas diseñados previamente a nivel exploratorio, conductual, educativo, psicológico y farmacológico.

Por tanto el tratamiento debería ser compartido, multidisciplinar, y en él se verían implicados profesionales de la medicina, la psicología, la pedagogía y los propios padres.

1-Apoyo familiar:

Este programa contempla la explicación e información claras de lo qué le ocurre al niño y cuál debe ser la actitud de los progenitores frente al problema. Implica proveerles de estrategias de afrontamiento para poder ayudar al hijo encauzando sus conductas de forma más autónoma, satisfactoria y socializada.

2- Manejo de las conductas del sujeto: intervenciones socio-educativas: El programa incluye cómo ayudar al niño de forma eficaz, mediante estrategias conductuales dentro de los diversos submarcos de comportamiento: sistema social, ámbito familiar y escolar. La meta final de toda estrategia para el manejo de la conducta es aumentar el comportamiento apropiado y disminuir la conducta indeseada.

La mejor manera de influir en cualquier conducta positiva es ponerle atención y reforzarla. El manejo de la conducta implica cambiar los antecedentes conductuales y sus consecuencias para que la conducta infantil cambie.

3- Tratamiento cognitivo: *autoconstrucciones*:

Se basa en el planteamiento de la realización de tareas, donde el niño aprende a planificar sus actos y mejorar su lenguaje interno. A partir de los 7 años, el lenguaje interno asume un papel de autorregulación, que estos niños no tienen tan desarrollado. Para la realización de cualquier tarea se le enseña a valorar, primero, todas las posibilidades de la misma, a concentrarse y a comprobar los resultados parciales y globales una vez finalizada la conducta.

4-Tratamiento farmacológico:

Es el tratamiento de elección. Puede utilizarse solo o de forma combinada asociado a tratamientos psicopedagógicos. Deben evitarse las benzodiacepinas (“tranquilizantes”) que pueden causar excitación y agitación paradójicas. Las medicinas ayudan en algunas problemáticas, pero no curan el cuadro siempre. Los psicoestimulantes sólo se aplicarán cuando el sujeto presenta síntomas de TDAH y cuando se estime que con la

medicación se va a mejorar todo el florido desajuste comportamental: rendimientos, atención, hiperkinesia.

INTERVENCION EDUCATIVA CON PROFESORES Y PADRES

Establecido el déficit se debe planificar una intervención eficaz por parte de los distintos profesionales para utilizar los recursos más idóneos de tratamiento.

A la hora de un trabajo pormenorizado se considerará como puntos importantes:

- * El hecho de conocer de forma directa, por los padres y entorno familiar, qué situaciones y con qué se calma el niño.
- * Se deben observar las habilidades y adaptaciones conductuales del niño para poder reforzarlas con halagos, caricias, comentarios positivos, etc.
- * Habrá que planificar la conducta a extinguir y/o modificarla estableciendo los procedimientos más idóneos, siempre que el comportamiento sea tal que:
 - Genere un alto grado de disruptividad en la clase.
 - Haga perder al alumno posibilidades de cara a las tareas académicas.
 - Produzca un alto desajuste individual.
- * Si ello fuere posible y oportuno, establecer acuerdos con el sujeto y definir operativamente la conducta a modificar:
 - ...*Vamos a mejorar en... durante el tiempo de..*
- * Comunicarle las estrategias a seguir en el futuro:
 - *Cuando pronuncie tu nombre, cuando... cuando... tú sabrás que además de estar contento, tú haces las cosas bien* (y prestarle atención frente a cualquier conducta adaptada o al menor intento de aproximación a ella).
- * Será importante controlar los estímulos del marco, sobre todo a nivel escolar, que puedan elicitar respuestas de hiperactividad:
 - Distancia y separación entre los distintos materiales: una lejanía de los mismos propicia los desplazamientos.
 - Expectativas del grupo: si un compañero o el grupo refuerzan con risas y celebraciones las distintas actividades del niño, éste intentará repetir las con frecuencia.
 - La separación física del grupo.
 - Las dificultades que entraña la tarea a realizar: a más dificultad, mayor posibilidad de dispersión y de hiperactividad.
 - El tiempo de duración de la misma: los tiempos cortos posibilitan mayor cantidad de escapes y de cambio de estimulación programada.
 - No hay que olvidar que la impulsividad y falta de atención aumentan cuando hay un incremento de estímulos; más ruido, más gente o cuando hay novedades dentro del marco.
- * Insistir en los aspectos positivos de la conducta, orientar al niño hacia la autonomía y los valores de satisfacción interna... es más hombre porque se controla..
- * El alumno debe aprender a discriminar que recibe atención únicamente cuando tiene un comportamiento adaptado.
- * El profesor debe actuar pausada y adecuadamente, toda vez que si es percibido por el niño como un profesor muy activo, tenderá inconscientemente a imitarlo.
- * Explicarle la técnica del reforzamiento a distancia, sin verbalizaciones: conductas discriminativas (elevación de cejas al encontrarse las miradas para que el niño sea capaz de discriminar cómo es su comportamiento).
- * Estudiar la posibilidad de un registro de comportamientos adaptados: bien llevándolo el propio niño, si éste es capaz y fiable, o bien el educador.
- * En algunos casos, el "time out" (tiempo fuera del marco) o el cambio de estimulación "en la mesa de pensar" suele dar resultados sorprendentes.

- * También es muy positivo utilizar un "carnet de buen comportamiento", donde padres y/o profesores anotan, sesión a sesión, las conductas adaptadas, positivas.
- * Los frecuentes contactos profesor-alumno, (más frecuentes al inicio y distanciados en el tiempo a medida que el niño es más autónomo y mejora su comportamiento), pueden facilitar el progreso infantil si se intercambia la información que se posee:
 - *Te has levantado...has cambiado de actividad..*
 - *Me ha encantado tu comportamiento de...*
 - *Sólo te levantaste 2 veces cuando antes...*
 - *Has mejorado mucho en...*

ACTITUD ANTE LA HIPERACTIVIDAD

- Simplemente diríamos la actitud de padres y educadores, debería ser "adulta" y profesional, que se constituyera sobre la base de una comunicación de ayuda auténtica, empática.
- No pretender cambios bruscos, drásticos, a muy corto plazo. Hay que entender que el problema es crónico.
- Proporcionar al sujeto situaciones de escape fuera del marco donde se trabaja la extinción o instauración de una conducta.
- La actitud profesional supondrá autocontrol y permanente dosis de paciencia, a pesar de que el sujeto intente desequilibrarnos. Comprender, pero no intentar cambiar nuestra manera de ser ni nuestras reacciones naturales.
- No prestar mucha atención al niño salvo cuando la conducta sea disruptiva o muy alborotadora.
- El castigo, en sus formas variadas, no suele ser el mejor elemento educativo.
- Ayudar al sujeto a reconocer sus propios progresos y los cambios positivos alienta más que permanentes instigaciones hacia la producción adaptada.
- Es importante ofrecer al niño manifestaciones de afecto, comentarios positivos cuando lleve a cabo aproximaciones a conductas tranquilas, autocontroladas, deseables.
- Sorprender al niño en actitudes positivas, cuando no se lo espera, y elogiar su comportamiento con verbalizaciones, halagos, caricias, refuerzos consumibles, etc. Que los refuerzos sean administrados a intervalos variables.
- Tener frecuentes encuentros con el niño para establecer un cambio cognitivo en base a apelar a sus propios sentimientos:

* Que explique cómo cree que se sentirán sus padres, profesor, cuando manifiesta un comportamiento ajustado y desajustado.

* Que explique qué le reporta el comportamiento desadaptado y de qué le sirve.

* Cómo la opción hacia el cambio es el camino más positivo.

Hacer que se cambien los papeles:

- *El imita a un compañero tranquilo, trabajador, atento.*

- *El observa la actividad desadaptada del compañero que le imita.*

- Utilizar el "Role-Playing" (desempeño de papeles) con el sujeto. El chico hará de padre y de profesor y el profesor asumirá, durante un tiempo los comportamientos y actitudes del niño.
- Reforzar cualquier conducta colaborativa de modo inmediato.
- Utilizar el tono bajo, tranquilizador cuando nos dirijamos al niño (es una forma indirecta de dar un feed-back - repetida retroalimentación- al sujeto).
- Comentar en público - si ello fuere pertinente - los cambios positivos del niño dentro del marco escolar. Este hecho contribuye a mejorar su autoestima.
- El recuerdo suele ser bueno, la insistencia desmedida puede ser contraproducente.

ESTRATEGIAS Y TECNICAS PARA MODIFICAR CONDUCTAS

Para lograr el control conductual se podrán utilizar diversos procedimientos en base a las plurales circunstancias del marco, de las necesidades del niño, y del tiempo disponible.

TIME OUT: Tiempo fuera :

- Consiste en sacar al sujeto del marco de comportamiento durante un tiempo cuando no manifiesta una conducta adaptada, deseable.
- Para que el "time out" (tiempo fuera) sea eficaz, el niño no debe sentirse reforzado por esta salida, es decir:
 - * No tiene que ver la situación como escape del marco, sino como una especie de privación de una situación más agradable.
 - * No proporcionarle durante el "time out (tiempo fuera)" ninguna clase de refuerzos: atenciones.
 - * El lugar donde se quede el niño durante "el tiempo fuera" no debe ser reforzador ni demasiado estimular.

CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO

1-REFUERZO POSITIVO ENCUBIERTO:

En niños mayores, con posibilidades cognitivas, se pueden llevar a cabo sesiones y juegos de " Lo imaginario":

Haciendo que el alumno, para su autocontrol, imagine determinada conducta incompatible con la hiperactividad y de consecuencias agradables:

*<< El profesor me felicita por lo atento que he estado durante la explicación de...
Ocupo mi mente en este pensamiento...El profesor me va a responsabilizar de..
Obtengo una consecuencia agradable...mis compañeros me felicitan.
Quiero que esto me suceda en la vida real...>>*

Esta técnica actúa como refuerzo positivo encubierto: es el mismo niño quien se autorrefuerza.

2- EXTINCION ENCUBIERTA:

Se basa en el planteamiento de que toda conducta que se refuerza tiende a repetirse y que las conductas no reforzadas tienden a extinguirse.

La extinción encubierta consiste en imaginar situaciones negativas de hiperactividad en las que nadie, absolutamente nadie, le presta atención .

<<Si nadie me presta atención ¿para qué molestarme?. Quiero comportarme como un caballero para que todos lo noten >>

3- REFUERZO NEGATIVO ENCUBIERTO:

Consiste en imaginar situaciones en las que, mientras él realiza un determinado comportamiento disruptivo, hiperkinético, los demás compañeros lo critican y ridiculizan.

<< No puedo seguir haciendo esto, me están criticando, no voy a dar la nota. Cambio de actitud.>>

REFORZAMIENTO EN CADA APROXIMACION A LA CONDUCTA META.

Cada aproximación a la conducta deseada se va reforzando diferencialmente, pasando del refuerzo continuo (cada respuesta un refuerzo) al refuerzo intermitente (ahora te refuerzo, ahora no), del refuerzo de intervalo fijo (cada 5 minutos te refuerzo 2 veces) al refuerzo de intervalo variable (te refuerzo cuando me venga en gana durante esos 5 minutos).

CAMBIO COGNITIVO: AUTOINSTRUCCIONES¹

El cambio cognitivo en un caso de modificación conductual implica:

- Pasar del heterocontrol al autocontrol cognitivo, internalizando los mensajes del profesor y dándose autoinstrucciones a sí mismo.
- El entrenamiento conductual cognitivo está indicado en todos los eventos escolares que requieren:

- * Automensajes de atención y superación.
- * Lucha contra la agresividad.
- * Autocontrol impulsivo, etc.,

- Presupone que el sujeto es capaz de una cierta autorreflexión y organización mental para darse autoinstrucciones y:

1-Generar autointerrogantes: *¿Qué debo hacer en esta situación?. ¿Cómo lo puedo hacer mejor?. ¿Qué ocurrirá si cambio?.*

2-Planificar el análisis de la tarea: *¿Qué es lo primero? ¿Por dónde empezar? ¿Cuál es el siguiente paso que voy a dar?.*

3-Llevar a cabo estrategias de autocomprobación: *¿Lo llevo bien? Quiero saber si lo tengo bien. Voy a repasar desde atrás.*

4-Autorreforzarse: *Lo estoy sacando yo sólo: ¡Fenomenal!. Acabo de mejorarlo ¡Guachi!. Soy un tío, no me he movido del sitio y lo he sacado. ¡Estupendo!.*

- El trabajo es planificado conjuntamente: terapeuta/profesor y el alumno.

Técnica:

- El profesional se propone como modelo a imitar por el niño mientras hace una tarea de mesa que supone atención y concentración, dándose autoinstrucciones en alto.
- El niño imita la actividad del profesional (conducta incompatible con la actividad) escuchando sus instrucciones.
- En la siguiente secuencia el niño, una vez aprendidas las autoinstrucciones, se las da a sí mismo en voz alta.
- El paso siguiente es internalizar las autoinstrucciones (imágenes y afirmaciones verbales hacia sí mismo) extinguiendo poco a poco el nivel de audición, administrándosela como un "cuchicheo".
- Finalmente, el alumno se autocontrola en la tarea proporcionándose las instrucciones desde el nivel interno a la par que autorrefuerzos, elogios y alternativas para superar el problema.

OTRAS ESTRATEGIAS:

Métodos indirectos para predisponer favorablemente al sujeto hacia un comportamiento adaptado y eficaz pueden consistir en la propuesta de:

- Quemar energías previamente a la actividad principal en clase: jugar, correr por el patio.
- Relajación pasivo-distensiva: *Método de Wintrebert.* (para niños pequeños) con las cosquillas como elemento tensivo y con movimientos pasivo-segmentarios como elementos relajadores.(Moya Palacios J.L,1987)

¹ Aprendizaje o entrenamiento autoinstruccional de Maichembaum (1969).

- Técnica de tomar al niño por la hombrera cuando queremos cambiarlo de lugar para no administrarle ningún reforzador epitelial cuando no ha controlado su comportamiento, etc.
- Entrenamiento lúdico-relajatorio: (Moya Palacios J.L 1993): "*La Marioneta*", "*El Muñeco de Trapo*" (Moya Palacios J.L 1993) (Técnicas de relajación creadas por y para niños a partir de 6-7 años, donde se incluyen actividades de respiración, vivencia lúdico-tensional y cambio cognitivo).
- Entrenamiento directo en habilidades sociales.
- Refuerzos permanentes y cambio cognitivo hacia el comportamiento tranquilo (actividad de mesa). Modelado.
- Trabajar con un programa de entrenamiento en autocontrol.²
- Actividades lúdicas para el autocontrol: .
 - * Permanecer mirando fijamente un objeto durante un tiempo y contestar a una serie de detalles sobre el mismo.
 - * Autocontrol de la risa.
 - * Control interno del tiempo.
 - * Permanecer quieto por espacios progresivamente más largos.
 - * Juego de control de impulsos:
 - Desplazarse mediante órdenes concretas hacia delante, atrás.
 - Correr y parar a una orden.
 - Hacer sonar una música y al cesar, detenerse.
 - Caminar por un laberinto siguiendo indicaciones.
 - Jugar a dejarse modelar por otro compañero como si fuéramos barro:
 - * Globalmente: modelado de figuras abiertas, cerradas, tensas, relajadas, sin movimiento, con movimiento.
 - * Segmentariamente: como si fuese una estatua de barro: modelado del tronco, las piernas los brazos... adoptando diversas posiciones que hay que mantener.
- Discriminar situaciones de progresiva actividad y de conductas tranquilas en base a películas.
- Substituir los juegos de movimiento corporal y desplazamiento por actividades de mesa, papel y lapicero, interacción.
- Realizar movimientos de autocontrol y ralentizaciones motrices.

Y lo que entendemos más importante de las estrategias: saber estar ahí junto al niño, permanentemente activos, como profesionales y padres, en la búsqueda ilusionada de su plena madurez, sin impacencias pedagógicas, mientras ese niño, futuro hombre, encuentra su cauce, su autodirección y nosotros por dentro, nos sentimos satisfechos, mientras vamos río abajo de la vida.

² En este programa se combinan estrategias de cambio cognitivo con un sistema de economía de fichas, cuyos pasos, en síntesis, son los siguientes:

- Entrenar al niño a enseñar a pensar (tareas para la resolución de problemas).
- Trabajo con autoinstrucciones:
 - * Definir operativamente el problema.
 - * Elegir la respuesta más adecuada.
 - * Administrarse el autorrefuerzo.
 - * Autocorregirse.
- Modelado por parte del terapeuta.
- Control de contingencias: refuerzos, autoevaluación, etc.

BIBLIOGRAFIA: PARA SABER MAS:

- Avila de Encío, M. del C.; Polaino Lorente, A. (2000): ¿Cómo vivir con un niño hiperactivo? Comportamiento, diagnóstico, tratamiento, ayuda familiar y escolar. Narcea. Madrid.
- Barkley, Russell A. (1999): Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Paidós Ibérica. Barcelona.
- E. Vallet (1989): Niños hiperactivos: Guía para la familia y la escuela. Cepe. Madrid.
- Farré i Riba, Ana; Narbona Garcia, J. (1999): EDAH, escalas para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. TEA. Madrid.
- Ferré Veciana, J. (1999): Los trastornos de la atención y la hiperactividad: diagnóstico y tratamiento neurofuncional y casual. Lebón. Barcelona
- García Pérez, E.; Magaz Lago, A. (2000): EMTDA-H: escalas Magallanes de evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Consultores en Ciencias Humanas, S.L. Barakaldo.
- García Schman, E. (2000): Nuestro hijo es hiperactivo. Salvat. Madrid.
- Gomez Teodoro. (2000): Niños hiperactivos. RBA. Barcelona.
- Green Christopher. (1999): El niño muy movido o despistado: entender el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Medici. Barcelona.
- Guía completa del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Paidós Ibérica. Barcelona.
- Identificación , valoración y tratamiento de niños y adolescentes con TDA-H . manual de referencia. (2000): Grupo Albor- Cohos. Madrid.
- Miranda Casas, A.; Presentación Herrero, M. J.; Gargallo Bernardo (1999): El niño hiperactivo (TDA-H) en el aula. Universidad Jaume I. Servicio de Comunicación y Publicaciones. Castellón de la Plana.
- Miranda Casas, A.; Santamaría M., M. (1998): Hiperactividad y dificultades de aprendizaje. Análisis y técnicas. Promolibro. Barcelona.
- Miranda Casas, A; Amado Luz, L.; Jarque Fernandez, S. (2001): Trastornos por déficit de atención con hiperactividad: una guía práctica. Aljibe. Archidona.
- Moreno García, I. (1999): Hiperactividad: prevención, evaluación y tratamiento en la infancia. Pirámide. Madrid.
- Moya Palacios, J. L. (1983): La comunicación de ayuda base del proceso pedagógico: Patio Abierto Rev. de Orientación Educativa del I.C.E. (Universidad de Cádiz) nº 4, Diciembre Enero, pp. 23-24.
- Moya Palacios, J. L. (1987): La relajación tónico-pasiva de Wintrebert aplicada a la terapia de los niños deficientes. Siglo Cero, Madrid pp. 28 ss.
- Moya Palacios, J. L. (1993): "El Muñeco de Trapo" (Una técnica de relajación infantil). Versión Cassette. Tecnodisco, Alcorcón, Madrid. Difusión: M. Merchán. C/ San Pablo 66-80, 1º C Es. 2. 37008 Salamanca. Tel/ Fax: 923-269665.
- Moya Palacios, J. L. (1993): "La Marioneta" (Una técnica de relajación infantil). Versión Cassette. Tecnodisco, Alcorcón, Madrid Difusión: M. Merchán. C/ San Pablo 66-80, 1º C Es. 2. 37008 Salamanca. Tel/ Fax: 923-269665.
- Moya Palacios, J. L. (1992): Planning de ejercitaciones para el tratamiento educativo y disfuncional de los patrones gnósico-práxicos. Ed. Privada, Salamanca . Difusión: M. Merchán. C/ San Pablo 66-80, 1º C Es. 2. 37008 Salamanca. Tel/ Fax: 923-269665, 235 pag.
- Orjales Villar, I. (1998): Déficit de atención con hiperactividad: manual para padres y educadores. CEPE. Madrid.
- Pascual Castroviejo, I. (1999): Síndrome de déficit de atención con hiperactividad: guía práctica, diagnóstica y terapéutica. Cesar Viguera. Barcelona.
- Russell A. Barkley (1999): Niños Hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Paidós. Barcelona. p.54.
- Safer, Daniel J.; Allen, Richard P. (1999): Niños hiperactivos: diagnóstico y tratamiento. Santillana. Madrid.
- Soriano Ferrer, M. (2000): Análisis del perfil cognitivo de estudiantes con hiperactividad: un programa para potenciar el autocontrol. Servei de Publicacions. Universidad de Valencia.
- Stevens , Suzanne M. (1999): Éxito en el aula: niños con discapacidad de aprendizaje y con trastorno de déficit de atención con hiperactividad. Ediciones Apóstrofe. Barcelona.

Falta de atención, hiperactividad e impulsividad

José Luis Moya Palacios

Padres y maestros, ISSN 0210-4679, Nº. 270, 2002, págs. 26-31