



**Universidad Abierta Interamericana**

**Facultad de Desarrollo e Investigaciones Educativas**

**Tesis en Licenciatura en Psicopedagogía**

**Dificultades de atención en el aula:**

**Aportes de la Psicopedagogía**

**Trabajo de Tesis**

**Alumna: Marvassio, María de los Ángeles**

**Sede Centro**

**Agosto de 2014**

### **Resumen**

El objetivo del presente trabajo es investigar, a partir de los aportes bibliográficos, las herramientas que ofrece el campo de la Psicopedagogía en relación al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), orientadas a los docentes de nivel primario, teniendo en cuenta que dicho trastorno incide en el aprendizaje académico y social del niño.

Para definir el TDAH, realizaremos un recorrido por las distintas corrientes teóricas: Neurología, Psiquiatría, Cognitivo-conductual y Psicoanalítica, puntualizando cómo definen y abarcan dicha problemática en cuestión. Así mismo, nos proponemos analizar desde una mirada Psicopedagógica los modos en que los docentes abordan dicha problemática, en las aulas del nivel primario.

Para lo cual, hemos realizado una investigación descriptiva, a través de la revisión bibliográfica pertinente, conjuntamente con las entrevistas realizadas a tres docentes implicados en el trabajo áulico. Entre los aspectos a tener en cuenta, en este análisis consideramos de suma importancia que el tratamiento esté acompañado desde una mirada médica, psicopedagógica y escolar, además de requerir la fundamental colaboración de los padres.

### **Palabras clave**

*Funciones ejecutivas –Psicopedagogía – Escuela Primaria – Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.*



La complejidad se sitúa en un punto de  
partida para una acción más rica,  
menos mutilante.

Yo creo profundamente que cuanto  
menos mutilante sea un pensamiento,  
menos mutilará a los humanos.

Hay que recordar las ruinas que las  
visiones simplificantes han producido,  
no solamente en el mundo intelectual,  
sino también en la vida.

Edgard Morin



**Índice**

Introducción.....	5
Estado del arte.....	8
Desarrollo teórico.....	12
1. Atención y Funciones ejecutivas: Procesos interrelacionados.....	12
1.1 Definición del síndrome: ¿Qué es la atención? Concepto y tipos de atención.....	12
2.1 ¿Qué son las funciones ejecutivas? Concepto.....	15
3.1 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.....	16
Perspectiva Neurológica.....	21
Perspectiva Cognitiva-Conductual.....	24
Perspectiva Psicoanalítica.....	25
2. Herramientas desde el campo de la Psicopedagogía.....	31
2.1 El aprendizaje en la escuela.....	40
3.1 Hiperactividad en niños escolarizados.....	44
3. Una mirada crítica sobre el TDAH.....	47
4. Discusiones: Las miradas de los profesionales.....	52
Conclusiones.....	54
Anexo: Entrevista a los docentes.....	57
Bibliografía citada.....	58
Bibliografía consultada.....	60

## **Problema**

***¿Qué herramientas ofrece el campo de la Psicopedagogía, a los docentes de nivel primario, para acompañar a niños que presentan trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)?***

## **Introducción**

Desde la mirada de la Psiquiatría, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2000), considera que el TDAH es un trastorno neurobiológico, y que su característica principal es la presencia de un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad, las mismas pueden ser observadas usualmente y de forma más severa en otros niños de la misma edad e igual nivel de desarrollo. Así mismo, esta asociación afirma que, estas manifestaciones deben aparecer antes de los siete años de edad y se deben presentar, por lo menos, en dos ambientes diferentes: en la escuela y en la casa. Además, consideran que el diagnóstico de TDAH, sólo debe hacerse si el síndrome está interfiriendo visiblemente con el desarrollo social, académico, ocupacional o recreativo del niño.

Por otra parte, dicha asociación especifica que estos síntomas son ocasionados por causas neurobiológicas, es decir, por una deficiencia en el control inhibitorio de las conductas y en la organización de las actividades cognoscitivas que requieren planeación y esfuerzo. Considerándolo, al mismo tiempo, como un síndrome heterogéneo y de etiología multifactorial, según las diferencias de cada sexo, en relación a los procesos de socialización y a los roles asignados.

Por otra parte, el tratamiento de la hiperactividad se desarrolla desde hace varias décadas a partir de dos modalidades terapéuticas, muy distantes en cuanto al enfoque conceptual y al modelo de enfermedad subyacente. Estos tratamientos son el farmacológico y las intervenciones psicoterapéuticas cognitivo-conductuales.

En cuanto a los *síntomas de desatención* incluyen:

- ✓ Falta de atención suficiente a los detalles.
- ✓ Incurrir en errores por descuido en tareas escolares o lúdicas.
- ✓ Limitación al escuchar cuando se le habla.
- ✓ Presentar dificultades de organización y de finalización de tareas o actividades.
- ✓ Evitar aquello que exija concentración.
- ✓ Perder material necesario para sus objetivos.
- ✓ Distraerse fácilmente.
- ✓ Ser descuidado en las tareas cotidianas.

Consideramos que la hiperactividad es manifestada por un abusivo movimiento del cuerpo, como levantarse en todo momento, especialmente cuando se necesita que esté sentado, como correr o saltar en situaciones inesperadas. Esta inquietud, es representada por medio del habla en exceso, la incapacidad para guardar turno, la dificultad para jugar o llevar a cabo tareas de óseo, así como interponerse en situaciones ajenas. (Borrego Hernando, 2003).

Dicho trastorno, presenta una amplia dificultad en el aprendizaje escolar y en las relaciones sociales del niño. Esto podría generar un conflicto dentro de la institución escolar, por medio del desconocimiento de algunos docentes sobre dicha patología, en relación al aprendizaje y sus influencias sobre el mismo, al medio socio-familiar y al escaso manejo del trastorno dentro del aula. Por lo tanto, podríamos pensar que si al niño le cuesta rendir y concentrarse en clase, el resultado podría demostrarse por medio de un comportamiento inadecuado, como levantarse todo el tiempo, no terminar las tareas, etc. Entonces, el rendimiento escolar sería la primer prueba que experimenta el niño, la cual está atravesada por las relaciones del niño con sus compañeros, y la aceptación de ellos dependerá de la buena o mala relación adquirida, esto será consecuente a la sintomatología que va teniendo en el desarrollo de su personalidad (Zuluaga Valencia, 2007).

Debido a lo expuesto anteriormente, es de sumo interés averiguar las herramientas que puede ofrecer el campo de la Psicopedagogía a aquellos docentes de nivel primario, que poseen dentro del aula niños con esta dificultad. Para lo cual se ha llevado a cabo una investigación descriptiva, a través de la revisión bibliográfica correspondiente, como así entrevistas a tres docentes involucrados en el aula.

Se plantean los siguientes objetivos:

Objetivo general:

- ✓ Investigar las herramientas que son ofrecidas desde el campo de la Psicopedagogía a los docentes de nivel primario para trabajar con niños que presentan TDAH.

Objetivos específicos:

- ✓ Investigar, en la bibliografía especializada, cuales son las herramientas que ofrece hoy la Psicopedagogía para abordar el trabajo con niños que presentan TDAH.
- ✓ Indagar si los docentes tienen en cuenta esta problemática y cómo la abordan.
- ✓ Indagar si los docentes utilizan dichas herramientas en el aula, y en tal caso cuáles y de qué manera.

## **Estado del Arte**

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (en adelante TDAH) ha sido abordado por numerosos investigadores y especialistas de diversas disciplinas como la Psicología, la Psicopedagogía, la Neurología y la Psiquiatría.

Uno de los trabajos de referencia es el de Borrego Hernando (2003), quien considera que el TDAH supone una afectación persistente y severa del desarrollo psicológico resultante de la falta de atención, inquietud e impulsividad, teniendo en cuenta que se inicia antes de los siete años, casi siempre alrededor de los cinco, si bien las dificultades se hacen más patentes durante el inicio de la educación primaria, en donde la permanencia en la escuela exige mayores niveles de atención.

La misma cuestión, pero desde un enfoque diferente es desarrollada por el trabajo de Zuluaga Valencia (2007), quien profundiza el déficit de atención remarcando que el TDAH suele ser selectivo. Está presente sólo en las actividades “poco interesantes”, pero está ausente en las actividades “interesantes”. Si el paciente disfruta de la tarea (un juego de ordenador o un evento deportivo) y obtiene placer de ella, su atención está al máximo (estado de flujo). Pero la atención se escapa de cualquier tarea privada de recompensa instantánea, tal como asistir a una conferencia o leer un libro de texto.

Un trabajo relevante sobre la temática en cuestión, es el de Santos Cela y Bausela Herreras (2007) quienes abordan la cuestión de *¿quién debe diagnosticar y tratar este trastorno?*, dado que el núcleo central del trastorno se entiende que es de naturaleza neurobiológica, su diagnóstico clínico, corresponde, por definición, a los servicios sanitarios, con la responsabilidad de hacer un diagnóstico temprano y diferencial de otros posibles problemas neurológicos y psiquiátricos.

Sin embargo, y, dado que lo biológico interacciona con factores aptitudinales y ambientales y que es un estado permanente que afecta al desarrollo personal, escolar y social; su presencia se evidenciara fundamentalmente en los contextos familiar y escolar, y más aún en el segundo, porque la detección se hará, en la mayoría de los casos, desde los Servicios Psicopedagógicos, equipos y/o Departamentos de Orientación, presentes en los Centros Educativos, con la indispensable participación profesional y la colaboración de la familia.

Y, por la misma razón, el tratamiento no puede limitarse a una terapia parcial, ni a un contexto único, sino que ha de ser multimodal y multiprofesional, compartido, en la mayoría de los casos, por los ámbitos: médico-farmacológico, psicoterapéutico, y psicoeducativo; todo aquello con el consentimiento-apoyo y participación del grupo parental o familiar.

Por lo tanto, se subraya la idea de que *“el abordaje del TDAH, en sus distintas fases, debe considerarse desde un criterio multicontextual y desde una intervención multiprofesional: médica, psicopedagógica y escolar, además de requerir la fundamental colaboración de los padres”* (Santos Cela et al., 2007- p. 113).

Desde el enfoque psicoeducativo, no se puede dejar de lado el trabajo de Arco Tirado, Fernández Martín e Hinojo Lucena (2004) quienes consideran que la intervención debe encuadrarse dentro de los distintos contextos o ambientes en los que se desenvuelve el/la niño/a, así como implicar a aquellas personas que en mayor medida interactúan con él/ella, es decir, padres y docentes. Consideran que básicamente se pueden diferenciar dos corrientes en este tipo de intervención: por un lado la corriente *Conductual*, cuyo objetivo principal de tratamiento es formar a padres y profesores en conocimientos generales sobre el TDAH y procedimientos que en su gran mayoría derivan de los principios del condicionamiento operante (técnicas de modificación de conducta), con el fin de comprender y dirigir mejor los problemas de comportamiento de sus hijos/as y/o alumnos/as en casa y en el colegio.

Este aspecto es bastante importante ya que el trastorno a menudo se asocia con alteraciones en la interacción entre padres e hijos.

Por otro lado, la corriente *Cognitiva*, cuyo objetivo principal de tratamiento es enseñar a los/as niños/as con TDAH técnicas de autocontrol y resolución de problemas debido a que el déficit de autocontrol se considera como un aspecto central en este tipo de trastornos.

Consideramos que las variables ambientales, son significativas para el desarrollo psíquico del niño, en relación a hogares ruidosos, a padres con altos niveles de estrés (como desórdenes de ansiedad, dependencia al alcohol, problemas antisociales, desorden de personalidad, violencia intra-familiar, etc.). Otro aspecto, a considerar de la actualidad, es la influencia temprana al acceso del uso de las tecnologías, como la televisión, videos juegos, internet, etc. y la gran cantidad de estímulos, visuales, acústicos y gestuales, que reciben los niños sin el acompañamiento adecuado por parte de padres, tutores o maestros, marcando una diferencia significativa.

Una investigación relevante sobre la temática en cuestión es el trabajo de Miranda y Soriano (1999), quienes consideran que se está llegando progresivamente a tomar conciencia de que el diagnóstico del TDAH exige una aproximación esencialmente clínica, haciendo uso de diferentes procedimientos de evaluación. Como se desprende de las guías recientes de la *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, la actitud indicada es realizar una evaluación comprensiva, que incluya, además del examen médico, una minuciosa historia de los síntomas específicos del TDAH, los criterios del DSMIV, la utilización de escalas de estimación conductual, la evaluación psicoeducativa y las observaciones en la escuela.

Además, cabe remarcar que aunque las investigaciones recientes no apoyan en absoluto la causa ambiental del TDAH, no puede olvidarse que las interacciones que operan entre los factores orgánicos y ambientales tales como un pobre ejercicio de la paternidad, psicopatologías de los padres, baja situación socioeconómica o estrés psicosocial de la familia, tienen una gran importancia en la modulación del trastorno.

Por otro lado, no se puede dejar de lado el trabajo de Orjales Villar (1998), quien considera que este trastorno alerta a profesionales de la educación y a las familias no tanto por la sintomatología básica inicial sino por el *efecto de bola de nieve* que se describe durante su desarrollo. Así mismo, remarca que el TDAH es un trastorno crónico que puede potenciarse o moderarse en función de la educación recibida por el niño.

De la revisión de los estudios e investigaciones anteriores se pueden extraer las siguientes conclusiones: es de suma importancia el acompañamiento de los padres y docentes durante el desarrollo de este trastorno (TDAH), como así también es de gran utilidad implementar un sistema de comunicación fluido y eficaz entre la escuela, sus docentes, la familia, el orientador y/o el profesional externo.

Por tal motivo, se considera primordial la comunicación, como herramienta fundamental, sin ella es muy difícil que se mantenga de forma consistente la supervisión del trabajo en casa o por parte de los profesionales, que pueden dar apoyo al alumno, de acuerdo a las expectativas de la escuela, con el objeto de mejorar el rendimiento académico.

Por lo tanto, se sostiene que el *trabajo multidisciplinar* es de gran relevancia, ya que permite la articulación de las diferentes miradas sobre la misma cuestión, lo cual es elemental para el bienestar del niño, en relación a lo cognitivo, emocional y social.

## **Desarrollo teórico**

### 1. Atención y Funciones ejecutivas: Procesos interrelacionados

Las funciones atencionales y ejecutivas son funciones de alto nivel que infiltran y comandan todas las otras funciones cognitivas. Las informaciones frecuentes, son seleccionadas por las funciones atencionales; en las cuales intervienen la motivación del sujeto, su historia, sus gustos, sus proyectos; y por otro lados, las funciones ejecutivas que “ejecutan”, es decir, gestionan y dirigen la ejecución de los diferentes programas, asumidos por tal o cual otro modulo cognitivo. (Soprano, 2009)

#### 1.1 Definición del síndrome: ¿Qué es la Atención? Concepto y tipos de atención

Desde el campo de la Neurología, Soprano, considera que la atención es una función esencial para transitar por la vida de un modo adaptado. Por lo general necesitamos atender para entender y aprender. La mayor parte de los actos de nuestro quehacer cotidiano requiere un mínimo de atención para que se lleve a cabo exitosamente (Soprano, 2009).

Ballard sostiene que ,

“es un proceso cognitivo inobservable que se infiere a partir de conductas observables” (citado en Soprano, 2009 – p. 17). En la mayoría de los modelos teóricos el termino atención remite a un “sistema complejo de componentes que actúan entre si y que permiten al individuo filtrar la información relevante, sostener y manipular representaciones mentales, modular y monitorear las respuestas a los estímulos” (Strauss y cols., 2006).

Si bien no hay consenso entre los investigadores en cuanto a los términos a utilizar para definir, delimitar y denominar las diferentes modalidades de la *atención*, a continuación describiremos, brevemente, aquellas que se mencionan con mayor frecuencia:

- ✓ Alerta: estado de despertar, corresponde a una movilización de energía mínima del organismo que permite al sistema nervioso ser receptivo de modo inespecífico a toda información intero o exteroceptiva.
- ✓ Atención selectiva-focalizada: permite seleccionar las informaciones disponibles de modo de retener o tratar solo los estímulos pertinentes para la actividad en curso.
- ✓ Atención dividida-simultánea: habilidad requerida para compartir una atención selectiva entre dos o más fuentes distintas, detectando los estímulos que pueden pertenecer a una u otra de estas fuentes de modo simultáneo.
- ✓ Atención alternante: implica la capacidad de cambiar de foco atencional, de modo flexible, alternando entre diferentes estímulos.
- ✓ Atención sostenida-vigilancia: sobrepasa el estado de alerta, llevando al sujeto a orientar de manera intencional su interés hacia una o varias fuentes de información y a mantener ese interés durante un periodo prolongado de tiempo sin discontinuidad.

Además podemos definir la *atención*, desde una mirada más profunda y no menos importante, desde el campo del Psicoanálisis, que considera que hay dos tipos de *atención*: una *atención refleja*, en el límite entre lo biológico y lo psíquico, y una *atención psíquica o secundaria*. La *atención refleja* es la atención inmediata, ligada a la conciencia primaria, mientras que la *atención secundaria* es consecuencia de la inhibición de los procesos psíquicos primarios (implica la constitución del preconsciente) y está ligada a la conciencia secundaria. Entonces, el yo inhibe, pospone y dirige las investiduras

hacia el mundo externo, sin lo cual los signos de la realidad no podrían observarse. Es decir, es el yo el que permite, a través de la investidura del mundo externo, registrar aquellos signos que diferencian la percepción de la alucinación. (Freud, 1950)

Por consiguiente, la atención tiene que ver con la percepción, la conciencia, el yo y el examen de realidad (en tanto el yo envía periódicamente investiduras exploratorias hacia el mundo externo).

Esto lleva a pensar que los *trastornos en la atención* tienen que ver con la dificultad para investir determinada realidad, o para inhibir procesos psíquicos primarios. La atención presupone una investidura sostenida de un segmento del mundo. Otorgarle valor psíquico a algo y sostener esa investidura, a pesar de los aspectos desagradables que puedan aparecer.

A partir de los campos disciplinarios, podemos sostener que la atención es una función esencial para llevar a cabo múltiples tareas de la vida práctica, y por lo tanto resulta indispensable en los procesos de aprendizaje y comprensión. Esta función no sólo puede verse afectada en casos de problemas neurológicos y psiquiátricos, sino en trastornos del desarrollo, el lenguaje y la conducta, en enfermedades sistemáticas, y también en el muy difundido, el cual nos compete en este trabajo como es el síndrome de déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

Por lo expuesto, consideramos que cada una de las definiciones, nos aporta herramientas indispensables para la evaluación del sistema atencional.

## 2.1 ¿Qué son las funciones ejecutivas? Conceptos

“El concepto de Funciones Ejecutivas apunta fundamentalmente a las capacidades de dirección, control y regulación tanto de las operaciones cognitivas como los aspectos emocionales y conductuales para resolver problemas de modo eficaz, en particular frente a situaciones nuevas” (Soprano, 2009 – p. 23).

Así mismo, organizan y definen la conducta en relación con el medio que rodea al individuo, y se modifican a través del desarrollo neuropsicológico (teniendo en cuenta la modificación de estructuras cerebrales y los sistemas de interconexión) y de los cambios que se producen en la interacción del individuo con el medio que incluye los procesos afectivos, emocionales y de socialización.

Soprano sostiene que:

“Dentro de este concepto, se incluyen habilidades vinculadas a la capacidad de organizar y planificar una tarea, seleccionar apropiadamente los objetivos, iniciar un plan y sostenerlo en la mente mientras se ejecuta, inhibir las distracciones, cambiar de estrategias de modo flexible si el caso lo requiere, autorregular y controlar el curso de la acción para asegurarse que la meta propuesta esté en vías de lograrse, etc. En síntesis, organización, anticipación, planificación, inhibición, memoria de trabajo, flexibilidad, autorregulación y control de la conducta constituyen requisitos importantes para resolver problemas de manera eficaz y eficiente” (Soprano, 2003 – p. 44).

En términos generales, las funciones ejecutivas, necesitan especialmente de la atención, para poder sistematizar las estrategias de planificación, controlar las obstrucciones y decidir si cambiar o finalizar la tarea con flexibilidad, de acuerdo a la información recibida por el medio ambiente, ya sea sensorial o emocional. Para ejercitar las funciones ejecutivas, el sujeto necesita el acompañamiento de la atención focalizada dividida y sostenida.

La función ejecutiva está formada por cuatro componentes:

- 1) la iniciativa,
- 2) la planeación,
- 3) el inicio,
- 4) el desempeño o ejecución.

Cada uno de estos, lleva a cabo una actividad diferente, todas relacionadas al comportamiento del sujeto, al mismo tiempo que son necesarias para una adecuada respuesta social y una efectiva autorregulación de la conducta.

### 3.1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Para explicar el TDAH, en primer lugar lo definiremos y luego haremos un recorrido histórico. Transitaremos por las distintas corrientes teóricas: Neurología, Cognitivo-conductual y Psicoanalítica, puntualizando cómo definen y abarcan, cada una de estas teorías, dicha problemática en cuestión.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno neurobiológico cuya característica esencial es la presencia de un patrón persistente de *inatención*, *hiperactividad* e *impulsividad*, que es más frecuente y severo que el observado en los otros niños de la misma edad e igual nivel de desarrollo. Las manifestaciones deben aparecer antes de los siete años de edad y se deben presentar en dos ambientes diferentes por lo menos: en la escuela y en la casa, por ejemplo. El diagnóstico de TDAH sólo

debe hacerse si el síndrome está interfiriendo visiblemente con el desarrollo social, académico, ocupacional o recreativo del niño (American Psychiatric Association, 2000).

La denominación: síndrome de déficit atencional con hiperactividad es muy reciente. Sin embargo, podemos rastrear su historia a lo largo del siglo XX. Barkley (1990) resume la evolución de las ideas dominantes, en cuatro periodos:

- 1) 1900-1960: una lesión cerebral es responsable de los problemas hiperkinéticos.
- 2) 1960-1969: la disfunción cerebral mínima se considera fundamental para entender la hiperkinesia.
- 3) 1970-1979: aparecen en la bibliografía los déficits de atención.
- 4) 1980-1989: creación del síndrome de déficit de atención (ADD) en el DSM III y del déficit de atención/hiperactividad, en 1987, en el DSM IIIR. (Janin, 2007 – p. 23)

En el DSM IV, se dan tres tipos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad: tipo combinado, tipo con predominio del déficit de atención y tipo con predominio hiperactivo-impulsivo. Plantea también algunas cuestiones que no son generalmente tomadas en cuenta, como es que *“algún problema relacionado con los síntomas debe producirse en dos situaciones por lo menos (por ejemplo, en casa y en la escuela)”*, y que *“durante la primera infancia puede ser difícil distinguir los síntomas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad de ciertos comportamientos propios de la edad en niños activos”* (Janin, 2007 – p. 22), con lo que un diagnóstico que ya está construido sobre la base de observables muy amplios y difíciles de objetivar, se hace más abarcativo aún, en tanto se toma una sola situación, ya sea la escuela o la casa.

Seguidamente especificaremos la clasificación de los tipos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad según los criterios del DSM IV TR.:

*Criterios para el diagnóstico del TDAH propuestos en el DSM-IV*

A. (1) o (2):

*(1) Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación al nivel de desarrollo:*

***Desatención***

- a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuidos en las tareas.*
- b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en las tareas o en otras actividades lúdicas.*
- c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.*
- d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el lugar de trabajo (no se debe a un comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)*
- e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.*
- f) a menudo evita, le disgusta o es reacio a dedicarse a tareas que requieren esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).*
- g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)*
- h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.*
- i) a menudo es descuidado en las actividades diarias.*

*(2) seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación al nivel de desarrollo:*

***Hiperactividad***

- a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.*
- b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en las que lo natural es que permanezca sentado.*
- c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)*
- d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.*
- e) a menudo “está en movimiento” o suele actuar como si tuviera un motor.*
- f) a menudo habla en exceso.*

***Impulsividad***

- a) a menudo se precipita a responder antes de que se haya completado la pregunta.*
- b) a menudo tiene dificultades para guardar el turno.*
- c) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos)*

*B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los siete años de edad.*

*C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo, en la escuela o el trabajo y en casa).*

*D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.*

*E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).*

*Códigos basados en el tipo:*

*314.01 Trastorno de déficit atencional con hiperactividad, tipo combinado: si durante los últimos seis meses se han cumplido los criterios A1 y A2.*

*314.00 Trastorno de déficit atencional con hiperactividad, tipo predominantemente desatento: si durante los últimos seis meses se ha cumplido el criterio A1 pero no el A2.*

*314.01 Trastorno de déficit atencional con hiperactividad, tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo: si durante los últimos seis meses se ha cumplido el criterio A2 pero no el A1.*

*Nota. Tomado de la Asociación Americana de Psiquiatría (1995).*

En la actualidad, se ha generalizado la utilización de estos manuales de clasificación en el diagnóstico del TDAH, siendo utilizados por neurólogos, psicólogos y psiquiatras. De esta manera, se han popularizado las descripciones de la sintomatología y las investigaciones exhaustivas y estadísticas sobre los efectos de los fármacos; sin embargo, no se toma en cuenta el origen de este trastorno a partir de la dinámica psíquica y los vínculos que establece el niño.

Es decir que, a través de los diagnósticos, se busca el modo de dar respuestas y/o explicaciones rápidas, lo que imposibilita la búsqueda de la subjetividad de ese niño. Entonces, de esta manera, existe actualmente, y cada vez con mayor frecuencia, una tendencia, impuesta, en la cual aquellos niños con diferentes padecimientos, entran en los tópicos de los manuales diagnósticos, tal que desde aquí es más fácil elaborar tratamientos para cada niño.

**Perspectiva Neurológica:**

El Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), está relacionado con una falta de balance en la producción cerebral de dos neurotransmisores: Dopamina y Noradrenalina respectivamente, esto está determinado por estudios recientes que coinciden en atribuirle a los citados neurotransmisores como los responsables de la patología citada precedentemente. Estos análisis de metabolismo cerebral, realizados sobre pacientes con este trastorno, evidenciaron una menor actividad metabólica, especialmente, en la base de la corteza cerebral frontal, esta zona del cerebro guarda estrecha relación con el control de los impulsos y la persistencia atencional.

Reconocidas instituciones de investigación en Neuropsicología, consideran pertinente afirmar que el factor hereditario tiene un rol preponderante en este tipo de patología. Por cuanto se puede sostener que, ante la existencia del trastorno en un componente de la familia, incrementa en un 40% la probabilidad de que haya otro miembro con idéntico diagnóstico. Lo dicho ha sido demostrado en distintos estudios realizados sobre hermanos gemelos, en donde se descubrió que cuando uno de ellos padece el trastorno (TDAH), la probabilidad que el otro lo tenga también asciende al 70%. (Fuente: Fundación de Neuropsicología Clínica)

Algunos autores, como Barkley, manifiestan que estudios genéticos han demostrado que la heredabilidad del TDAH es del 80%, estipulando que este es probablemente un trastorno con una fuerte raíz genética (Barkley, 2000; Rothenberger & Banaschewski, 2004).

En la Universidad de Granada, precisamente en la Facultad de Psicología, se realizó una investigación con el propósito de determinar cuál es verdadero impacto de una intervención cognitivo-conductual ejecutado sobre una muestra de alumnos diagnosticados con TDAH.

En este análisis se destaca que uno de los modelos más completos sobre el TDAH, ha sido el propuesto por Barkley (1997), señalando, del mismo modo, que el déficit en la inhibición de la conducta arrastra consigo un retraso o deterioro en el desarrollo de cuatro funciones neuropsicológicas: la *memoria de trabajo no verbal*, la *memoria de trabajo verbal*, la *autorregulación del afecto/motivación/activación* y la *reconstitución*. Es preciso destacar que el componente más importante de este modelo, es la *inhibición de la conducta*, toda vez que proporciona la base para que afloren las habilidades neuropsicológicas anteriormente mencionadas. El otro componente del modelo de Barkley es el *control motor*, que depende directamente del componente anterior y que está mediatizado por las cuatro *funciones ejecutivas* que controlan la conducta. De este modo se entiende que los problemas para mantener la atención, son el resultado de la hipoactividad del sistema de inhibición conductual, especialmente por un débil control de la interferencia. (Arco Tirado y otros – p. 408)

Similar apreciación hace Jaime Tallis (2007) en el capítulo “Neurología y trastorno por déficit de atención: mitos y realidades”, sosteniendo que la neuropsicología nos ha enseñado que cualquier acto de nuestra actividad cerebral, es el resultado de la acción coordinada de un complejo sistema de zonas corticales, digamos que tienen que combinarse millones de neuronas y sistemas de asociación para cualquier actividad gnóstica. Indudablemente, en el cuadro que nos ocupa, algo de la integración de estos sistemas funcionales ha fallado.

Al mismo tiempo, Tallis sostiene que, desde la organización de la actividad cortical, uno de los más estudiados es la jerarquización de la actividad cerebral, en donde se halla una corticalización creciente del control de las funciones; de esta manera la corteza cerebral, ejerce un efecto inhibitorio sobre los estratos inferiores del cerebro. Por lo tanto, afirma que sin esta acción reguladora, la actividad se desorganiza y pierde la coordinación programática.

En consecuencia, considera que con respecto a la atención, a la función ejecutiva, a la coordinación de la actividad motriz y los impulsos, es la corteza del lóbulo frontal la que ejerce este poder regulador, especialmente en su zona anterior.

Es por esto que, Tallis afirma:

“El TDAH debe considerarse como una afectación de las funciones corticales, que se expresa clínicamente por una serie de síntomas, que denotan una alteración de los programas de coordinación de estas funciones; estos síntomas se dan en distinta magnitud en los pacientes, cada niño es distinto y debe ser evaluado para determinar sus áreas comprometidas, y las preservadas a partir de las cuales se puede comenzar el trabajo terapéutico.” (Niños desatentos e hiperactivos, 2007 – p.208)

Así mismo, también pueden existir algunos factores ambientales (perinatales) que pueden influir en el desarrollo de esta patología, como el hábito de fumar de la madre durante el embarazo, el alcoholismo materno, las complicaciones del parto y otros trastornos neurológicos tempranos (Pineda, Puerta, et al., 2003).

Consecuentemente, coincidimos y calificamos de suma importancia los aportes de estos autores, considerando que cada ser humano es diferente y por consiguiente necesita un tratamiento adecuado. Es decir que, desde nuestra perspectiva, sostenemos el concepto de que cada sujeto, es único e irrepetible, y se va estructurando de manera integral, cognitiva y afectivamente, en un proceso constructivo de su subjetividad.

Así mismo, es importante y necesario destacar el rol que cumple la familia, como primer contexto donde tienen lugar los primeros vínculos que van a determinar la modalidad que el sujeto adopta para vincularse con el medio.

**Perspectiva Cognitivo-conductual:**

Desde el enfoque psicoeducativo, la intervención debe encuadrarse dentro de los distintos contextos o ambientes en los que se desenvuelve el/la niño/a, así como implicar aquellas personas que en mayor medida interactúan con él/ella, es decir, padres y docentes.

Básicamente, se pueden diferenciar dos corrientes, en este tipo de intervención: lo *Conductual*, cuyo objetivo principal de tratamiento es formar a padres y profesores en conocimientos generales sobre el TDAH, y procedimientos que en su gran mayoría derivan de los principios del condicionamiento operante (técnicas de modificación de conducta), con el fin de comprender y dirigir mejor los problemas de comportamiento de sus hijos/as y/o alumnos/as en casa y en el colegio (Weiss y Hetchtman, 1992). De esta forma, el comportamiento del/a niño/a y/o alumno/a se va conformando en función de las consecuencias que le siguen. Este aspecto es bastante importante, ya que el trastorno a menudo, se asocia con alteraciones en la interacción entre padres e hijos.

Con respecto a lo *Cognitivo*, el objetivo principal de tratamiento es enseñar a los/as niños/as con TDAH, técnicas de autocontrol y resolución de problemas, debido a que el déficit de autocontrol se considera como un aspecto central en este tipo de trastorno. Las técnicas o procedimientos más utilizados, pueden ser:

- ✓ Técnicas para aumentar la autorregulación.
- ✓ Administración de auto-recompensas.
- ✓ Auto-instrucciones. (Meichembaum y Goodman, 1971).

Además de los citados, también se pueden hallar otras intervenciones conocidas comúnmente como “combinadas”. Estas intervenciones integran de modo armónico a la medicación psico-estimulante, con las técnicas conductuales o intervenciones de carácter cognitivo-conductual. Este tipo de investigaciones evalúan la efectividad de estas intervenciones para el tratamiento de TDAH y han aportado resultados dispares, por cuanto no se conocen, de modo fehaciente, su eficacia y eficiencia.

**Perspectiva Psicoanalítica:**

Desde la teoría psicoanalítica, hay dos tipos de atención: una *atención refleja*, en el límite entre lo biológico y lo psíquico, y una *atención psíquica o secundaria*. La *atención refleja* es la atención inmediata, ligada a la conciencia primaria, mientras que la *atención secundaria* es consecuencia de la inhibición de los procesos psíquicos primarios (implica la constitución del preconscious) y está ligada a la conciencia secundaria. (Janin, 2007 – p. 50).

Janin realiza una conceptualización psicoanalítica de la *atención*, destacando la relación del niño y la madre. Es decir que, la teoría freudiana sobre la estructuración psíquica, puede aportarnos la comprensión de los modos en que se constituye la atención; sabemos que el mundo no es investido automáticamente, o que lo que se inviste casi automáticamente son las sensaciones, es decir, conciencia primaria, según Freud.

Pero para que haya registro de cualidades, de matices, se debe diferenciar estímulo de pulsión, para lo cual los estímulos externos no deben ser continuos, sino que tiene que haber intervalos. Así, si un niño recibiese permanentemente estímulos (como una madre que le da el pecho todo el tiempo), no podría diferenciar lo que siente de lo que viene desde afuera. (Janin B., 2007 – p. 51)

La diferencia estímulo-pulsión, se instaura porque el estímulo es intermitente, mientras que la pulsión es constante. Del estímulo se puede huir, mientras que de la pulsión, no. Entonces, según Janin, este sería el primer paso, para dirigir la atención hacia el mundo: diferenciar adentro y afuera. En consecuencia, esta autora enaltece esta diferencia, como un elemento, que nos va a permitir ligar la desatención a la hiperactividad: la confusión entre interno y externo, lleva tanto a no sostener la atención por confusión, como a responder a todo el estímulo como si la fuga fuera posible.

Por consiguiente, concluye en que hay niños que han retirado sus investiduras del mundo, como así también niños que nunca la han investido. Es decir, la investidura del mundo, se logra por identificación con otro, que va libidinizando a ese mundo y otorgándole sentido. Por lo tanto, podría ser que si el niño no encuentra una respuesta empática durante el primer tiempo de vida, no puede dirigirse al mundo en forma focalizada y sostenida, si no hay quien libidinice al niño y al mundo “para” el niño, será difícil para éste significar el mundo como deseable.

Al mismo tiempo, Janin considera que no sólo el mundo deberá ser investido libidinalmente, sino que del conjunto de estímulos se tendrán que seleccionar algunos. Si bien el niño sigue viviendo en una especie de “ya” y “ahora” permanente, hay un cierto freno al devenir pulsional. Es decir, es el yo, y en principio el yo como yo de placer (el yo del narcisismo), el que inhibe el decurso pulsional; este yo se constituye por identificación primaria con un semejante, en el que el niño se refleja, como en un espejo.

Por lo tanto, los otros significantes (padres, hermanos, abuelos, etc.) le devuelven una imagen de sí, es decir que la familia posee un rol importante en el desarrollo del niño. En la conjunción de esa representación que los otros le devuelven, y la ligazón que él va estableciendo entre las diferentes zonas de su cuerpo, se va armando una idea de sí mismo. En principio, que un niño sea

vivido como un semejante diferente le permitirá ir construyendo la diferencia yo-otro, sin suponer que tiene que quedar subsumido en el otro o matarlo.

Así también, la familia puede condicionar y caratular al niño, devolviéndole una imagen de sí mismo como el elegido, la maravilla, el hijo soñado, o por el contrario la de un terremoto, un desastre, el culpable de todas las desgracias. El saberse amado, más allá de todos los avatares, parece ser fundamental. Si el niño supone que el amor del objeto es algo que puede perder fácilmente, estará pendiente de las señales amorosas del otro sin poder concentrarse en otra cosa o se recluirá defensivamente.

Entonces, el primer modo, de la relación con el objeto, es la identificación primaria, en el que el yo se fusiona con un objeto del que nunca se ha diferenciado. Identificación primaria en la que se constituye el yo como yo de placer. Pero esta identificación es compleja, en tanto el yo se constituye por identificación a:

- otro que es considerado una emanación de sí mismo, no diferenciable de sí. El niño ve siempre al otro como completo, poderoso (en tanto puede caminar, moverse, hablar, cuando él todavía no lo hace)
- la imagen que el otro, como un espejo, le devuelve. Así, el adulto le puede devolver una imagen de sí mismo como maravilloso, pero también como tonto o peligroso. El niño no tiene posibilidades de oponer otras ideas a las que los adultos significativos le transmiten, en tanto no tiene un reservorio de imágenes sobre sí. Así, si los otros significativos lo ubican como tonto, le será muy difícil correrse de esa sentencia.
- la representación que el otro tiene de sí mismo y en la que el niño se ve reflejado. (Janin B., 2007 – p. 53)

Es decir, si los padres transmiten una representación del niño incompatible con el amor a sí mismo (“es un desastre”) o una representación caótica de sí mismos (“somos un desastre”), el niño tendrá dificultades para organizarse como unidad y otorgarle coherencia al cúmulo de sensaciones internas.

Entonces, para poder salirse de sí mismo y centrarse en algo diferente, este yo tiene que haberse constituido de un modo sólido y tiene que poder sostenerse frente a los embates de la vida.

Desde esta perspectiva, podemos introducir y desarrollar los aportes de Quiroga (2006), quien considera que las primeras sensaciones en la vida de todo ser humano, aparecen como formas de registro fragmentarios y que el aprender se da desde el impulso hacia una necesidad vital frente a un objeto (la madre) que puede estar presente o ausente, ser gratificante o frustrante. Así, si este objeto es “significado” por la necesidad, hay que garantizarse la presencia del mismo.

Por consiguiente, la autora ha denominado protoaprendizaje, como aquello que se constituyen en el vínculo del bebé con la madre, y es aquí donde el niño va a construir sus primeros modelos de aprendizaje y relación. En el desarrollo de estas primeras experiencias, la madre jugara un papel muy importante no solo en el sostén y apoyo, sino también en las diversas vicisitudes del aprender.

Entonces, frente al fracaso en esta constitución, el riesgo es que cada vez que el objeto “falla” (en tanto al ser otro diferente no puede satisfacer, ni en el momento, ni en el modo exacto lo que el niño desea), la retirada de la investidura objetal no vaya al yo sino a la nada, al vacío. Es decir, en lugar de tratar de satisfacerse a sí mismo, el niño puede sentir que no hay nada, que el fracaso es absoluto, que él está vacío y el mundo no le ofrece nada placentero.

Así, la búsqueda puede ser alocada, imparable, sin metas claras. Una búsqueda caótica, en la que no se pueden filtrar ni seleccionar estímulos ni organizar la acción.

Por último, el yo de placer irá dejando al yo de realidad definitivo, que le posibilitará ya no sólo distinguir fantasía y realidad, sino también ubicarse en diferentes contextos. Junto con él, el Superyo/Ideal del yo, con la interiorización de normas e ideales, permitirán acatar consignas dadas por otros, aceptar normas impuestas por una institución (como la escuela), dirigir la atención hacia donde el otro-autoridad exige.

Es decir, la capacidad de atender selectivamente no es un efecto simple. Por el contrario, es consecuencia de un proceso complejo que puede tener contratiempos.

El déficit de atención implicará, entonces, tanto un déficit en la constitución adentro-afuera, si el niño está inmerso en un mundo en el que los estímulos no pueden ser diferenciados, con la libidinización cuando lo que falla es la constitución del dirigirse al mundo, la constitución narcisista del yo cuando no puede salirse de sí; pero también puede haber un retraimiento secundario por depresión, o una dificultad para acotar la fantasía, o un estado de alerta producto de situaciones de violencia, entre otras posibilidades.

Entonces, si bien las variables son muchas y no siempre es posible diferenciarlas, en tanto suelen superponerse; es oportuno describir, desde la clínica, como Janin (2007) describe algunos modos en que ha percibido trastornos de atención. Los mismos pueden ser:

a) *El niño “dormido”*

Este trastorno lo podemos encontrar en niños que, sin ser autistas, tienen momentos autistas. A veces, los lleva a sentir cualquier estímulo que provenga del mundo externo como un

ataque, en tanto los saca del estado de sopor. La dificultad suele ser aquí mantener un estado de vigilia con atención sostenida. Están como dormidos, recluidos en una especie de vacío.

*b) El niño que confunde adentro-afuera*

No diferencia estímulo y pulsión. Es decir, no puede diferenciar aquellos estímulos externos de los internos y reacciona de igual modo a ambos. Está, así, sumido en un mundo indiferenciado, sin poder privilegiar nada.

*c) El niño "objeto" a mostrar*

Hay niños que no atienden porque están fijados al polo exhibicionista. Son los niños en los que predomina el deseo de ser mirados y no pueden fijar la mirada en otro.

*d) "No escucho porque ya lo sé"*

Trastornos en la constitución de la investidura de atención por desmentida de la castración (por no soportar una fractura narcisista). La retracción se da por desencanto del mundo. No hay tolerancia a las heridas narcisistas. Sólo atienden a lo que les resulta fácil.

*e) "¿Me quiere o no me quiere?"*

Hay niños que han constituido las investiduras de atención en relación con los intercambios afectivos, pero no en relación con el conocimiento. Son los niños que buscan la aprobación afectiva, el cariño de los maestros, pero no pueden escucharlos.

*f) El niño triste*

Constitución de las investiduras de atención y posterior retracción por duelo. El duelo implica un trabajo psíquico importante, presupone rupturas de tramas representacionales.

*g) El niño que juega*

Desatención por retracción a un mundo fantasmático. Otra de las posibilidades es que el niño haya retirado sus investiduras del mundo para invertir sus fantasías.

*h) El niño que está en “alerta” permanente*

Sufre de una “sobreatención” primaria, aunque se los catalogue como desatento. Pero no es una atención sostenida sino errátil, va de un lugar a otro, de un objeto a otro sin poder parar. De este modo, no puede centrar la atención en ningún elemento, sino que pasa de uno a otro, en un “zapping” permanente. Está conectado con el afuera, pero es un afuera peligroso.

*i) El niño de pensamiento “confuso”*

No pueden organizar sus pensamientos y confunden deseos y realidad. Es frecuente que manifiesten una gran labilidad en su acercamiento al mundo, en sus vínculos y en su modo de expresar sus afectos.

2. Herramientas desde el campo de la Psicopedagogía

Desde el campo psicopedagógico, es preciso partir del abordaje que se realiza en la tarea clínica. Para lo cual, se puntualizará el marco epistemológico, desde donde conceptualiza e interviene la clínica psicopedagógica.

La misma es concebida desde el Paradigma de la Complejidad, propuesto por Edgar Morin, el cual toma al paradigma sistémico y lo redimensiona, es decir que plantea una mirada poli-ocular y multidimensional, el hombre no es solo biológico-cultural, es también especie-individuo, sociedad-individuo, en consecuencia el ser humano es de naturaleza multidimensional, con un pensamiento estratégico y vinculado, centrado en la policausalidad, y el énfasis está puesto tanto en el todo como en las partes con las que realiza la interacción.

Por consiguiente, una persona con pensamiento complejo, es capaz de relacionar las diferencias, de tener en cuenta la multiplicidad de las cosas, la complejidad de ellas. Desde este paradigma, se concibe al sujeto como contextualizado, producido por su contexto social, a la vez que él es productor de éste. Es decir, el sujeto posee autonomía relacional ya que es autónomo pero dentro de sus relaciones, es responsable por sus actos, y posee un pensamiento crítico y reflexivo.

Dentro de este paradigma nace el Construccinismo Social (James, Dewey, Mead, etc.) como una teoría sociológica y psicológica del conocimiento, que considera que los fenómenos sociales se desarrollan dentro de contextos sociales, actuamos en sujeto y contextos.

Por lo tanto, la tarea clínica psicopedagógica, es representada como un sistema triangular, compuesto por: el *psicopedagogo* en interacción con el *sujeto*, en donde el tercero estructurante y mediatizador de la relación es la *tarea: el aprendizaje*. Esta tarea enmarcada siempre en un encuadre clínico, que otorga especificidad a la misma. Este sistema se encuentra inserto en el ambiente ecológico, es decir en los contextos familiar, escolar, institucional, social, cultural, regional y local. Como hemos dicho anteriormente, actuamos en y desde los contextos, nada tiene significado fuera del contexto.

Entonces, al hablar de *sujeto*, se considera al mismo dentro de un contexto y en continua interacción con su ecosistema, como lo caracterizó Bronfenbrenner: micro, meso, exo y macrosistema, donde cada uno de estos ejercen una influencia, produciendo diversos efectos en el sujeto, en donde él no se desenvuelve directamente, entonces, el sujeto se va estructurado de manera integral-cognitiva y afectivamente, en un proceso constructivo de su subjetividad.

Además, se incluye al *psicopedagogo/a* en la triada clínica, como parte imprescindible dentro del sistema terapéutico. El mismo, debe de poseer ciertas características que beneficien la relación terapéutica, como: ser flexible, poseer empatía solidaria y distancia óptima, capacidad de escucha, prevención, interpretación, y poder integrar y articular teoría y práctica constantemente. Al mismo tiempo, actúa como sostén, ayuda al paciente a ver una situación desde un punto de vista nuevo, o siembra en él una nueva idea, que le otorgaría una sensación de libertad y esperanza.

El desafío terapéutico consiste en ayudar a los pacientes a re-contar las historias de su vida, de modo que les permita una comprensión de sus orígenes y del significado de sus actuales, aludiendo a que la modificación sea narrativamente concebible, alcanzable y creíble.

Por último, la tarea, puntualmente el *aprendizaje*, es concebido como un campo complejo con múltiples atravesamientos: subjetivo, familiar, escolar, institucional, social, político y cultural. Así mismo, consideramos importante, todo aprendizaje que le permita al sujeto vivir y manejar estratégicamente, aquellas situaciones planteadas, en los distintos contextos en donde se desarrolla y actúa. Es un proceso fundamentalmente vincular, que tiene lugar en un cuerpo construido relacionamente y cuyo despliegue creativo supone la articulación de la inteligencia y el deseo.

Desde esta concepción epistemológica, las teorías que permiten interpretar e intervenir en la clínica son:

- Desde el sujeto en su estructura intrapsíquica: el Psicoanálisis y Psicología Genética.
- Desde la interacción con el contexto: la Psicología Social, la T.G.S, la Teoría de la comunicación, la Cibernética de segundo orden, el Modelo Ecológico y el Construccinismo Social.
- Desde el aprendizaje: al Constructivismo (Psicología Genética, Psicología Cognitiva)

Por lo tanto, se considera que el Psicoanálisis, nos da elementos para intervenir con los niños que presentan esta dificultad, porque nos brinda una teoría sobre la estructuración psíquica, la cual es imprescindible para poder trabajar con los niños, mucho más cuando se trata de patologías graves.

Ya que, desde la teoría, nos otorga los tiempos del armado subjetivo, teniendo en cuenta los distintos modos de la constitución, describe minuciosamente las operaciones intersubjetivas e intrapsíquicas en los que alguien pasa a ser sujeto, con relación a su entorno, y a la forma en que la capacidad simbólica nace y se despliega. Y da cuenta del entramado de lo individual, lo familiar y social. (Novillo Martínez, Fuentes – Apunte de cátedra Clínica Psicopedagógica I y II - 2010)

Para pensar las intervenciones, como lo plantea Janin en su libro “Niños desatentos e hiperactivos”, es fundamental diferenciar de qué tipo de desatención, hiperkinesia e impulsividad se trata. Como se había anticipado en un apartado anterior, es diferente pensar en un niño que no sostiene las investiduras del mundo por identificación con un vacío y al que habrá que ayudarlo a construir, poco a poco, la atención hacia el mundo, acompañándolo en sus intentos; a pensar en un niño que se aterra de un mundo fantasmático en el que el pensamiento y la acción están indiscriminados.

También van a ser diferentes las intervenciones con un niño que no atiende, porque no diferencia estímulo de pulsión, y vive en su magma indiferenciando, al que habrá que marcarle las diferencias, ayudarlo a investir el mundo, nombrarle los diferentes objetos, enfatizando y modulando diferentes ritmos y tonalidades; a aquellas intervenciones con un niño que no atiende, porque está atento a todo, que vive en un mundo en el que toda sensación, toda percepción, cobran una dimensión excesiva, como si fueran múltiples estímulos agujoneándolo, con el que el tono de voz y la actitud del analista puede ser suave, monocorde, apuntando a la contención y al sostén, hasta que el niño pueda escuchar tonalidades.

Puede reconocerse en estas ideas la influencia de Winnicott, quien habla de “sostén”, que implica posibilitarle al otro un despliegue pulsional sin desorganizarse. Es decir, que si hay un otro que contiene el estallido, el niño podrá mostrar lo que siente, sin riesgo de sentir que se fragmenta. Ese otro es la sustancia ligadora, el organizador que unifica y le permite seguir siendo el mismo.

Para esto, Janin propone que después de cada situación de desborde, habrá que tomar lo que pasó, ir poniéndolo en palabras. Muchas veces, la meta en el análisis de los niños desatentos e hiperactivos será la denominar o ligar la excitación.

Bion señala que:

“Si el pensamiento no fuera posible, el individuo iría directamente de un impulso a una acción sin ningún pensamiento intermedio. Frente a lo desconocido, el ser humano lo destruirá. Formulando verbalmente una imagen visual, la reacción sería: “He aquí algo no entiendo, lo mataré”. Pero unos pocos quizás dirían: “He aquí algo no entiendo, debo indagar”. (1991 – p. 39).

Es decir, destrucción del pensamiento, que presentarían muchos niños que pasan directamente a la acción.

Por lo tanto, la tarea del psicopedagogo, es sostener la posibilidad de pensar. Fundamentalmente, es necesario priorizar y sostener una comunicación docentes-padres, para que estos puedan pensar conjuntamente estrategias, que les sean útiles a ambos, dentro de la escuela y el hogar, privilegiando las necesidades del niño.

Al mismo tiempo, el psicopedagogo puede utilizar distintas actividades lúdicas, como ir cambiando poco a poco un juego repetitivo, seguir un ritmo y armar un dialogo con sonido, nombrar afectos, nombrar partes del cuerpo del niño, delimitar espacios, diferenciar el cuerpo propio del cuerpo del niño, posibilitar el despliegue lúdico. Desde el ámbito escolar, estas actividades, podrían ser adecuadas bajo un mayor seguimiento individualizado, ajustado metodológica.

Por otra parte, de las entrevistas realizadas a los docentes, se debe tener en cuenta que cada uno va construyendo abordajes y estrategias en las que reúne sus conocimientos, experiencias y también su historia de vida, para encarar los distintos problemas que se presentan en el aula.

Los docentes entrevistados, coinciden, acerca de la importancia de la experiencia docente, como herramienta de tratamiento, en los casos de niños con TDAH. Así mismo, concuerdan en la forma en que pueden percibir dicho trastorno, considerando que los niños se presentan muy activos, se dispersan con facilidad, no logran sostener la atención, en muchos casos suelen ser agresivos, y se frustran ante la no posibilidad de resolver una actividad.

El maestro es aquel que detecta situaciones, puede relatar las escenas, percibir dificultades que a otros les pasaría n desapercibidas. En este sentido, podría ser un testigo privilegiado, involucrado a la vez en dicha problemática, por lo tanto el maestro puede trabajar coordinadamente con el psicoanalista.

Dichos docentes, comprenden esta problemática, y la misma es abordada por medio de diversas herramientas. Entre ellas se destacaron, la experiencia adquirida durante el ejercicio de la docencia, la capacitación obtenida de forma particular, o suministrada por la institución, del mismo modo que las pautas sugeridas por un profesional.

Las herramientas que utilizan para abordar dicho trastorno dentro del aula, son las siguientes:

- ✓ *Consignas claras y cortas.*
- ✓ *Sentarlo cerca del escritorio del docente.*
- ✓ *Supervisar permanentemente sus actividades.*
- ✓ *Motivarlo y estimularlo constantemente.*
- ✓ *Guiarlo en cada una de las tareas.*
- ✓ *Hablarle mirándolo a los ojos.*

Una de las cuestiones fundamentales, es que el docente (y la escuela en su conjunto) puedan comprender el sufrimiento del niño, a la vez que es indispensable reconocer los propios límites. Entender que, por ejemplo, un niño que se desborda y sale corriendo del aula, no lo hace por maldad, que a veces ni siquiera es rebeldía, que no quiere molestar a los otros, sino que no sabe qué hacer consigo mismo, es clave para poder ir reubicándose y reubicándolo.

También es importante el rol de la institución escolar, que en este caso pareciera que tiene una función ajena a la problemática, debería funcionar como un lugar de contención en su conjunto, que haya otros dentro de la institución, ya sea psicólogo, psicopedagogo, etc (lo que comúnmente conocemos como: gabinete) que puedan colaborar con el docente. Esto hará, que el docente no quede sólo frente a la situación, sabiendo que tiene otros a quien consultar y en quienes apoyarse. Es importante que la escuela sea un lugar en donde los niños se sientan contenidos, albergados.

En cuanto al acompañamiento áulico, con ese niño que padece TDAH, coinciden y destacan, la importancia de la concurrencia del niño a la consulta de un profesional. Lo cual se puede tomar, como un aspecto muy valioso, para la resolución de algún problema que se presente en el aula, en este caso el déficit de atención, pero a su vez, esto implica múltiples trabajos en distintos niveles.

Probablemente requiera, en numerosos casos, de consultas interdisciplinarias. Luego está el trabajo con ese niño en particular y con sus padres para que puedan ir acompañándolo en el proceso. También es imprescindible, que exista una comunicación fluida entre los diferentes profesionales que trabajan con el niño y la escuela, para ir construyendo respuestas coherentes desde los distintos ámbitos. Es decir, enriquecer los discursos, manteniendo cada uno su especificidad (Janin, 2007 – p. 138).

Así mismo, tomando los aportes del psicoanálisis, se piensa en una ética del sujeto, en el cual los síntomas representan una verdad, que no puede ni deja de ser silenciada. Detrás del desorden, de la hiperactividad, de la falta de atención, de la impulsividad, hay un niño que sufre: por supuesto, también hay una familia que padece y una institución escolar, que tal vez, no encuentra el modo de responder frente a las demandas que se le exigen.

Es por eso que, las instituciones educativas que acepten el reto de integrar niños con dificultades atencionales y/o hiperactividad, tendrán que poder pensar en cuáles son las necesidades de cada niño, ya que lo que puede funcionar con uno, puede no tener el mismo efecto con otro.

Teniendo en cuenta, algunas características generales de estos niños, se podrían plantear algunas cuestiones que seguramente ayudarán a transitar en mejores condiciones su escolaridad. Las herramientas que se pueden utilizar son:

- ✓ Consignas que ayuden a ordenar y prever lo que va a suceder a lo largo del día de trabajo, que les permitirá organizarse mejor. Teniendo en cuenta que, los niños con TDAH, presentan dificultades en la construcción de la temporalidad y problemas en la incorporación de hábitos y rutinas, así como en la posibilidad de anticipar situaciones.
- ✓ Incluirlos en grupos no muy grandes, ubicándolos como parte del grupo e integrarlos a la situación de aprendizaje.
- ✓ Proporcionarles tareas subdivididas.
- ✓ Permitirles salir, por períodos cortos, del aula con alguna consigna específica.
- ✓ Resaltarles sus logros, que aunque sean pequeños en comparación a los de sus compañeros, son gigantes para ellos. Otorgándoles un marco de contención.
- ✓ Tener una comunicación periódica con los padres, a los que se les debe informar tanto de las dificultades como los logros.
- ✓ Respetarles sus tiempos.
- ✓ Revisar qué es lo más relevante del programa y plantearles metas posibles.
- ✓ Posibilitar el trabajo en un equipo, que acepte que no existe un saber totalizador, ni recetas rápidas y mágicas que funcionen en todas las situaciones, tratándose, en numerosas ocasiones, de acompañar los desbordes de estos niños, mientras construyen su propio borde.

- ✓ Ayudarlos a organizar sus tareas.
- ✓ Mirarlos cuando se da una explicación o se realiza un relato, acompañar las palabras con acciones o gestos. (Guía práctica para educadores – 2006)

Si bien esto implica una mayor exigencia para los docentes, los resultados pueden ser importantes y facilitar el trabajo pedagógico con todo el grupo.

El docente debe saber, que alrededor de un niño con dificultades de aprendizaje, hay un sistema inmerso entre signos de interrogación. Cada acción del niño trae una pregunta, y desde ese lugar expresa su sentir. Por lo tanto, su palabra debe ser escuchada, dándole la oportunidad de poner en marcha todo proceso, en donde cada adulto y las instituciones relacionadas al entorno de ese niño, ayude y pueda reflexionar sobre su accionar y su posibilidad de educar.

## 1.2 El aprendizaje en la escuela

Como se había explicitado en un apartado anterior, para aprender hace falta invertir al mundo, atender, poder grabar lo aprendido (memoria), apropiarse creativamente de ese conocimiento y ligarlos a otros saberes.

En el proceso de aprender, debemos tener en cuenta tres momentos lógicos, que se podrían plantear como fundamentales: *atención*, *memoria* (inscripción) y *elaboración* (armado de nuevos pensamientos). Por ejemplo, la atención está signada por el cúmulo representacional y las elaboraciones ya realizadas. A partir de esto, se supone que un bebé centra su atención sobre el rostro de la madre, sobre su voz, y que registra sus modificaciones emocionales, mientras que un niño más grande puede registrar otras cuestiones del entorno. Y esto a su vez, va a depender de la historia particular de ese niño, de qué manera fue dejando en él lo que vivenció anteriormente. (Janin, 2007 – p. 31)

¿Qué es aprender? Aprender supone un trabajo psíquico, es un rendimiento en el que se entrecruzan los deseos y sus avatares, el yo y los ideales. Según el diccionario de etimología, aprender viene del latín *apprehendere* y significa apoderamiento. Es decir, aprender algo es apoderarse de eso. Implica actividad. Es un acto psíquico, que supone investir, representar, transformar, armar nuevos recorridos.

Es decir que, para aprender algo, tenemos que poder atender, concentrarnos en ese tema, sentir curiosidad por eso, luego desarmarlo, desentrañarlo, romperlo para traducirlo en nuestras propias palabras, reorganizándolo y apropiándonos de él, como para poder usarlo en diferentes circunstancias.

Pichón Riviere (2000) concibe al aprendizaje como la apropiación instrumental de la realidad con el fin de modificarla. Gracias al aprendizaje, el sujeto realiza una adaptación activa a la realidad, de forma dialéctica, es decir, que se establece una relación mutuamente modificante y enriquecedora entre el sujeto y el medio. *“El proceso de aprendizaje debe comprenderse como un sistema de cierre y apertura que funciona dialécticamente. Se cierra en determinado momento y luego se abre para volver a cerrarse posteriormente”*. (Bernal Z., Hernando A., 2000 – p. 35)

Del mismo modo, se debe tener presente las dificultades del aprendizaje, en donde se incluyen aquellos escolares que, sin padecer una inteligencia menor a la media, algún tipo de capacidad diferente, falta de estimulación, déficit sensoriales o pertenecer a minorías étnicas o culturales, muestran resultados curriculares menores a la media, y se demuestran sus problemas en alguno de todos los aprendizajes instrumentales, tales como la lectura, la escritura o el cálculo. Estas pueden ser de carácter temporales o permanentes.

Por cuanto, se puede inferir que un niño puede deslucirse en la escuela por múltiples y variados motivos. A saber: en primer lugar la relación transferencial con el docente, seguido del modo en que se transmite el conocimiento y la desvalorización social o familiar de aquello que la escuela enseña; las dificultades en la aceptación de normas, las dificultades para mantenerse quieto, entre otras tantas. Al mismo tiempo que aprende rápidamente otros saberes fuera del entorno escolar.

Es decir, es válido sostener que toda dificultad escolar debería ser leída en términos de sobre-determinación y producto de una multiplicidad causal, teniendo en cuenta que son muchos y variados los actores que cumplen roles predeterminados en el proceso de aprendizaje. Por ejemplo, el niño, los maestros, los padres, el contexto social, etc.

Cuando se describe aprendizaje escolar, se tiene en cuenta las siguientes cuestiones:

1. Las condiciones internas del niño para acceder al aprendizaje.
2. La relación con el docente (transferencia)
3. El modo en que se dictan los contenidos.
4. La valoración social del aprendizaje.

Jerome Bruner, plantea una serie de problemas para tener en cuenta en el proceso de enseñanza y aprendizaje:

- ✓ *Problema de actitud.* El interrogante principal en este punto es como organizar el aprendizaje de los alumnos de tal forma que ellos logren reconocer, a partir de una determinada información, que pueden ir más allá de ella y establecer múltiples conexiones con aprendizajes, datos y situaciones anteriores. Los estudiantes deben saber que pueden utilizar sus mentes en forma efectiva para solucionar los problemas que se les presentan. Es necesario convencerlos de que poseen en sus mentes modelos implícitos que pueden resultarles muy útiles.

- ✓ *Forma de compatibilidad.* Hay que plantearse cómo hacer que los alumnos conecten el nuevo material que están aprendiendo con sus marcos de referencia y sistemas de categorías, a fin de hacerlos propios, y luego utilizar la información en forma compatible con la que ya conocen.
- ✓ *Problema de motivación.* Se debe pensar cómo motivar a los estudiantes para que puedan experimentar sus capacidades en la resolución de situaciones problemáticas y se sientan recompensados por su esfuerzo en la búsqueda de soluciones. El desempeño correcto deberá actuar como una autorecompensa.
- ✓ *Problema de habilidad.* La cuestión es poder brindar a los alumnos la posibilidad de poner en práctica, en diferentes oportunidades, las habilidades que van adquiriendo.
- ✓ *Problema del “repliegue sobre sí mismo”.* Los estudiantes logran una serie de realizaciones que no son capaces de explicarse a sí mismos; las ejecutan, tal vez en forma correcta, pero no pueden comprenderlas cabalmente.
- ✓ *Problema del manejo adecuado del flujo de información.* El problema radica en la capacidad de operar apropiadamente con volúmenes de información que se puedan utilizar en la resolución de situaciones problemáticas. (Falieres y otros - 2004/2005 - Escuela para Maestros, Enciclopedia de Pedagogía Práctica)

Variado y múltiples son los factores que conducen a la problemática del niño en el ámbito escolar. Algunos de ellos, pueden ser inherentes a su propia naturaleza física, que conlleve un limitador orgánico capaz de restringir su capacidad para construir determinados aprendizajes.

Sin embargo, se puede definir la existencia de otros factores intervinientes, pero atribuidos, en este caso, al campo psicopedagógico, al área intelectual o bien al área afectiva del niño. Estos factores se presentan bajo la denominación de problemas de aprendizaje, y que deben ser tratados bajo una intervención cuidadosa de un equipo interdisciplinario de profesionales formados a tal efecto.

Es preciso resaltar, que cualquier tipo de clasificación estricta de los factores intervinientes en esta problemática, conduciría a reducir el problema a unas pocas causas. En otras palabras, las distintas causas se vinculan y ejercen influencia en las diferentes áreas, por cuanto es preciso no sesgar el diagnóstico. Varias de ellas son dependientes del contexto de acción del niño, el cual deberá ser extensamente conocido para, de este modo, poder comprender la problemática y corregirla desde el plano que sea más conveniente.

Actualmente, la disminución del éxito en los resultados escolares es un problema que puede ser localizado y detectado. El mismo puede ser revertido, mayormente, si los distintos actores involucrados realizan los esfuerzos de modo coordinado, desde los respectivos roles que les toca ejecutar.

## 2.2 Hiperactividad en niños escolarizados

En primer lugar, como se había explicitado en un apartado anterior, hay que considerar que la atención es un proceso activo, que protege al individuo del caos del mundo externo y de sus propias sensaciones, permitiéndole privilegiar un elemento sobre los otros. En tanto ligado a la conciencia, es como un foco que ilumina una parte del universo.

Hay dos cuestiones, que deben considerarse: la atención constante o sostenida, corresponde al estado de vigilia y la atención selectiva, presupone la selección de un elemento, a la vez deja a un lado el resto. O sea, implica un paso más: no sólo estar despierto, sino investir privilegiadamente un elemento sobre los otros.

Por cuanto, debería tenerse presente, que al niño se le requiere mantener en la escuela, durante mucho tiempo, la atención selectiva. En otras palabras, no sólo se le pide que esté despierto, sino también que, además, atienda selectivamente a lo que la maestra indica como premisa. Está claro que la atención selectiva, en este caso, se rige únicamente por la obediencia a normas determinadas, que por los propios deseos.

Vale decir, entonces, que el niño debe deponer sus intereses momentáneos, y hacer una selección de todo el cúmulo de estímulos internos y externos, aquellos en los que otros (docentes) le piden que se centre, y así concentrarse durante un tiempo prolongado en un tema que no es el que hubiera elegido.

Por lo dicho precedentemente, no se puede negar la existencia de una relación entre atención y motivación, por cuanto se puede inferir que en la atención, como investidura, está ligada a los deseos.

Lo antedicho, abre una instancia de pensamiento en torno a que el mismo niño que se distrae en clase, puede sin embargo, estar concentrado durante una partida de ajedrez. Por cuanto, es factible sostener que la dificultad no pasa por un déficit neurológico, sino por el desinterés en aquello que otros le proponen como premisa de trabajo o consigna de tarea.

El modo de actuar del niño expone un discurso, manifiesta un deseo, un conflicto y un modo de incluirse en el medio. Puede inferirse como un recurso para tratar de ser percibido por los otros, de manifestar su presencia ante los demás. Desde luego, de modo inconsciente y de ningún modo premeditado. Por otra parte, la posibilidad de ejecutar este despliegue de hechos y conductas, le brindará al niño la aptitud de expresar, de modo apropiado, su conflicto y, por tanto, abriría una ventana para investigar, con el resultado de brindarle, a cada niño que presenta un conflicto, el tratamiento adecuado según su patología.

En referencia a lo expuesto, Janin plantea que las dificultades atencionales o como ella lo denomina "la inquietud excesiva", suelen ser el principal emergente de una problemática de gran dimensión. Así mismo, considera que la persistencia en realizar diagnósticos exclusivamente sobre la base de una enumeración de observables, puede conducir a la formulación de diagnósticos que podrían estar encubriendo problemáticas psicopatológicas graves, entre las cuales pueden ser: depresiones, psicosis, trastornos narcisistas, situaciones de abuso o duelos, de incidencia solapada, en gran cantidad de niños que manifiestan perturbaciones atencionales.

El abordaje de esta problemática ha sido, hasta ahora, mayormente de terapias cognitivo-conductuales y/o medicamentoso. El fármaco específico, que suele prescribir, solamente reducirían momentáneamente los síntomas sobre la conducta y la atención, pero no puede operar sobre muchas otras dificultades asociadas o subyacentes, como, por ejemplo, los problemas en el desempeño escolar, la baja autoestima, los problemas interpersonales y la angustia, que exceden el alcance de la medicación para remediar y que en numerosas ocasiones, los profesionales están dispuestos a escuchar. Consecuentemente, la pregunta sería si se puede resolver un problema tan complejo de una manera tan simplista.

### 3. Una mirada crítica sobre el TDAH

Desde el enfoque médico, la medicación psicoestimulante es el tratamiento más frecuentemente utilizado en estos sujetos. Su utilidad ha sido comprobada en estudios comparativos (Miranda, Pastor, Roselló y Mulas, 1996) y se ha determinado repetidamente que su eficacia es superior al placebo (Hinshaw, 1992). Desde un 70% hasta un 80% de los/as niños/as tratados/as con estimulantes responden positivamente, el resto, o no responde o muestra efectos secundarios graves (Pliszka, Carlson y Swanson, 1999).

Entonces, es relevante y vale la pena preguntarnos, qué son los psicoestimulantes, estos pertenecen a una clase de fármacos, con el objetivo de intensificar la actividad cerebral, es decir, que generan un aumento en la agudeza mental, la atención y la energía. Estos fármacos, poseen una estructura química similar a la de un conjunto de neurotransmisores cerebrales, denominados monoaminas, que incluyen norepinefrina y dopamina. Al mismo tiempo, tienen la propiedad de aumentar la cantidad de estas sustancias químicas en el cerebro. Los más utilizados son el metilfenidato, el notorio y tan cuestionado Ritalin.

A pesar de los efectos positivos a corto plazo y el bajo costo de este tratamiento, el uso de estimulantes está rodeado de una gran controversia. Ya que existen muchas dudas, en nuestra sociedad, sobre la conveniencia y/o seguridad de incluir la medicación como parte del tratamiento de pacientes a los que se ha diagnosticado TDAH.

Fundamentalmente, cabe aclarar, que la decisión de incluir medicamentos, sus dosis y pautas de administración corresponde a un médico especialista, y del mismo modo, que este debe respetar las decisiones de los profesionales de la enseñanza en el ámbito escolar, el tratamiento debe ser respetado por todos.

Habiendo consultado diferentes textos sobre capacitación Docente, pudimos extraer la idea de que existen mitos y errores, que con frecuencia interfieren en el tratamiento de pacientes que han sido diagnosticados con TDAH. Los cuales suelen ser:

1. *El tratamiento con medicación está de moda.* No es del todo cierto. Hace más de cincuenta años, que se utilizan fármacos como parte del tratamiento del TDAH. De hecho, el principio activo de la medicación, más frecuentemente utilizada, continua siendo el mismo, si bien han salido al mercado versiones de acción prolongada que simplifican la administración, se trata del fármaco que más se ha administrado en la historia de la psiquiatría infanto-juvenil. Además, existen diferentes grupos de medicaciones que pueden ayudar, y el tratamiento, en cualquier caso, debe ser prescripto y controlado individualmente para cada paciente.
2. *A los hiperactivos se los seda para que no molesten.* Hoy día es muy poco habitual utilizar sedantes como parte del tratamiento del TDAH, y cuando se usan, normalmente es para controlar otros trastornos que, en ocasiones, se asocian al TDAH, como por ejemplo tics, síndrome de la Tourette o epilepsia.
3. *La medicación es adictiva o puede predisponer a adicciones en la edad adulta.* Nada más falso. Si bien es cierto que, el grupo más a menudo utilizado son estimulantes, numerosos estudios han probado que estas medicaciones no son adictivas si se utilizan de manera correcta.
4. *La medicación es de por vida.* En pocos casos, la gran mayoría de los pacientes tratados a tiempo, consigue llegar a un punto de control de sus síntomas en que la medicación ya no es necesaria. Eso si, el tratamiento suele ser largo, ya que la medicación palia

los síntomas, pero aún no existen pastillas que puedan cambiar el cerebro con el que hemos nacido.

5. *La medicación quita el apetito e incluso puede frenar el crecimiento.* Ninguna medicación está libre de efectos secundarios. La práctica médica, razonable, excluye administrar una medicación que cause más problemas de los que resta. La pérdida de apetito, si se produce, suele poderse regular administrando las comidas principales, en horas en que la medicación no hace efecto, y si por esta causa el crecimiento se enlentece, la talla final no parece verse afectada.
6. *La medicación debe darse cuando otras estrategias de tratamiento fracasan.* Curiosamente, los estudios que más exhaustivamente han comparado diferentes modalidades de tratamiento, demuestran rotundamente que la medicación, es el tratamiento singular con mejores resultados. Por supuesto, esto no es una garantía para todos los pacientes, y para los que no se benefician de un fármaco, existen otras medicinas (Guía práctica para educadores – 2006).

Desde la mirada del psicoanálisis, se ha precisado que no existen marcadores biológicos que definan el síndrome, por lo cual no hay clínica, estudios de laboratorio, electrofisiología o imágenes que sirvan para confirmar el diagnóstico. La forma con la cual se otorga el rótulo de TDAH, es la que más contribuye al sobrediagnóstico y a la fácil medicación. Habitualmente, se incluyen a los niños dentro del trastorno a partir de distintos cuestionarios (Conners, DICA, DISC, etc.) que, dirigidos a padres y docentes, tratan de determinar si las conductas observadas se asemejan a las descriptas en el DSM. Esto de describir el cuadro en un manual, describiendo la suma de conductas, y luego diagnosticar a los niños a través de cuestionarios que indagan si tienen esas conductas, es por lo menos una tautología.

Otra metodología de diagnóstico habitual es el determinado por el test y el re-test, inmediatamente después de la administración del fármaco estimulante. La metodología descrita es a todas luces una falacia. En primer lugar, porque en los re-test el niño obtiene un rendimiento mayor, por otro lado, está comprobado que la ingesta de estimulantes mejorará cualquier rendimiento, padezca o no, TDAH. La ingesta habitual tiene como principales consumidores a aquellas personas que lo utilizan para conducir por periodos extensos, rendir exámenes o estar dinámicos durante festejos prolongados. (Tallis, 2007– citado en Janin – p. 215/16)

El concepto de la mejora del rendimiento, obliga a analizar, de modo minucioso, las causas para administrar estimulantes. Aunque es verdad que el metilfenidato, utilizado actualmente, no produce los efectos adictivos de las anfetaminas, utilizadas en otras épocas para tratar el mismo tipo de cuadro. Concretamente, el metilfenidato se elimina lentamente, por tanto no provoca efecto adictivo alguno. Sin embargo puede evidenciar, cabe aclarar, una “adicción psíquica”, es decir, si el niño asocia los términos “mejora de rendimiento” con “ingesta de medicación estimulante” (que hoy está avalado por ciertos sectores docentes, padres y médicos para mejorar el rendimiento escolar), es posible que en el futuro el niño pueda tenerlo como conducta típica en otros ámbitos sociales.

Teniendo en cuenta a los distintos actores que operan en este escenario, se considera pertinente que el diagnóstico surja como resultado de un trabajo interdisciplinario. Al volumen de datos aportados por padres y docentes, debe adicionarse el análisis clínico del niño y la puesta en juego de sus dificultades atencionales y perceptuales de pruebas específicas.

Sobre el diagnóstico como resultado de trabajo interdisciplinario, cabe agregar, que algunos especialistas sostienen que en determinados casos, sobre todo cuando el trastorno incluye hiperactividad, el tratamiento aconsejado incluye la prescripción médica, por cuanto se considera importante que el diagnóstico sea lo más atinado posible. Entendiendo esto, en aquellos casos que el maestro detectara en las actividades áulicas, debería informarlo con inmediatez. En primera instancia derivándolo al gabinete escolar o sugiriendo a los padres una consulta al pediatra o profesional especializado. Una vez determinada la patología, es trascendental el trabajo interdisciplinario entre psicopedagogos y docentes.

Una segunda cuestión, pero no menos importante, es la indicada por algunos expertos, que según sus experiencias profesionales, los niños (pacientes) que reciben un adecuado tratamiento cognitivo-conductual, es decir, orientado a la autorregulación de la conducta, más un apoyo de medicación al inicio del tratamiento, evolucionan de modo correcto y con excelentes resultados. Como colofón, estos expertos también indican que el suministro de medicación debe ser en los casos que así lo requieran y no de modo general a todos los casos en proceso.

Finalmente, en la otra vereda, se encuentran otros expertos que manifiestan la “medicalización en la infancia”, es más, algunos de ellos descreen del diagnóstico de TDAH. En cambio, argumentan que el generador de este desequilibrio proviene de un desfasaje entre el contexto sociocultural que sobreestimula a los niños y una escuela desactualizada, ligada únicamente a estímulos casi netamente verbales. Esta apreciación considera importante, además, al temor de los padres a que sus hijos no puedan insertarse correctamente en el ámbito escolar, entonces la “medicalización” responde a esta necesidad de homogeneizar.

Entonces, sostienen que la aceleración de los tiempos de aprendizaje es una de las razones por las cuales los niños de hoy están escolarmente presionados, por cuanto un niño angustiado no manifiesta estar angustiado, se mueve, y de este modo aparece la hiperactividad. La posibilidad de existencia de TDAH, y su sobrediagnóstico obliga a un análisis exhaustivo antes de prescribir medicación a un niño.

#### 4. Discusiones: Las miradas de los profesionales

El Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad (TDAH), atrapa hoy con insistencia la mirada de los distintos profesionales de la salud y la educación, y la dirige cada vez más a una concepción de origen neurológico y a tratamientos con medicación, obturando otras interrogaciones acerca de lo que se trata.

Los docentes conocen cuales son los problemas que corresponden al ámbito escolar, y muchas veces poseen medios suficientes e idóneos para solucionarlos. Su desempeño es fundamental para el crecimiento del niño y el aprendizaje. Lo esperable y adecuado, sería que el maestro no se resigne a su tarea, cediendo a las presiones del medio o de la misma institución. Es por esto que, se debe generar una relación consolidada y atenta entre el docente y el niño.

Es decir, su actitud frente al niño, su interés por él y por despertar curiosidad, su sostén, están presentes en este andamiaje docente-alumno. Por consiguiente, este vínculo es esencial, y al mismo tiempo, permite que el maestro pueda utilizar a pleno sus recursos de enseñante .

Desde el conjunto de supuestos que se ponen en evidencia, puede reconocerse que, los docentes aceptan que los alumnos con TDAH, requieren de un aprendizaje distinto y que deben estar abiertos a cambios. No obstante, estos mismos manifiestan que en el establecimiento educacional no existe un plan de trabajo específico para la atención de niños con TDAH, por lo tanto, es tarea de cada docente, según su voluntad, realizar una adecuación curricular acorde al diagnóstico, y de participar en capacitaciones referidas al tema.

La escasa información acerca del TDAH, en los Docentes encuestados, implica dificultad para:

1. Abordar el Diagnóstico Médico, con acciones y estrategias pertinentes a nivel de la familia y docentes.
2. Emplear estrategias adecuadas, para atender las características de los alumnos con TDAH, tanto en el hogar como el aula.
3. Conformar a nivel de establecimiento, un Plan de Trabajo específico para la atención del TDAH.

La formación de los docentes sobre el TDAH, y el reconocimiento de la diversidad, de los procedimientos de aprendizaje y evaluación de los escolares afectados por este trastorno, son retos de indudable repercusión sobre el sistema educativo.

## Conclusiones

A partir de lo expuesto, es preciso resaltar los diferentes puntos que se han recorrido, para poder llevar a cabo esta tesina. Entre ellos, se destacan, en primer lugar los aportes bibliográficos en relación al TDAH, las distintas corrientes teóricas: Neurología, Psiquiatría, Cognitivo-Conductual y Psicoanalítica, y las entrevistas realizadas a bs docentes, en relación a las herramientas que utilizan para abordar dicho trastorno.

Desde los distintos enfoques, se ha podido puntualizar, cómo definen y abarcan esta problemática, los profesionales de la salud, la psicopedagogía y la educación. Cada uno, desde su lugar, aporta diferentes herramientas, que pueden ser utilizables o no; en definitiva, son importantes para comprender la complejidad del síntoma y poder acompañar el desarrollo de ese niño que sufre este trastorno.

Pudimos concluir que, desde el enfoque médico, se considera al tratamiento farmacológico, previo a un diagnóstico diferencial, como la intervención primaria, e intervención secundaria a los tratamientos psicológicos y educativos. Pareciera que no habría otra posibilidad para la mejora del problema, sin la participación de los fármacos. En definitiva, el tratamiento psicológico adecuado para el TDAH, debe estar dirigido, a reforzar y colaborar con el tratamiento médico, en la eliminación de los síntomas propios del trastorno. Entonces, este punto de vista, se va a centrar en el problema como un síntoma y como combatirlo, el niño queda totalmente apartado y no visto en su singularidad.

Por lo tanto, desde esta perspectiva, el trastorno representa una enfermedad, y como tal hay que atacarla y eliminarla. La realidad interna del niño no es vista y la realidad externa no tiene que adaptarse, es el síntoma el que tiene que desaparecer, para que el niño se adapte a las exigencias del mundo circundante.

Con respecto al ámbito escolar, se puede deducir que los docentes, poseen una escasa información, formación y/o capacitación acerca del TDAH, esto podría ser consecuencia del escaso compromiso e insuficiente colaboración de la institución escolar, ya que no existe un plan de trabajo específico, lo que hace que, estos de manera voluntaria, deban concurrir a realizar su propia capacitación.

Entonces, desde el rol docente, las intervenciones educativas tendrán relación con su actitud, que incide en el éxito o fracaso de cualquier intento terapéutico. Es así como se confirma que las intervenciones integrales y bien ejecutadas, tienen beneficios superiores, en la potenciación del rendimiento académico. Cuando un niño *“normal”* <sup>(1)</sup> ve a su maestra “contener” a un niño desbordado, ayudar a otro que no escuchó lo que se decía, insistir sin enojarse en una consigna con un tercero, el aprendizaje que realiza es muy valioso para su vida, porque aprende a tolerar las diferencias, a transmitir afectos, a contener-contenerse.

Nota: <sup>(1)</sup> Desde el punto de vista psicológico, el término “normal” o concepto de normalización, no surge del ámbito educativo sino del ámbito social, por tanto no se centra en el individuo, o en su situación particular, sino más bien, en las relaciones que se establecen entre las personas, en particular en nuestro caso, entre los niños con problemas y el resto de los actores de la educación. (Universidad Pedagógica Nacional-2005-Mexico)

Desde el campo Psicopedagógico, el objetivo se ha centrado en reconocer, a partir de la orientación psicoanalítica, cuál es la visión que se tiene respecto al TDAH, en cuanto al actual exceso del diagnóstico, identificar elementos teóricos, así como poder rescatar los aportes que desde este enfoque se pueden obtener hacia la comprensión del trastorno. Sin embargo, parecería que el asunto no es tan fácil, si se piensa que la mayoría de estos niños están siendo medicados, y además se rotula bajo un diagnóstico que involucra su subjetividad a partir de sus comportamientos, como algo patológico.

Como conclusión final, es preciso pensar en un niño que sufre, que se ve enfrentado a dificultades, y que son esas dificultades las que están obturando el aprendizaje y su desarrollo como sujeto, y que por lo tanto, es ahí donde se debe escuchar. Es decir que, las dificultades en el tratamiento del TDAH, exigen entre los sistemas educativos y de salud, un intercambio eficaz de información, la detección y prevención de un seguimiento psicopedagógico.

**Anexo**

**Entrevistas a Docentes**

Docente

E: *¿Cuántos años de docencia tiene?*

E: *En su años de experiencia ¿tuvo o tiene algún caso/s de alumnos que haya sido diagnosticado con TDAH?*

E: *Describame los modos en que percibió este trastorno.*

E: *¿Ha recibido algún tipo de capacitación? ¿qué tipo de capacitación?*

E: *Si la/s hubiera, esa/s capacitación/es ¿la realizó de manera particular o fue suministrada por la escuela? ¿Qué tipo de información ha recibido?*

E: *¿Cómo aborda el trabajo en el aula cuando hay niños con TDAH?*

E: *¿Cómo se lleva a cabo el acompañamiento áulico con ese niño/a que padece TDAH?*

**Bibliografía citada**

- ✓ American Psychiatric Association (APA) (Año 1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson. (Orig. 1994).
- ✓ Borrego Hernando (Año 2003) *“Tratamiento del síndrome hiperquinético en la infancia”*.
- ✓ Zuluaga Valencia, Juan Bernardo (Año 2007) *“Evolución en la atención, los estilos cognitivos y el control de la hiperactividad en niños y niñas con diagnóstico de trastorno deficitario de atención con hiperactividad (TDAH), a través de una intervención sobre la atención”*. Universidad de Manizales: Doctorado en Ciencias Sociales: Niñez y Juventud.
- ✓ Santos Cela José Luis; Bausela Herreras Esperanza (Año 2007) *“Propuesta Psicoeducativa de Evaluación y Tratamiento en niños/as con TDAH”*. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente. Universidad de León: Departamento de Filosofía y Ciencias de la Educación.
- ✓ Arco Tirado José Luis, Fernández Martín Francisco D. y Hinojo Lucena, Francisco Javier (Año 2004). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: intervención psicopedagógica*. Universidad de Granada.
- ✓ Miranda Ana, Jarque S., Soriano S. (Año 1999). *Trastorno de hiperactividad con déficit de atención: polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención*. Universidad de Valencia: Facultad de Psicología.
- ✓ Orjales Villar, Isabel. (Año 1998) *“Impacto y detección de niños con trastorno de atención con hiperactividad”*. Madrid: Cepe.
- ✓ Soprano, Ana María (Año 2009). *“Como evaluar la atención y las funciones ejecutivas en niños y adolescentes”*. Edit. Paidós. Bs. As.
- ✓ Strauss y Cols (Año 1964) *“Psicopatología y educación del niño con lesión cerebral”*. Bs. As. Eudeba.

- ✓ Freud, Sigmund (Año 1950) *“Proyecto de una psicología para neurólogos [1895]”*.
- ✓ Barkley, R. (Año 1990) *“Attention Deficit Hiperactivity Disorder”*. New York, Guilford Press.
- ✓ Janin, Beatriz. (Año 2007). *“Niños desatentos e hiperactivos” Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*. Edic. Novedades Educativas. Bs. As.
- ✓ DSM IV Asociación Americana de Psiquiatría (Año 1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ª. Ed., versión española. Barcelona: Masson.
- ✓ Quiroga Ana. (Año 1991) *“Matrices de Aprendizaje”*. Buenos Aires. Edit. Cinco.
- ✓ Novillo Martínez, Hebe; Fuentes, Ana N. (Año 2010) Apunte de cátedra de Clínica Psicopedagógica I y II. Diagnóstico Psicopedagógico.
- ✓ Bion, W.R. (Año 1991). *Seminarios de psicoanálisis*. Buenos Aires. Edit. Paidós.
- ✓ Asociación Balear de Padres de niños con TDA-H. (Año 2004). *“El trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad (TDAH): Guía práctica con recomendaciones de actuación para los Centros Educativos”*. Baleares, Conselleria de Educación y Cultura. Govern de les Illes Balears.
- ✓ Bernal Z., Hernando Alberto. (Año 2000) *“Sobre la teoría del vínculo en Enrique Pichón Rivière”* Una sistematización del texto - Teoría del vínculo de Pichón.
- ✓ Falieres, Nancy y otros (Año 2004/2005). Escuela para Maestros, Enciclopedia de Pedagogía Práctica. Buenos Aires Circulo Latino Austral S.A.
- ✓ Miranda, A., Pastor, J.C., Roselló, M.B. y Mulas, F. (Año 1996). Eficacia de las intervenciones farmacológicas en el tratamiento de la hiperactividad. *Psicothema*, 8 (1), 89-105.

- ✓ Hinshaw, S.P. (Año 1992). Academic underachievement, attention deficits and aggression: comorbidity and implications for intervention. *Journal of Consult Clinical Psychology*, 60, 893-903.
- ✓ Pliszka, S.R., Carlson, C.L. y Swanson, J.M. (Año 1999). ADHD With comorbid disorders. *Clinical assesment and management*. New York: Guilford Press.
- ✓ Universidad Pedagógica Naciones (Año 2005) *“Tesis: Intervención Psicopedagógica a cuatro menores de tercer año de primaria con necesidades educativas especial en matemáticas”*. México, D.F.

Bibliografía consultada

- ✓ Servin, Daniel. “Otra forma de mirar el TDAH”. Centro de Atención Psicoterapéutico Lenguaje y Aprendizaje.  
Web: [www.cursoscapla.com.mx](http://www.cursoscapla.com.mx)
- ✓ Web: Trastorno por déficit atención e hiperactividad (TDAH) Enciclopedia Internacional Multiling de la Rehabilitación.htm
- ✓ Web: fundacioncadah.org - Cómo intervenir un trastorno por Déficit de Atención.htm

“Por todo esto, creemos que el camino posible es el debate, el intercambio de opiniones entre diversos profesionales, tomar una postura radicalizada, es cerrar la escucha y replegarse. Avanzar, pensamos, es aceptar el desafío de nuevas incertidumbres, plantear enigmas, buscar otras causas, integrar la historia y el momento, correr al niño de la posición de objeto y, también a los maestros que por múltiples causas quedan allí atrapados.”

Janin, BEATRIZ