

# EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (314.01) Y SU INCIDENCIA EN EL MEDIO ESCOLAR, FAMILIAR Y SOCIAL EN EL CAMPO DE GIBRALTAR

*María José Segovia Cuevas / Psicóloga clínica y escolar. Instituto de Estudios Campogibraltares*

## RESUMEN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un trastorno que se caracteriza por déficit de atención, hiperactividad e impulsividad. Se presenta a edades tempranas, siendo más grave cuanto menor sea la edad del niño.

El Déficit de Atención se manifiesta en la dificultad para mantener la atención en una sola tarea durante el tiempo suficiente, el niño parece no escuchar cuando se le habla directamente, no sigue instrucciones y no finaliza las tareas, tiene dificultades de organización, se resiste a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental, extravía objetos necesarios para tareas o actividades, se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes y descuido en las actividades diarias.

La hiperactividad se observa por la dificultad para permanecer sentado, movimiento excesivo de manos o pies, correr o saltar excesivamente en situaciones que es inapropiado hacerlo, dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio y hablar en exceso.

La impulsividad aparece en síntomas como respuestas precipitadas antes de haber sido completadas las preguntas, tiene dificultades para guardar turno, interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros y movimientos bruscos, poco precisos.

Estos comportamientos interfieren en todos los ámbitos de la vida. En el medio escolar puede observarse un bajo rendimiento académico, siendo muy alto el riesgo de fracaso escolar y de inadaptación. En el medio social presentan un déficit en la puesta en marcha de habilidades sociales adecuadas. Y en el medio familiar sus conductas disruptivas pueden llegar a deteriorar las relaciones ya que sus padres no entienden qué está sucediendo ni como corregirlo.

**Palabras Clave:** Hiperactividad, Impulsividad, Déficit de atención, Focalización, Trastorno de conducta, Bajo rendimiento escolar, Dispersión, Inadaptación social, Baja autoestima.

## **DEFINICIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es una alteración que se presenta en la infancia, antes de los 7 años y que abarca tres ámbitos del comportamiento: la hiperactividad, la impulsividad y el déficit de atención. Estos síntomas se presentan en dos o más ambientes en los que se desenvuelve el niño (escolar, familiar y social) y producen un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral y familiar.

Siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR se manifiesta por los siguientes síntomas:

### **Déficit de Atención**

Se presentan, seis o más de los siguientes síntomas con una intensidad que es desadaptativa e incoherente con el nivel de desarrollo, durante al menos 6 meses.

- a) No presta atención a los detalles e incurre en errores por descuido en las tareas escolares y otras actividades.
- b) Dificultad para mantener la atención en actividades lúdicas.
- c) Parece que no escucha cuando se le habla.
- d) No sigue instrucciones y no finaliza las tareas, encargos u obligaciones en el colegio o en casa.
- e) Dificultad para organizar tareas y actividades.
- f) Evita o le disgusta dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- g) Pierdo materiales necesarios para las tareas.
- h) Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- i) Es descuidado en las actividades diarias.

### **Hiperactividad e Impulsividad**

Se presentan seis o más de los siguientes síntomas con una intensidad que es desadaptativa e incoherente con su nivel de desarrollo, durante al menos 6 meses.

### **Hiperactividad**

- a) Mueve en exceso manos y pies o se remueve en su asiento en exceso.
- b) Se levanta a menudo en clase en situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c) Corre o salta en exceso en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes, sentimientos subjetivos de inquietud).
- d) Dificultad para dedicarse a juegos tranquilos.
- e) A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviese un motor.
- f) Habla en exceso.

## Impulsividad

- g) Respuestas precipitadas antes de ser completada la pregunta.
- h) Dificultad para aguardar turnos.
- i) Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (conversaciones, juegos, etc...)

Hay casos en que solo aparece un bloque de síntomas y se codifica como Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, con predominio del déficit de atención (314.00) o bien, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, con predominio hiperactivo-impulsivo (314.01).

La clasificación internacional de enfermedades de la OMS, CIE-10 codifica este trastorno como Trastorno de la Actividad y la Atención (F90.0) y Trastorno Hiperactivo-disocial (F90.1)

En los casos más graves, los síntomas motores aparecen a los 2-3 años, pero el diagnóstico definitivo no se hace hasta los 7 años con el factor de referencia de la adaptación escolar, familiar y social. Persiste a lo largo de toda la niñez.

En educación Infantil, predominan los síntomas de hiperactividad motora e impulsividad. En educación Primaria predomina el déficit de atención y en la adolescencia aparecen síntomas de hiperactividad, impulsividad, déficit de atención, malestar, impaciencia e irritabilidad.

La prevalencia del trastorno en la población infantil general es de un 3%-7%. La incidencia por sexos es de 9 niños/1 niña en población clínica y de 3 niños/1 niña en población normal.

En atención clínica, en el campo de Gibraltar, solo en atención privada, en nuestro Centro, representa el 47% del total de niños atendidos, por lo que supone uno de los trastornos que mayor incidencia tiene en el ámbito, social.

ENERO 2004		
	Nº CASOS ATENDIDOS	PORCENTAJE
<b>TOTAL</b>	86	100%
TDAH	34	40%
PROPORCIÓN		
DISTRIBUCIÓN POR SEXOS		PORCENTAJE
NIÑOS		80%
NIÑAS		20%
<b>PROPORCIÓN: 4 NIÑOS : 1 NIÑA</b>		

No existe una causa claramente demostrada para que se produzca el TDAH, pero sí podemos hablar de factores predisponentes o estadísticamente más frecuentes en estos pacientes. Entre ellos, algunas anomalías del sistema nervioso central (SNC) y parálisis cerebral, ambientes familiares caóticos, desorganizados, sin criterios educativos, abusos en la infancia, antecedentes, en los familiares de primer orden, de alcoholismo, drogadicción, trastornos específicos de desarrollo, trastornos de conducta y trastorno antisocial de la personalidad.

Muchos de los niños con TDAH presentan síntomas asociados, consecuencia de los comportamientos derivados del trastorno tales como baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, temperamento irascible, fracaso escolar, desadaptación escolar y rechazo social.

Entre la población clínica con TDAH se presentan frecuentemente otros trastornos asociados como el negativismo desafiante (313.81), trastorno disocial (312.81) y (312.82), trastorno del comportamiento perturbador no especificado

(312.9), trastornos específicos del desarrollo (315.00), (315.1), (315.2 y (315.9), enuresis (307.6) y encopresis (307.7) funcionales, signos neurológicos "menores" no localizados, como la llamada disfunción cerebral mínima, disfunciones perceptivo-motoras, bajo cociente intelectual (C.I.), capacidad intelectual límite (V62.89) y retraso mental (317.00).

Mientras más síntomas y trastornos asociados presente el paciente, peor es el pronóstico de evolución y más deterioro escolar, social y familiar presentará.

## **EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico del TDAH lo debe realizar, en el ámbito clínico, un psicólogo especialista. No obstante la información para realizar dicho diagnóstico debe proceder, por un lado, de la observación sistemática en el medio natural, de padres y profesores, y, por otro, de la evaluación clínica que el especialista realice en consulta.

### **¿CUÁNDO ACUDIR AL ESPECIALISTA?**

Un niño o niña con TDAH no pasa desapercibido. Su trastorno se manifiesta en multitud de síntomas que se ven reflejados en la mayor parte de su conducta cotidiana en la escuela, con los amigos y en casa. La mayoría de esas conductas son molestas para los demás más que para ellos mismos.

En el medio escolar los niños y niñas con TDAH son niños que da la impresión que no escuchan cuando se les habla, inconstantes, que no terminan las tareas, desorganizados en la forma de trabajar, sus trabajos son sucios, descuidados y con poca estructura lógica, sus cuadernos están rotos, sin respeto a los márgenes ni al orden de las páginas, con tachones, agujeros, con la espiral a medio arrancar. Les cuesta esperar su turno, inician las tareas antes de oír las instrucciones, dan respuestas precipitadas, interrumpen las explicaciones, hacen comentarios fuera de lugar, hablan con los otros durante las explicaciones, primero escriben sin pensar y luego tachan o borran, borran tan fuerte que rompen la hoja, al pasar las páginas deterioran los cuadernos mucho más de lo normal, tienen dificultad para permanecer sentados, saltan y corretean por la clase, molestan a los compañeros (les empujan, ponen zancadillas, pinchan con el lápiz, etc...), tiran cosas al suelo para poder levantarse, parten la punta al lápiz para poder levantarse a sacar punta, se levantan a consultar al profesor constantemente y se mueven constantemente aunque estén en su silla.

Con sus amigos, el niño o la niña con TDAH no respeta las normas de juego, no escucha a los compañeros, tiene dificultad para coordinarse en equipo, seguir al capitán, estar atento a la jugada, da la impresión de que no oye cuando se le habla, cambia frecuentemente de un juego a otro sin terminar ninguno, interrumpe la conversación y el juego de otros, no espera su turno en el juego, es poco cuidadoso con sus juguetes, realiza conductas poco cuidadosas propensas a accidentes o caídas, realiza conductas peligrosas sin ser consciente del peligro, se le rompen más cosas que a los demás, sus juguetes se deterioran más fácilmente, tiene dificultad para los juegos tranquilos (juegos de mesa, puzzles, etc...) o para adaptarse a las condiciones del juego (estatuas...), tiene dificultad para permanecer sentado durante una actividad completa y produce mucho ruido.

En el medio familiar también da la impresión de que no oye cuando se le habla, cambia frecuentemente de una actividad a otra sin terminar ninguna, es inconstante y fatigable, no sigue instrucciones ni responde a órdenes, su cuarto, sus estantes, sus cajones, su mesa, su armario, están desordenados, pierde muchas cosas, olvida los recados y obligaciones, interrumpe y se entromete en las conversaciones de otros miembros de la familia, no espera su turno, inicia las tareas antes de oír las instrucciones, realiza conductas poco cuidadosas propensas a accidentes y caídas, habla mientras los demás intentan ver

la TV, se le rompen más cosas que a los demás, sus juguetes se deterioran rápida y fácilmente, hace cosas peligrosas sin ser consciente del riesgo, tiene dificultad para permanecer sentado, salta y corretea por la casa aunque esté viendo la TV o haciendo deberes o comiendo al mismo tiempo, tiene dificultad para permanecer sentado durante toda la comida, se mancha mucho, manipula, se retuerce y se mueve mientras ve la TV, juega o come y produce mucho ruido.

## LA EVALUACIÓN CLÍNICA

La evaluación clínica del TDAH se realiza a través de una evaluación conductual que recoge los siguientes elementos:

1. Los antecedentes. En este apartado recogemos información de la anamnesis del paciente, información sobre su desarrollo, su historia de salud, ambiente familiar, criterios y estilo educativos de los padres, historia escolar de rendimiento y adaptación, relación con los iguales... Esta información se recoge a través de una entrevista con padres y/o profesores en la que el niño no debe estar presente y a través de los cuestionarios recogidos en el Anexo I.
2. El análisis funcional del problema. En este apartado recogemos las situaciones en que se dan las conductas problemáticas, la topografía de la respuesta, es decir, la frecuencia de aparición, intensidad y duración de las mismas, las reacciones de los demás ante dichas conductas y las consecuencias de las mismas. Esta información se recoge mediante registro sistemático, por parte de padres y profesores, en el medio natural.
3. La evaluación clínica se realiza en consulta con el niño solo, sin sus padres. Se realiza una evaluación de inteligencia, niveles de desarrollo madurativo, estado emocional y madurez afectiva, habilidades académicas y procesos cognitivos. Los resultados de estas pruebas y la observación del comportamiento del paciente durante las mismas acaban de confirmar el diagnóstico (tiempo de atención, distracciones con estímulos irrelevantes, tiempo que permanece sentado, errores por despiste, necesidad de repetición de instrucciones...).

Los instrumentos de evaluación más utilizados aparecen en el Anexo I.

## TRATAMIENTO

El tratamiento cognitivo-conductual del TDAH (314.01) se realiza en tres ámbitos de actuación: con el propio niño, con los padres y con los profesores.

Con el niño el programa va encaminado a conseguir progresivamente grados de autocontrol mayores de la hiperactividad e impulsividad y a la focalización de la atención y a la ampliación del tiempo de atención continuada en una única tarea.

Con los padres el programa va encaminado a la aceptación y comprensión del problema de su hijo y a la orientación en técnicas conductuales para modular el comportamiento de su hijo en el medio familiar.

Con los profesores va encaminado a la comprensión del problema de la hiperactividad y a la orientación de técnicas conductuales de manejo de contingencias para controlar y modular la conducta del niño en el medio escolar y favorecer su adaptación y su rendimiento.

Los reforzadores son estímulos que utilizamos para controlar la conducta. Los refuerzos positivos se proporcionan para aumentar la frecuencia de aparición de una conducta o para implantar una conducta nueva. Llamamos refuerzo negativo a la retirada de un refuerzo positivo hasta que aparezca la conducta que deseamos.

Según quién los administre, son refuerzos extrínsecos los que administra otra persona e intrínsecos los que genera el propio sujeto. Llamamos refuerzo primario (p.e. la comida) al que no es aprendido y secundario si es aprendido (materiales, sociales, actividades, regalos, fichas, puntos, etc...).

## TRATAMIENTO ESPECÍFICO CON EL PACIENTE

Para realizar el programa terapeutico con el niño lo primero es elaborar el plan de tratamiento siguiendo las siguientes pautas:

### Pautas para elaborar un plan de modificación de conductas

#### 1. Definir la conducta problema (en términos objetivos y observables).

- Conducta cognitiva (verbal y pensamientos, tiempo de atención focalizada).
- Conducta motora (lo que hace el sujeto).
- Conducta psicofisiológica (emociones y respuestas de ansiedad).

#### 2. Definir conductas contrarias o alternativas como meta

- Cognitivas.
- Motoras.
- Psicofisiológicas.

#### 3. Registro de la línea-base

A) Topografía de la conducta (1-2 semanas).

	COGNITIVA	MOTORA	PSICOFISIOLÓGICA
FRECUENCIA			
INTENSIDAD			
DURACIÓN			

B) Análisis funcional.

- Antecedentes.
- Sujeto.
- Conducta (topografía de línea base).
- Consecuencias.

#### 4. Tratamiento

- Refuerzos disponibles.
- Control de estímulos.
- Técnicas a usar: Individuales y de grupo. En consulta, en casa y en el colegio.

## 5. Análisis de resultados

- Revisión del plan.
- Conclusiones.
- Generalización y seguimiento.

## TÉCNICAS CONDUCTUALES A USAR

Los cambios que nosotros queremos conseguir en las conductas de los alumnos problemáticos son:

- Disminuir la frecuencia o suprimir conductas inadecuadas.
- Aumentar la frecuencia y duración de conductas adecuadas.
- Implantar conductas adecuadas nuevas.

Las técnicas principales a usar son:

### 1. El refuerzo positivo

Consiste en reforzar positivamente las conductas que deseamos implantar o aumentar en frecuencia y duración.

Cuando el alumno realiza la conducta que deseamos, se refuerza contingentemente con una consecuencia agradable para él, lo cual hace que se asocie la conducta con la consecuencia y el alumno aumenta la frecuencia de aparición. Si la conducta es compleja, se refuerza cualquier inicio de la misma.

### 2. Imitación o aprendizaje vicario

Es el aprendizaje que se realiza tras la observación de un modelo (otro compañero, el profesor, etc...). Las características idóneas del modelo son:

- Carisma o prestigio ante el alumno.
- Sencillo de imitar por el niño.
- Reforzar la conducta del modelo y la conducta imitada.
- Participación activa del alumno en la imitación (visualización, expresión verbal, conducta motora, pensamientos).
- Reforzar todas las actividades.

### 3. Moldeamiento

Consiste en reforzar cada pequeño paso o aproximación a la conducta terminal.

Se utiliza cuando la conducta del sujeto y la conducta meta son muy diferentes. Hay que definir las aproximaciones sucesivas y reforzar cada una de ellas. Cuando se alcanza la conducta final, se van dejando de reforzar los pasos intermedios y solo se refuerza la conducta final.

Es muy útil para implantar conductas nuevas, hábitos de convivencia en clase, etc. Hay que tener en cuenta:

- Definir la conducta final.
- Definir los pasos intermedios.
- Recursos para ejemplificar cada caso.
- Refuerzos disponibles.

#### **4. Contratos de conducta**

Consiste en redactar un acuerdo escrito entre las partes en conflicto (padres-hijos, profesor-alumno, etc).

El contrato debe basarse en una negociación previa y debe reflejar el acuerdo entre las partes.

Deben explicitarse las conductas en términos positivos y sus consecuencias positivas o negativas.

Deben revisarse periódicamente.

Hay que tender a eliminar los refuerzos materiales y aumentar los sociales.

Debe mantenerse hasta que las conductas estén bien consolidadas.

#### **5. Economía de fichas**

Consiste en establecer un sistema de refuerzo por puntos, fichas o tarjetas para premiar conductas que se quieren conseguir.

Estos puntos se pueden canjear por premios catalogados y valorados previamente.

El canje se hace al final de la jornada y, posteriormente, al final de la semana.

Las conductas deben definirse con claridad y su puntuación también.

Cuando no se realizan las conductas deseadas o se realizan conductas inadecuadas, se pierden puntos.

Está muy indicado para control de las normas de convivencia del aula y potencian el entrenamiento en la demora de la recompensa.

#### **6. Juegos comportamentales para el control del aula**

Son juegos que adaptan las técnicas anteriormente descritas para conseguir la generalización de hábitos de conducta en el aula. Entre ellos están:

- El juego de portarse bien. Es una adaptación de la economía de fichas, en la que se prima el comportamiento en equipo, más que el individual.
- Las reglas de la clase. Es una combinación de refuerzo y extinción y tiene cinco fases:
  - Instrucciones.
  - Momentos óptimos de repaso.
  - Ignorar las conductas inadecuadas.
  - Alabar las conductas adecuadas.
  - Hacer comentarios reforzantes.

## 7. El castigo

Consiste en aplicar estímulos desagradables como consecuencias de conductas inadecuadas.

Para que sea eficaz ha de ser inmediato y proporcional al tipo de falta. Al mismo tiempo hay que enseñar la conducta adecuada. Es eficaz a corto plazo. Los criterios para decidir si castigar o no dependen de la gravedad de la conducta a eliminar (las que son dañinas para el niño o para otros) y de si otras técnicas no han conseguido eliminar la conducta. Si se decide castigar, hay que tener en cuenta que el daño del castigo ha de ser menor que el que produce la conducta, hay que ofrecer al niño una conducta alternativa incompatible, hay que informar al niño previamente de las conductas que son castigadas y cómo, no debemos alterarnos emocionalmente, aplicar el castigo con serenidad, como consecuencia lógica de la conducta del niño, no vincular el castigo a técnicas de aprendizaje (copias, deberes, etc...), ser coherentes y castigar siempre las mismas cosas, y siempre que ocurran y, sobre todo.

### UN CASTIGO, PARA UN NIÑO, ES LO QUE A ÉL NO LE GUSTA

Por ejemplo, para un hiperactivo, estar sentado en una silla, sin hacer nada durante 15 minutos o media hora, puede ser un castigo tremendo.

La sobrecorrección es más eficaz que el castigo. Tiene dos partes:

- Restitución. El alumno repara o restablece la falta (pide disculpas, devuelve o compra el objeto, etc).
- Práctica positiva. El alumno lleva a cabo la conducta alternativa contraria.

## 8. La extinción

Consiste en no reforzar las conductas que se desean eliminar. Con ello se desconecta la relación previa de esa conducta y sus consecuencias.

Paralelamente a ignorar la conducta inadecuada, es conveniente reforzar la opuesta adecuada para incrementar su frecuencia.

Lo más eficaz es el apareamiento de refuerzo diferencial positivo de conductas adecuadas y la extinción por ignorancia de las conductas inadecuadas.

No es adecuado para conductas agresivas.

## 9. Aislamiento (Time out)

Es una modalidad de castigo que consiste en aislar contingentemente al niño del lugar en que ha realizado la conducta inadecuada. Este aislamiento lleva consigo privación social y estimular. Es muy adecuado para conductas agresivas y disruptivas.

El principal problema es elegir el lugar de aislamiento que debe ser tan poco estimulante, que el niño prefiera cambiar de conducta para volver a la zona común. La duración debe oscilar entre 5 y 20 minutos.

## 10. Control estimular

Consiste en restringir estímulos provocadores de respuestas problemáticas e instaurar y desarrollar estímulos cuya presencia favorezca las conductas adecuadas.

El control de estímulos debe ejercerse sobre el propio ambiente del aula o de la casa constituido por las características físicas del aula o de la casa: tamaño, elementos distractores (TV, cuadros, ruidos...) disposición de sillas y mesas, distribución de alumnos en ellas, disposición de los miembros de la familia en el comedor, espacio para el estudio, etc. Las conductas del profesor y de los padres también es necesario controlarlas, reacciones emocionales desproporcionadas, cambios de humor, rigidez, favoritismos, refuerzo contingente, etc influyen en el comportamiento reactivo de los niños. Las conductas de otros compañeros, amigos y hermanos también influyen en las reacciones del niño. Provocación, rivalidad, agresión, afecto, respeto, compañerismo, etc. hacen de refuerzo o de castigo de la conducta del niño.

Colocar al niño en el aula, cerca del profesor, para evitar distracciones, presentar las tareas de una en una, que tenga en la mesa solamente los materiales que va a necesitar y nada más que los materiales a necesitar, darle responsabilidades de "ayudante" como borrar la pizarra, repartir los folios, hacer algún recado, que permitan al niño hiperactivo canalizar de forma adaptativa su necesidad de movimiento.

En casa, disponer de un lugar de estudio aislado y sin distracciones. Su mesa sólo debe tener todo lo necesario para la tarea y nada más que lo necesario para la misma, la pared hacia donde mira no debe tener posters, ni fotos, ni cuadros, éstos deben quedar a la espalda mientras el niño estudia. Trabajar con él y permitirle pequeños descansos entre tarea y tarea para que descargue de forma adaptativa su necesidad de movimiento y favorezca su trabajo con éxito.

Al darle instrucciones o explicaciones o peticiones, hacerlo a menos de un metro de distancia del niño, mirándolo a la cara y hacer que te repita lo que le has pedido.

### **11. Relajación**

Para controlar y reducir la impulsividad e hiperactividad, las técnicas de relajación están plenamente indicadas, en especial la de Jacobson basada en la relajación activa mediante la tensión durante 5-7 segundos de cada grupo de músculos y la posterior relajación de los mismos, durante 20-25 segundos.

### **12. Role playing**

Esta técnica consiste en hacer una representación de papeles en diferentes situaciones sociales y tiene por finalidad entrenar a los niños habilidades sociales para enfrentarse a diferentes situaciones sociales.

Los juegos de imitación (de animales y conductas de movimiento lento) son una variación muy indicada para estos casos porque ayudan a los pacientes a modular la velocidad del movimiento y a reducir la impulsividad. Los juegos educativos inductores de calma (mesa, ritmo, audiciones musicales, etc) son también una ayuda para controlar el TDAH.

### **13. Autocontrol, autoobservación y reflexión**

Las técnicas de autocontrol son la base principal para reducir la velocidad del movimiento, aumentar la capacidad para estar sentado y quieto y frenar la impulsividad. Entrenamiento en parar-pensar-hacer, ejercicios que aumentan la capacidad de reflexión, estudio de consecuencias y condicionamiento encubierto (refuerzo positivo y extinción encubierta) son las más eficaces para pacientes con TDAH.

Las autoinstrucciones son una técnica de autocontrol que utiliza el lenguaje como modulador de la conducta. Tiene por finalidad reducir la velocidad de los movimientos a la velocidad del habla y focalizar la atención en la tarea. Sigue los siguientes pasos:

1. El terapeuta modela una conducta incompatible realizando una tarea, y verbaliza las instrucciones mientras lo hace.
2. El paciente hace la tarea, siguiendo las instrucciones del terapeuta.

3. El paciente se va dando las instrucciones en alto a la vez que realiza la tarea.
  4. El paciente reduce progresivamente el tono de voz hasta que realiza las tareas con autoinstrucciones en habla privada.
- Una vez dominada la técnica, se intercalan autorrefuerzos, alternativas de dominio y autoelogios.

## **14. Focalización**

Las técnicas de focalización de la atención van encaminadas a conseguir un tiempo de atención progresivamente más largo para realización de tareas progresivamente más extensas, a prolongar la duración de la sesión de estudio, progresivamente y a focalizar la atención en la tarea, abstrayéndose de los estímulos distractores del ambiente (ruidos, otros compañeros, decoración, etc...).

Cualquier tarea sirve como material de trabajo para focalización de la atención, pero hay que presentarla de la forma adecuada para nuestros fines.

En una mesa vacía con todo el material necesario y solo el material necesario, se presenta al niño una sola tarea que se empieza y termina en el tiempo de atención que el niño tiene. Tras una tarea de descanso focalizado (p.e. asómate a la ventana y dime de qué color es el coche que va pasando), se presenta otra tarea unos segundos más larga pero el niño debe empezarla y terminarla en una sola vez. Así progresivamente se va "estirando" el tiempo de atención. Progresivamente se van incorporando estímulos neutros a la mesa (el bote de los lápices, un diccionario, etc...) para producir la habituación a los estímulos irrelevantes y mantener la concentración en la tarea. Posteriormente se trabaja con dos niños juntos para habituarlo a trabajar con otros niños, manteniendo la concentración en la tarea, y así sucesivamente hasta conseguir una conducta adaptativa que le permita desarrollar sus capacidades potenciales y su adaptación al medio escolar.

También son útiles ciertos juegos de focalización como el ajedrez y el uso dirigido de los juegos de ordenador.

## **15. Habilidades sociales**

Son un conjunto de técnicas encaminadas a la mejora de la autoestima y a desenvolverse adecuadamente en las relaciones sociales, principalmente entre iguales. Se realizan juegos de simulación, role-playing de situaciones sociales, estudio de casos concretos y búsqueda de alternativas. La observación de modelos, el ponerse en el lugar del otro y la solución de problemas le llevan a ampliar el abanico de respuestas para afrontar situaciones sociales y el ensayo en consulta le dan la seguridad en sí mismo suficiente para ponerlas en práctica en el medio natural.

Especialmente con las conductas agresivas se realiza un entrenamiento en habilidades alternativas a la agresión centrada especialmente en el componente cognitivo de la agresión tanto desde el punto de vista del agresor como de la víctima y se les enseña un cambio en las atribuciones de importancia, sustitución de pensamientos, relativización, búsqueda de otras conductas posibles no agresivas para conseguir lo que quiero, etc...

## **PAUTAS DE ACTUACIÓN PARA PADRES DE NIÑOS HIPERACTIVOS**

- Aceptarle incondicionalmente como es, no querer o exigirle que sea de otra manera. Aceptar que tiene un trastorno con unas determinadas limitaciones y no exigirle actividades que se escapen de sus posibilidades de control.
- Prestarle atención y centrarse en lo que hace bien.
- No hablar de su problema delante de otras personas.

- Estimularle en sus progresos o en los esfuerzos que haga hacia el control.
- Ofrecerle demostraciones de cariño y afecto, contacto físico frecuente y demostrarle que el cariño hacia él, es incondicional y no depende de su comportamiento o sus resultados.
- Sorprender al niño "siendo bueno" o "haciendo algo bien" y felicitarlo.
- Corregirlo cuando haga algo malo, enseñándole a continuación la conducta alternativa correcta que queramos que haga en su lugar.
- Informar claramente de las reglas de comportamiento y de lo que se espera de él y ser consecuentes con ellas.
- Darle responsabilidades familiares y enseñarle a realizarlas.
- Darle una asignación económica y enseñarle a gastarla.
- No considerar al niño culpable de ser así ni considerarse culpables los padres por el comportamiento del niño.
- Procurar que tenga gran esparcimiento físico por las tardes y habituarlo luego a una rutina tranquilizadora: cena ligera, baño templado y un masajito en la espalda y suave charla con él para dormir o lectura de un cuento.
- Acudir al profesional cuando su sintomatología le esté interfiriendo con su rendimiento académico, con el desarrollo de sus capacidades, si tiene problemas de disciplina en el colegio, si tiene muchos conflictos con sus amigos, compañeros y vecinos y/o si es difícil conseguir que siga las normas en casa.

## ANEXO I

### Instrumentos de Evaluación

- *Cuestionario de Orientación Familiar (para padres y profesores)*. Valett, E. R. "Niños Hiperactivos". Biblioteca de psicología y educación.
- *P-Prediagnóstico infantil (cuestionario para padres)*. Izquierdo Martínez, A. Ediciones TEA.
- *Conners'Rating Scales. Revised (CRS -R)*. C. Keith Conners.
- Formulario para padres de Achenbach. CBC. Edad 4-6 años.
- Test de Desórdenes de Hiperactividad/Déficit de Atención. ADHDT. Pro – Ed. 1995.
- *Escalas para la evaluación del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*. EDAH. Farré, A. y Narbona, J. Ediciones TEA.
- *TO PALABRAS – I (Test de Observación)*. TO – I. Rosel Lana, F. Ediciones TEA.

## BIBLIOGRAFÍA

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Editorial Meditor. Madrid. 1992.
- ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSICOLOGÍA. A.P.A. *DSM- IV-TR*. Editorial Masson. Barcelona. 2001.
- BONET, T. *Programas Psicológicos en la Infancia*. Cap. 7. Promolibro - Cinteco. Valencia. 1991.
- CLEMES, H y BEAN, R. *Cómo Enseñar a sus Hijos a ser Responsables*. Edit. Debate. Madrid. 1993.
- CLEMES, H y BEAN, R. *Cómo Desarrollar la Autoestima en los Niños*. Edit. Debate. Madrid. 1993.
- CLEMES, H y BEAN, R. *Cómo Enseñar a sus Hijos a ser Responsables e Inculcarles Disciplina*. Editorial Debate. Madrid. 1991.
- FÁBREGAS, J.J y GARCÍA, E. *Técnicas de Autocontrol*. Biblioteca de Recursos Didácticos Alambra. Madrid. 1998.
- GARGALLO, B. *Hijos Hiperactivos*. Ediciones Ceac. Barcelona. 1991.
- GARCÍA, E. M. *Rubén, el Niño Hiperactivo*. Grupo ALBOR – COHS. Madrid. 1997.
- GARCÍA, E. M. *¡Soy Hiperactivo-a! ¿Qué puedo hacer?*. Grupo ALBOR - COHS. Madrid. 1997.
- GARCÍA, E. M. *ENFÓCATE. Entrenamiento en Focalización de la Atención*. Grupo ALBOR - COHS. División de Investigación y Estudios. Bilbao. 1998.
- LARROY, C. y DE LA PUENTE, M. L. *El Niño Desobediente*. Ediciones Pirámide. Madrid. 2001.
- TAYLOR, E. A. *El niño hiperactivo*. Editorial Martínez Roca. Barcelona. 1991.
- VALET, R. *Niños Hiperactivos. Guía para la familia y la escuela*. Editorial Cincel. Madrid. 1986.

