

EL ALUMNO CON SINDROME A.D.H.D. EN EL AULA Y EN EL RECREO DE LA ESCUELA.

**Dr. José Félix Nani. Doctor en Medicina
Docente Autorizado y Profesor Asistente de Pediatría de la U. B. A.**

SUGERENCIAS INSTRUMENTALES DIAGNOSTICAS Y TERAPÉUTICAS.

1) Algunas consideraciones NEUROBIOLÓGICAS.

Debemos recordar que para operar intelectual y conductualmente en forma adecuada, el niño debe tener en buenas condiciones procesamientos mentales que se denominan “**FUNCIONES EJECUTIVAS**”, que le permitirán **planificar, organizar, guiar, revisar, regularizar y evaluar** el comportamiento necesario para llevar a cabo alguna tarea.

El Déficit Atencional **inhibe impulsos neurobiológicos** y dificulta la capacidad de actuar, alterando las Funciones Ejecutivas.

En los niños que padecen el Síndrome de Déficit Atencional, las principales perturbaciones están referidas a un grupo de estas Funciones Ejecutivas que pasaremos a mencionar, acorde a la ingerencia que tendrán en el proceso ENSEÑANZA-APRENDIZAJE.

Estas Funciones comienzan a desarrollarse en el cerebro a partir del primer año de vida y se continúan estructurando hasta la adolescencia, guiando nuestras acciones y autorregulando nuestro comportamiento.

FUNCIONES EJECUTIVAS

a) MEMORIA DE TRABAJO:

Es la que determina la posibilidad de retener en la mente la información, a los efectos de recordar y aplicar en un futuro cercano, lo aprendido.

Su perturbación genera olvidos y desorganización, que redundan en no completar tareas, no recordar en el momento solicitado lo explicado con anterioridad y no obtener una acumulación de conocimientos a futuro.

b) DESARROLLO DEL LENGUAJE INTERNO:

Es la voz interna de la mente que nos señala hacia dónde dirigir el comportamiento y cuya dificultad lleva a no controlar la conducta, las reglas establecidas y los planes preacordados con el niño para la realización de tareas, tanto en la Escuela como en el Hogar.

c) HABILIDAD PARA REGULAR LAS EMOCIONES Y MOTIVACIONES Y SOLUCIONAR PROBLEMAS:

El niño no puede inhibir sus impulsos a tiempo, esto le crea importantes problemas en las áreas Conductual, Social y Afectiva. Es debido a esta dificultad que presenten trastornos para vencer obstáculos o elegir alternativas que diariamente se le presentan.

Se abandonan ante el primer fracaso y no insisten en mejorar. Esto interfiere en el desarrollo del Autocontrol y Dominio de sí mismo, es decir se genera una propensión a la Frustración.

d) ATENCIÓN:

“Es la Función Ejecutiva que genera la **CONEXIÓN, PRIORIZACIÓN e INTEGRACIÓN** de los procesos Cognitivos.

Es generada cuando la corteza cerebral permite que un estímulo del sensorio sea procesado y desarrolle información, para emitir una respuesta adecuada.

El mecanismo que se pone en acción discrimina una serie de estímulos aceptándolos o rechazándolos y estableciendo de esa forma la selectividad de la información.

La dispersión de la Atención desorganiza la focalización y nos impide responder a: **¿de que se trata?**

Para obtener una relación estímulo-respuesta adecuada, es necesario optimizar el nivel de Atención.

A los efectos de ello, se debe en ciertos casos implementar estrategias para lograr un **Estado Preatencional y facilitar la Atención**, pautando y organizando al niño y a su tarea.

DIFERENTES TIPOS DE ATENCIÓN:

SELECTIVA: una sola fuente de información y una sola tarea (LA RELEVANTE).

DIVIDIDA: toma varias demandas del ambiente, que se planificarán y limitarán acorde a sus posibilidades.

SOSTENIDA: depende del tiempo de concentración en un estímulo, manteniéndola, tratando de evitar errores u optimizar la acción. (Por ej. en el colegio)

Las AREAS CORTICALES intervinientes son el Lóbulo Frontal y las conexiones asociativas visoespacial y visoperceptiva, siendo las AREAS SUBCORTICALES las que generan los circuitos de la Memoria, las Emociones, la Modulación e Inhibiciones.

El gran interrogante ante el fracaso escolar es:

¿NO QUIERE O NO PUEDE APRENDER?

En algunas circunstancias, el niño no entiende y no responde porque estaba distraído y puede ser que se considere que no sabía la respuesta. Muchas veces no es así, porque: **“EL QUE NO ATIENDE NO ENTIENDE”**.

Esos niños concurren a Colegios Comunes, porque **no son ni débiles ni enfermos mentales**, pero pese a ello, tienen dificultades en aprender y comportarse.

El Docente a cargo del grado, durante su formación profesional, recibió poca o nula información sobre niños distráctiles y por ende adecuada formación para responder a las necesidades especiales que requiere el alumno en cuestión.

No tiene herramientas para trabajar eficiente y específicamente con el niño con síndrome a.d.h.d.

Se hace necesario colaborar con el Docente.

Si fuera Débil Mental es probable que estuviera mejor preparado para afrontar la problemática, pero estos niños ¡¡**NO LO SON!!**

La Docente, el Gabinete Escolar y la Dirección de los Establecimientos Educativos, deberán ser informados sobre las características del alumno y de cómo actuar en cuestión.

El niño está preparado intelectualmente y puede aprender bien, pero su capacitación depende más del procedimiento que se implemente en la enseñanza, que del propio niño.

ESTRATEGIAS PARA EL DOCENTE:

a) **Sentarlo cerca** del Docente.

b) Mantener el **contacto visual** con el niño mientras se le está hablando, que sepa que es observado, pero no controlado.

Seleccionar sus compañeros cercanos, ni revoltosos ni charlatanes y relacionarlo con los tranquilos.

Moderar la Hiperquinesia, mantenerlo activo, motivarlo, permitirle moverse organizadamente, repartiendo tareas, borrando el pizarrón, etc.

Dándole una actividad importante.

Debemos tener en cuenta que al inmovilizarlo represivamente, provocaremos una descarga en el aula, o en el recreo o a la salida de la Escuela.

Por lo tanto, **No lo inmovilice**, ni en su silla ni en ningún lado.

Se cargará de bronca y el remedio será peor que la enfermedad y generará rabietas y negativismo para proseguir con la tarea.

c) Es habitual que solicite ir al baño en horario de clase y recordaremos **que necesita moverse**. Permítaselo, pero con la consigna de volver rápido. **¡ES HIPERQUINÉTICO !!!**

d) **Acortarle la duración de la tarea**, fraccionársela y luego verificar si la completó.

e) Emplear **estímulos multisensoriales** a los efectos de reforzar la Memoria de Trabajo y de esa manera conseguir un mejor aprovechamiento. **¡ES DESATENCIÓN!!!**

f) **Priorizar la evaluación oral** para tener un verdadero perfil de sus conocimientos.

g) **No reprenderlo delante de sus compañeros**, pero luego, en privado, hacerlo explicándole la razón de la reconvención.

h) **Favorecer el diálogo y el intercambio oral**, estimularlo en su participación y que al no comprender algo, levante la mano y pregunte. Muchas veces, ante el temor de ser reconvenido, no participa en el desarrollo de la clase.

l) **En algunas oportunidades (las menos), el niño NO ES Hiperquinético**, pero sí presenta toda la sintomatología del DÉFICIT ATENCIONAL.

Al faltarle la “turbulencia motriz”, hace que los demás síntomas pasen desapercibidos y el **diagnóstico es tardío**, lo que redundará en perjuicio para el alumno. Pero también tiene problemas de Atención, ¡¡es distraído!!

I) ORGANIZAR LOS RECREOS:

a) En los recreos no se le debe permitir desbordarse con corridas o empujones, **lo que puede generar una reacción en cadena, catastrófica y difícil de contener** posteriormente.

b) Al salir de clase o entrar al comedor escolar, es preferible ubicarlo al comienzo o al final de la fila de alumnos.

c) El fraccionamiento del recreo puede ayudar de sobremanera, indicándole que 2 o 3 veces durante el mismo, se reporte. Que sepa que es controlado pero no vigilado.

d) No prohibirle el recreo, **dejarlo liberar su energía en lo posible.**

M) TOLERAR SU TORPEZA MOTRÍZ:

Es probable que su postura en el pupitre no sea lo más correcta. Pásela por alto.

Recuerde que a causa de su disgráfia y torpeza grafomotora, no puede con su cuerpo Y MENOS CON LA ESCRITURA.

Al corregirle su letra y cuaderno, hágalo sin tachaduras que lo desmoralizarán y no lo incentivarán. Lo importante es evaluar los contenidos y no las formas, que en general serán pasibles de observaciones. Tolerar algún grado de disarmonía. **¡ES TORPE!**

N) PREVENIR EL TRASTORNO CONDUCTUAL Y LA IMPULSIVIDAD:

Agrupar al alumno para estudiar y realizar tareas con técnicas cooperativas de aprendizaje. Los compañeros lo contendrán y estimularán.

Organizarle sus demandas, explicarle que deberá hacerlas en tiempo y forma, cumpliendo con las consignas dadas por el Docente. De esa manera se evitarán desbordes.

Acostumbrarlo a que solicite autorización para sacar o tocar cosas ajenas. Esta es una modificación conductual muy difícil de lograr, pero se debe intentar. **¡ES IMPULSIVO!**

La Docente o la Dirección del Establecimiento deberán reconocerle algún hecho o logro positivo de su conducta, preferentemente delante de sus compañeros de clase. Esto lo alegrará y motivará de sobremanera a controlar la referida Impulsividad. **¡EL NO ES TAN MALO COMO SE CREE!**

EL DOCENTE:

Desde siempre se considera que el Maestro es determinante en el área académica, pero también lo es en el terreno afectivo y conductual de sus alumnos.

Es quien primero juzga la potencialidad y posibilidades del niño y además es el primer contacto con el universo extrafamiliar.

Es un modelo que incorpora escala de valores determinantes en la reafirmación de su proceso formativo.

El Maestro es quién puede percatarse más rápidamente de cuando algo no funciona acorde a lo esperado.

Es decir que si este Docente tiene preparación y o información adecuada, puede iniciar el proceso diagnóstico de cualquier alteración del normal desarrollo cognitivo-conductual de sus alumnos.

¡Por esta razón es importante escuchar al Docente!

De alguna manera podrá poner el ALERTA por posibles dificultades en el rendimiento y solicitar la intervención de los Profesionales del área, especialmente en la problemática que nos ocupa.

Lo hará tratando que los Padres consulten e indaguen sobre lo que se percibe en el aula.

Esto es muy relevante dado que **es habitual que los Padres no advierten la problemática del niño** y al comunicárselo tardan algún tiempo en aceptarla y entenderla.

Lo más común es que los Padres responsabilicen, a la Institución Educacional, al Docente o a sus propias normas de crianza.

Siempre cuesta trabajo aceptar que sea un padecimiento de causa Neurológica, con implicancias Psicológicas y Pedagógicas.

De allí que la forma de abordar la comunicación a los Padres, deberá ser muy cuidadosa, tratando de no generarles pánico, lo que los inmovilizará y retardará **el Diagnóstico Correcto y Precoz.**

Es muy útil mantenerse en contacto con los Padres del niño, escuchando sus inquietudes. Es fundamental manifestarles **los logros del alumno, de tan difícil obtención**, que él consigue con gran esfuerzo, tratando, a pesar suyo, de prestar atención, mejorar su comportamiento y mantenerse aceptablemente quieto.

Esto mejora indudablemente la relación padres-hijo, que muchas veces piensan que el niño solo les trae problemas.

Si para el niño es importante jerarquizar su autoestima, para los Padres es importante saber que mejora el rendimiento escolar y su conducta. Esto retroalimenta el circuito y aumenta el

compromiso de la familia, colaborando más eficazmente con las indicaciones escolares y las normas de crianza.

TRATAMIENTO MULTIMODAL:

En mi experiencia, el enfoque terapéutico **Psicológico**, cognitivo-comportamental es el que mejores soluciones aporta a la problemática del paciente.

Es además necesario convocar a un **Psicopedagogo** y dada la frecuente asociación con Trastornos del Lenguaje, se agregará al tratamiento, un **Neurofoniatra**.

Es decir se formará un equipo terapéutico multimodal **que respaldará el tratamiento Farmacológico**, que es a mi criterio, indispensable al Síndrome a.d.h.d.. Es necesario recalcar que los medicamentos, **NO SE UTILIZAN CON EL FIN DE CONTROLAR LO, SINO PARA MEJORAR LA SINTOMATOLOGÍA Y ORGANIZARLO**, actuando sobre la atención, la impulsividad, la tendencia a la frustración, mejorando la relación con sus padres y familia y generando una apreciable mejoría sobre áreas cognitivas como lo son la lectoescritura y el cálculo matemático.

Se interviene por lo tanto sobre las áreas: **Social, Emocional y Cognitiva**.

Quisiera recordar que la terapéutica Farmacológica, interviene en la interconexión neuronal de redes nerviosas, efectivizándolas y jerarquizándolas. Actualmente **agregamos** medicación basada en Precusores de los Neurotransmisores, con muy buenos resultados clínicos.

Los diversos fármacos que se utilizan, presentan un alto grado de seguridad terapéutica y acompañados de la Terapia Multimodal, resultan de sumo beneficio en el tratamiento de este grupo de pacientes, según comunicaciones de la O.M.S., la American Medical Association, la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, la Academia Americana de Pediatría y la Sociedad Argentina de Pediatría. La bibliografía no refiere posibilidades adictivas, al contrario.-

LO ESCENCIAL ES EL DIAGNOSTICO, como en todas las áreas de la salud.

Los tratamientos apuntan esencialmente a evitar el sufrimiento del niño y de su familia. El problema tiene solución a mediano y largo plazo y esto se logra si la Familia, la Escuela y los Profesionales actuantes, SE PONEN DE ACUERDO E IMPLEMENTAN TÉCNICAS EFICACES DE TRATAMIENTO CONJUNTO.

Dr. José Félix Nani

Doctor en Medicina

Docente Autorizado y Profesor Asistente de Pediatría U.B.A.

jfnani@hotmail.com