

Estrategias de Intervención Pedagógica para la mejora del aprendizaje en niños y adolescentes diagnosticados con Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad

Pedagogical Intervention Strategies for the improvement of learning in children and adolescents diagnosed with ADHD

Blazco-Sánchez Angie ; Herrera Bárbara; González Inés; Lozada María; Mancilla María; Marín Yocelyn.

Correspondencia: María del Rosario Lozada Sainz

Correo electrónico: waby444@hotmail.com

Estudiantes Programa Magíster en Neurociencias Aplicadas a la Educación. Facultad de Educación y Ciencias de la Familia. Universidad Finis Terrae, Chile.

Resumen

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno de origen neurobiológico complejo que se caracteriza por un patrón conductual persistente de desatención, hiperactividad y/o impulsividad. Es una de las alteraciones neuroconductuales más frecuentes en la infancia y la adolescencia, y uno de los principales motivos de consulta debido a sus dificultades en el rendimiento escolar, problemas de conducta, dificultades de convivencia en el hogar y con pares, afectación de la autoestima y agresividad. A lo largo de estos años de estudio, el foco individual tanto en terapia como de tratamiento farmacológico para los niños y adolescentes con TDAH, ha migrado a un enfoque integral en el que se trabajan estrategias médicas y pedagógicas que involucran docentes, padres, médicos y a los niños y adolescentes afectados. Las estrategias analizadas en este artículo fueron aquellas, que presentaron mayor evidencia científica. Éstas son: Cognitivo-Comportamentales (Reforzamiento Positivo, Costo de Respuesta y Auto-regulación) e Intervenciones Casa- Escuela (Tarjetas de Reporte Diario de Conductas).

Palabras Clave: TDAH, rendimiento escolar, estrategias, comportamiento, refuerzo positivo, Autorregulación, Comportamiento.

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a disorder of complex neurobiological origin characterized by a persistent behavioral pattern of inattention, hyperactivity and / or impulsivity. It is one of the most frequent neurobehavioral alterations in childhood and adolescence, and one of the main reasons for consultation due to difficulties in school performance, behavioral problems, difficulties in living together at home and with peers, impairment of self-esteem and aggressiveness. Throughout these years of studies, the individual focus in both therapy and pharmacological treatment for children and adolescents with ADHD has migrated to a comprehensive approach in which medical and pedagogical strategies involving teachers, parents, physicians and affected children and adolescents. The strategies analyzed in this article were those that presented the greatest

scientific evidence. These are Cognitive-Behavioral (Positive Reinforcement, Cost of Response and Self-regulation) and House-School Interventions (Daily Behavior Report Cards).

Introducción

Durante la década de 1970, la investigación académica y médica del TDAH, comenzó a enfocarse en los síntomas de inatención como el comportamiento. Posterior a esto, el énfasis está en una serie de criterios para el diagnóstico del TDAH (con y sin hiperactividad). Actualmente, se presenta como uno de los trastornos del neurodesarrollo más comunes en la infancia, extendido hacia la adultez. De acuerdo al DSM-V, prevalece en el 5% en niños y en el 2,5% en adultos y afecta diversos aspectos de la vida: en los procesos de aprendizaje, en la socialización y en las respuestas a las distintas problemáticas en los contextos en que se desenvuelven cotidianamente. En palabras de Barkley (2002), es un trastorno del cerebro ejecutivo que provoca la incapacidad del niño para inhibir o retrasar sus respuestas, para organizar y controlar su atención, su conducta o sus emociones y para hacer frente a las demandas que se le presentan. De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), existen tres presentaciones de TDAH según las características comportamentales específicas: 1. *Con predominio de déficit de atención*; cuando presenta más de seis síntomas de inatención pero menos de seis de hiperactividad-impulsividad; 2. *Con predominio hiperactivo-impulsivo*; cuando presenta más de seis síntomas de hiperactividad-impulsividad pero menos de seis síntomas de inatención. 3. *Combinado*; con sintomatología de inatención e hiperactividad-impulsividad, con más de seis síntomas en cada una de las categorías, síntomas de inatención, de hiperactividad e impulsividad (DSM-V 2014).

Cuadro explicativo de sintomatología asociada al TDA (Tellez 2016).

INATENCIÓN	HIPERACTIVIDAD
Falta de atención a los detalles y descuido	Presencia de excesivos manierismos motores
Dificultad para mantener la atención en tareas o actividades recreativas	Frecuentemente se levanta del asiento cuando debería estar sentado
Parece no escuchar cuando se le habla directamente	Excesivo movimiento en situaciones inapropiadas
No sigue instrucciones y no termina las tareas	No puede ocuparse tranquilamente en actividades recreativas
Dificultades para organizar tareas y actividades	No puede estar quieto
Dificultad para iniciar y concluir tareas que requieren esfuerzo mental sostenido	Habla excesivamente
Generalmente pierde materiales escolares	Responde impulsivamente antes de haber concluido la pregunta.
Se distrae fácilmente por estímulos externos	No puede esperar su turno
Olvida las actividades cotidianas	Frecuentemente interrumpe y se inmiscuye en actividades ajenas

Los tratamientos más ampliamente usados y estudiados en alumnos con TDAH, incluyen medicación psicotrópica y estrategias de modificación conductuales implementadas en la escuela y en el hogar. (Barkley 2006) Esto implica cambiar un estado de situación por medio de un conjunto de acciones llevadas a cabo en forma sistemática para lograr un determinado fin (Formenti 2016), donde

la aplicación de pasos estructurados y sistemáticos, conducirán a un objetivo real y efectivo en la vida educativa del niño. (Pelayo 2012) Existen estrategias que apuntan a mejorar el comportamiento poniendo énfasis en la evaluación funcional de la conducta, identificando en ella las causas, consecuencias y cambios deseados. Los niños con TDAH, a menudo fallan en la autorregulación adecuada: son desatentos, hiperactivos e impulsivos. En las escuelas, los maestros podrían describirlos como si no escucharan, se distrajeran fácilmente con sus compañeros de clase, llamaran sin permiso o estuvieran inquietos (DuPaul 2003). En el mismo sentido, los niños presentan dificultades en la voluntad, manifestando una restringida capacidad de planificación de información que impiden el mantenimiento de acciones dirigidas al logro de una meta (Barkley 1997). Tienen una autoconciencia disminuida y por lo tanto, controlan su comportamiento menos que los niños sin TDAH (Pfiffner 1998). Las alteraciones en las funciones motivacionales, especialmente en los mecanismos de recompensa (Sagvolden 2005), también son características de este tipo de trastornos. Los estilos atribucionales son procesos cognitivos mediante los cuales las personas explicamos las causas del éxito o fracaso que experimentamos de algún suceso. Están relacionados con la autopercepción, influido por el autoestima y la motivación. Según el Estilo Atribucional que se tenga interiorizado, se van a desarrollar estrategias más orientadas a recursos constructivos o, por el contrario, se tenderá al conformismo y bajas expectativas. Es decir, el estilo atribucional será más positivo o negativo (Weiner 1986). De acuerdo con lo planteado anteriormente, en diversos estudios se han implementado herramientas de autocontrol, como una técnica que apunta a aumentar la conciencia de la conducta a través de la observación y el registro de aspectos específicos de la misma (Shapiro y Kratochwill 2000). Asimismo, la autorregulación es una estrategia que permite a los estudiantes con TDAH, gestionar los propios pensamientos, emociones y conducta, hacia la correcta adaptación en el medio. Frente a estos antecedentes, el presente artículo da cuenta de Estrategias Pedagógicas con evidencia científica, que permitirán responder a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las estrategias pedagógicas más efectivas y eficaces que el profesor/a de aula puede implementar, para el trabajo con niños/as con TDAH, en diferentes niveles educativos?

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PEDAGÓGICA

1. Estrategias Cognitivo- Comportamentales

1. a) Reforzamiento Positivo Contingente y Costo de Respuesta

Una de las estrategias más usadas con los estudiantes con TDAH es el Reforzamiento Positivo Contingente, que consiste en presentar inmediatamente después de la conducta adecuada un estímulo, en forma de alabanza o premio, aumentando la probabilidad de que se repita dicha conducta. Por el contrario, el “Costo de respuesta”, es una estrategia que consiste en retirar una cantidad específica de reforzadores, ya sea privilegios o premios obtenidos previamente.

Un estudio examinó los efectos de recompensa y costo respuesta en el rendimiento y motivación de 40 estudiantes; (27 niños y 13 niñas en cada grupo), entre los 8 a 12 años, con TDAH (todos con diagnóstico clínico), y sin TDAH, (sin problemas de conducta o de aprendizaje). Algunos de los niños con TDAH tenían comorbilidades asociadas como conducta oposicionista desafiante (65%) otros con problemas de conducta (12%). Las variables dependientes incluyeron un pretest de los Estilos Atribucionales (CASQ Kaslow 1978), medidas de desempeño directo en tareas aritméticas y la medida de motivación intrínseca, en cuanto a las tareas que ellos mismos elegían realizar (Carlson 2000). El procedimiento del estudio se llevó a cabo en una sesión: primero los participantes completaron un cuestionario de estilo atribucional. Luego recibieron instrucciones detalladas para desarrollar una tarea aritmética lo más rápido posible, de 100 problemas aritméticos en una de las

tres condiciones: recompensa, costo de respuesta y no contingencia. En la condición de recompensa, los niños ganaban fichas por terminar o completar correctamente problemas. En el costo de respuesta, las fichas se distribuían a los niños al comienzo de la sesión y se eliminaban por problemas no finalizados o incorrectos. En la no contingencia, no se otorgaron ni quitaron fichas. Al final la sesión, los niños en condiciones de contingencia, intercambiaban fichas por dinero. Para las medidas aritméticas, fueron examinados tres aspectos: productividad (número de problemas realizados), precisión (porcentaje de problemas correctos) y eficiencia académica (número de problemas correctos). Antes y después de cada conjunto de problemas, los niños anotaban sus predicciones, percepciones de su desempeño y la motivación frente a las tareas (Autoevaluación), terminando con la libre elección de tarea: diseñada para evaluar la motivación intrínseca. En ella resuelven problemas matemáticos adicionales o problemas de ortografía. Los ejercicios se distribuían en 2 bloques de 30 minutos de trabajo.

En el análisis general, el grupo con TDAH demostró un desempeño bajo en relación con el de Control. Los resultados, según las variables dependientes de la investigación, indicaron que los Estilos Atribucionales de los niños con TDAH son menos adaptativos que los de control, obteniendo puntajes netos significativamente menores ($p < 0,01$). Con respecto a la “Resolución de Problemas Aritméticos”, los resultados arrojaron que los niños con TDAH en comparación al grupo control, obtuvieron un menor desempeño ($p < 0,01$) en los tres aspectos evaluados. En el análisis de las contingencias en el grupo de niños con TDAH, el costo de respuesta ($p < 0,10$) mejoró la precisión de los problemas en relación con el Refuerzo Positivo. Se encontraron efectos significativos del grupo para las tres medidas aritméticas de rendimiento. En cuanto a “la motivación intrínseca”, el análisis general sobre el total del grupo, indicó una tendencia del grupo con TDAH ($p < 0,08$) de escoger menos las tareas de matemáticas que el grupo control. En el análisis total de la muestra de las estrategias comportamentales, el Costo de Respuesta y el Refuerzo reportaron mejores resultados en la “motivación intrínseca” de las tareas académicas que el grupo sin contingencia. Dentro del grupo de niños con TDAH, el Costo de Respuesta en relación a la Recompensa o sin contingencia, mejoró significativamente ($p < 0,05$) la motivación en la realización de problemas aritméticos en la segunda mitad del desarrollo. En conclusión, hay una diferencia significativa entre los estilos Atribucionales de los niños con TDAH y los de grupo control sin TDAH. Los “Estilos Atribucionales” positivos en los niños con TDAH están relacionados con circunstancias externas inestables y generales (el azar) y los Estilos Atribucionales negativos están relacionados con circunstancias internas, estables y específicas (esfuerzo), relacionadas con la falta de motivación.

1.b) Autorregulación

Se han realizado estudios experimentales sobre estrategias que inciden en la voluntad de los estudiantes para modificar su conducta. Estas estrategias de autorregulación son los llamados Planes “If-Then” que es una intervención que permite el desarrollo de un plan específico que realiza el profesor, de acuerdo a metas u objetivos que el estudiante debe lograr para mejorar los síntomas del comportamiento disruptivo, ya sea hiperactividad, impulsividad e inatención. En principio, el estudiante seleccionará el objetivo o meta deseado desde una pauta entregada previamente por el profesor. Un ejemplo de esta meta sería: "Quiero que los demás me distraigan menos". Luego, escogerá el plan que indica cómo alcanzar el objetivo, vinculando una situación problemática con una acción dirigida al logro del objetivo, por ejemplo: "Si un compañero me habla, entonces me concentraré más en la lección". En palabras de Gollwitzer (1999) estos planes permiten a los niños planificar cuándo, dónde y cómo se actuará para alcanzar una meta.

Un estudio experimental, examinó si la combinación de elementos que favorecen la voluntad (Plan If-Then) en conjunto con elementos motivacionales (como estrategias de automonitoreo de la propia conducta Self-Monitoring) podría favorecer la autorregulación en una Escuela Especial para niños con TDAH (Guderjan 2013). Para ello, se aplicaron 3 sesiones de intervención en las clases regulares de un grupo 57 niños (7 niñas) entre 10 y 18 años, todos diagnosticados con TDAH, con

una alta comorbilidad de problemas de conducta. Para ello, se dividió al grupo en dos y se aplicaron sesiones de clases:

- **Sesión 1 GI:** El grupo trabajó en la selección de su objetivo de meta durante dos semanas, lo que se denominó como "GI" (Goal Intention). Las metas fueron presentadas en una cartilla realizada por el profesor con objetivos que apuntaban a mejorar conductas de hiperactividad, impulsividad e inatención y se pidió a los estudiantes que escogieran la que más se ajustaba a sus problemas de conducta. Una vez escogida la meta, los estudiantes debían reescribirla 3 veces en distintos folletos y pegar una de ellas en un lugar que fuese visible para recordarla durante las clases con el fin de no perder de vista el objetivo.

- **Sesión 2 GI + Plan:** Posteriormente, se sumó al objetivo escogido (GI), una Planificación que permitía direccionar la conducta hacia el logro del objetivo que seleccionaron previamente. A esta etapa se llamó "Plan If-Then".

Igualmente se pidió a los estudiantes reescribir este plan en 3 folletos distintos para recordar su objetivo y planificación. Esto fue evaluado por el profesor durante las dos semanas siguientes, es decir, en la cuarta semana desde el comienzo de la intervención.

- **Sesión 3 GI + Plan + SM:** En esta última sesión, se sumó al objetivo (GI) y a la planificación escogida (Plan), un nuevo Plan de Automonitoreo Self-Monitoring (SM) donde se pidió a los estudiantes escribir un diario durante las próximas dos semanas donde debían calificar su desempeño de acuerdo al progreso de su plan, en base a diez afirmaciones, tales como: "Hoy me fue fácil comportarme de acuerdo con mi plan" que calificaron en una escala de cinco puntos: "no estoy de acuerdo en absoluto" ; "estoy totalmente de acuerdo". Luego, respondieron a cuatro preguntas abiertas sobre el progreso de su plan. Además, se les pidió describir una situación en la que se habían comportado de acuerdo con su plan. Al final de cada sesión realizada, los estudiantes respondieron un cuestionario que permitió al profesor evaluar el compromiso con la meta que escogieron.

El Grupo 1 realizó las 3 sesiones descritas anteriormente, mientras que el Grupo 2, realizó en la Sesión 1 y en la Sesión 2 el GI +Plan, sumando en la Sesión 3 el nuevo Plan SM al igual que el Grupo 1.

Como variable dependiente se evaluaron las calificaciones de los profesores en cuanto a competencias de autorregulación utilizando un cuestionario alemán estandarizado sobre el TDAH (Döpfner 2008) que describe conductas prototípicas. Se evaluó la variable dependiente cuatro veces: antes y después de las tres sesiones de intervención, respectivamente. Antes de la primera sesión de intervención, se solicitó a los profesores que calificaran el intervalo de dos semanas anterior para cada niño por separado como una medida de referencia para la competencia reguladora.

Los resultados del **Grupo 1** dieron cuenta que: La Sesión 1 GI por sí sola, no benefició las competencias de autorregulación en las primeras 2 semanas. La Sesión GI + Plan, demostró que los síntomas de volición asociados al TDAH calificados por el profesor fueron más bajos ($p < 0.001$) a las 4 semanas. La Sesión GI + Plan + Sesión Automonitoreo SM, no produjo más cambios al cabo de 6 semanas.

Los resultados del **Grupo 2** expresaron que: Los síntomas de volición asociados al TDAH disminuyeron desde el inicio en las primeras 2 semanas ($p < 0,05$), por lo que la aplicación de intervención GI+ Plan, aumentó las competencias autorreguladoras. La Sesión de Automonitoreo SM, no presentó cambios favorables en la autorregulación.

En conclusión, los niños con TDAH no se beneficiaron sólo con una sesión de Intención de Objetivos (GI). La acción de escoger la meta para reducir el comportamiento relacionado con el TDAH no condujo a mejores competencias de autorregulación, sino que, estas competencias mejoraron cuando los estudiantes se implicaron en la Planificación (GI+Plan), ya que recibieron más apoyo para el logro de la meta. Por tanto, proporcionar una meta con un Plan If-Then, permite a los estudiantes focalizar su atención y comprometerse con el logro de su meta al conocer las acciones concretas que les permiten mejorar su comportamiento y en definitiva lograr autorregularse. Este estudio amplía la investigación respecto a la aplicación de los Planes If-Then al comprobar sus

resultados en la escuela, aportando a investigaciones previas (Gawrilow 2011, Paul 2007, Paul-Jordanov 2010) sobre esta misma estrategia probadas fuera del espacio educativo.

2. Estrategias que fortalecen la comunicación Casa- Escuela

2. a) Tarjetas de informe de comportamiento diario

Dado que los niños con TDAH experimentan dificultades significativas en diferentes entornos, los programas de comunicación entre el hogar y la escuela son componentes importantes de un plan de tratamiento integral de trabajo.

Las Tarjetas de informe de comportamiento diario (Daily Behavior Reports Cards, DBRC, Iznardo 2017), es un ejemplo de un programa efectivo y sencillo de comunicación entre el hogar y la escuela. Las DBRC no deben ser asociadas a consecuencias negativas y pueden ser implementadas junto con el costo de respuesta. (Chafouleas 2002). Los efectos potenciales de las DBRC mejoran cuando las metas son pocas y se expresan de manera gradual y positiva, se proporciona retroalimentación y refuerzo inmediato de los estudiantes para motivarlos y se involucra a los padres respecto al rendimiento en el aula, y la planificación (Chafouleas 2002, DuPaul 2003, Pfiffner 2006). Cuando no se logra la conducta, la posición de padres y maestros es neutral. Las metas son individualizadas y pueden dirigirse a una variedad de objetivos. En orden de prioridad son de tipo comportamental, social y académico, relacionadas a los síntomas del TDAH, que los estudiantes deben alcanzar en la escuela para ganar refuerzo en el hogar. Las calificaciones obtenidas se convierten en puntos en el hogar y se intercambian por refuerzos (acceso a la televisión y/o videojuegos). La duración mínima del sistema debe ser un mes.

Existe un amplio respaldo empírico sobre el uso del DBRC en niños con TDAH. Un Meta Análisis de 7 estudios, investigó la efectividad de las Tarjetas de Informe de Comportamiento Diario, como una intervención en la escuela para controlar el comportamiento en el aula de los estudiantes con TDAH con comorbilidades (conducta oposicionista, problemas de conducta). La muestra estuvo conformada por 272 participantes de escuelas públicas y una privada, de diferentes estratos socioeconómicos, con predominio del sexo masculino (81,3%), en su mayoría raza caucásica y africana, con edades entre los 6 a 11 años (edad promedio de 7,9 años). La duración de las intervenciones variaron entre tres semanas a ocho meses. Se examinaron siete estudios de Diseño de Grupo, llevados a cabo entre los años 2007 a 2013. Tres de los estudios compararon un grupo de control con un grupo de tratamiento con selección aleatoria, un estudio comparó un grupo de control con tres grupos de tratamiento, dos estudios compararon los resultados pre y post test del tratamiento en el mismo grupo, y un estudio comparó los resultados del pre y post tratamiento de dos grupos de intervención sin asignación aleatoria. De todos ellos 3 estudios incluyeron el Costo de respuesta y 3 incluían medicación. Los estudios fueron medidos a través de las calificaciones de los maestros ($n = 5$) y la observación ($n = 2$) directa sistemática de diversas conductas (usar materiales adecuadamente, trabajar tranquilo, mantenerse concentrado en la tarea, hablar y hacer ruido, pararse de su asiento, levantar la mano, tocar a otros, ser respetuosos, obedecer) de los estudiantes, en intervalos de 15 segundos. Previamente a la implementación de las DBRC, se llevaron a cabo evaluaciones de los síntomas relacionados al TDAH con la Escala de Connors y la recopilación de información entregada por los maestros de las conductas disruptivas a través de cuestionarios estandarizados o la observación directa. La implementación propiamente se desarrolló de la siguiente manera: entrenamiento a los profesores, estudiantes y padres por los investigadores u otros profesionales (desarrollo del sistema), establecimiento de las metas en forma conjunta (profesor-alumno), establecimiento de refuerzos en casa por el estudiante, padres y maestro, especificación y calificación cuantitativa y cualitativa diaria para cada meta (p.ej. el niño interrumpe menos de tres veces la clase) por parte de los profesores, intercambio diario de información obtenida a través de padres, maestros y estudiantes, revisión periódica y reformulación de metas. Los resultados de las DBRC se asociaron con reducciones de los síntomas del TDAH

evaluados por el maestro, con una $p \leq .005$, con baja heterogeneidad. Un análisis moderador indicó que el tamaño del efecto para la observación directa sistemática fue alto ($p \leq .00$), con heterogeneidad muy alta, al igual que la correspondencia a las metas, más específicamente, a los comportamientos objetivos de las DBRC, en contraste con los test estandarizados con baja heterogeneidad. Un segundo análisis, encontró efectos significativos en las DBRC para los síntomas comórbidos. Las conclusiones del estudio se relacionaron con la reducción significativa de la frecuencia y severidad de los síntomas del TDAH en el aula y de los comportamientos comórbidos. Se agrega que la observación directa sistemática puede ser una medida más sensible para los efectos del tratamiento con las DBRC en comparación con los cuestionarios estandarizados de los maestros sobre las conductas disruptivas (Iznardo 2017).

Conclusiones:

La revisión realizada a diversos artículos, algunos experimentales y otros descriptivos, apuntan a que el uso de estrategias, sobre todo la entrega de instrucciones claras y fragmentación de actividades a realizar, enmarcadas en un plan individual o If Them, cuyo énfasis principal es la evaluación funcional de la conducta, pueden lograr mejoras significativas en la concentración del niño, disminución de conductas disruptivas y aumento de la integración social. Por lo anterior y luego de nuestro análisis exhaustivo de nueve artículos de estudios experimentales, podemos concluir:

A modo general:

- Pudimos evidenciar, un bajo porcentaje de estudios con evidencia científica. La mayor cantidad de estudios encontrados responde a un análisis descriptivo en los cuales se detallaban los síntomas y situaciones propias a nivel escolar y familiar de niños y adolescentes diagnosticados con TDAH y como se han podido aplicar estrategias cognitivo comportamentales en situaciones aisladas.
- Las metodologías aplicadas en los estudios con evidencia científica demuestran una falencia en cuanto a la estructuración y aplicación de estrategias cognitivo-comportamentales entre los grupos control y grupos experimentales. Aunque las diferencias obtenidas en estos estudios puedan ser estadísticamente significativas, la falla en la implementación para el estudio de los grupos controles y experimentales, nos dificultan comparar y analizar las diferencias obtenidas en el proceso de intervención y estudio.

A modo específico:

- De acuerdo al análisis de las estrategias comportamentales, el Costo de Respuesta y el Refuerzo Positivo, reportaron mejores resultados en la “motivación intrínseca” de las tareas académicas. Mientras que el costo de Respuesta evidenció significativamente que las tendencias apuntan a que el grupo con TDAH, escoge menos las tareas de matemáticas que el grupo sin TDAH.
- Dentro del grupo de niños con TDAH, el Costo de Respuesta en relación a la Recompensa o grupo sin contingencia, mejoró significativamente la motivación en la realización de problemas aritméticos en la segunda mitad del desarrollo. En el análisis general, el grupo con TDAH demostró un desempeño bajo en relación al de Control. Los resultados según las variables dependientes de la investigación indicaron que los Estilos Atribucionales de los niños con TDAH son menos adaptativos que los de control. En este sentido. Es posible mencionar que hay una

diferencia significativa entre los Estilos Atribucionales de los niños con TDAH y los sin TDAH y no existen diferencias significativas en el uso del costo de respuesta y la recompensa en pro de mejora de la precisión en tareas aritméticas. Sin embargo, es posible observar que existe una diferencia significativa en el uso del costo respuesta como la estrategia más efectiva para la motivación intrínseca.

- Por otra parte, se evidencia que las intervenciones que presenten Planes en relación con Objetivos, que busquen mejorar la Autorregulación de los síntomas volitivos y motivacionales, aumentan la responsabilidad de los estudiantes sobre el resultado de la intervención y se puede aplicar en muchas situaciones diferentes. En los tres estudios los mecanismos de la Motivación Intrínseca juega un papel determinante en un mejor rendimiento de tareas.
- Finalmente, estudios experimentales concluyen que el uso de Estrategias Pedagógicas combinadas, como por ejemplo las DBRC con el Costo de respuesta o el Reforzamiento positivo con el Costo de Respuesta, potencializan la efectividad y duración de resultados. La DBRC se muestra como una estrategia efectiva en la disminución de síntomas del TDAH cuando se involucra la participación del estudiante-profesor y familia en la planificación de objetivos y su monitoreo constante. Esto permite llevar a cabo procesos más sensibles en los docentes, respecto de las conductas asociadas a este trastorno y los efectos que trascienden la vida infantil si no es abordado de manera oportuna.

Bibliografía

American Psychiatric Association. DSM-V. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª Ed. Editorial Médica Panamericana. 2014; 59-65.

Barkley R. Behavioral Inhibition, Sustained Attention, and Executive Functions: Constructing a Unifying Theory of ADHD. *Psychol Bull.* 1997; 121(1):65–94

Barkley R. Attention Deficit-Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment (3er ed). New York: Guilford. 2006.

Barkley R. XI Jornada Sobre Déficit de Atención e Hiperactividad. TDAH: Una Evidencia Científica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. Fundación Educación Activa con la Colaboración de Fundación Mapfre. Diciembre 2013.

Bayer U, Gollwitzer PM. Boosting Scholastic Test Scores by Willpower: The Role of Implementation Intentions. *Self Ident.* 2007; 6(1):1–19. doi:10.1080/15298860600662056

Carlson C. Effects of Reward and Response Cost on the Performance and Motivation of Children with ADHD. *Cognitive Therapy and Research* 2000; 24: 87-98.

Connor D. Stimulans. In R. A. Barkley (Ed). *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment.* Guilford Press. 2006; 608-647.

Döpfner M, Görtz-Dorten A, Lehmkuhl G. Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD10 und DSM-IV (DISYPS-KJ), 2. korrigierte und ergänzte Auflage (Diagnostic system for psychiatric disorders in childhood and adolescence, 2nd edn). Huber, Ber. 2008; 1-3

Dunlap G, Kern L, dePerczel M, Clarke S, Wilson D, Childs K, White R, Falk G. Functional Analysis of Classroom Responding for Students with Emotional and Behavioral Disorders. *Behavioral Disorders*, 1993; 18: 275-291.

DuPaul G, Stoner G. *ADHD in the Schools: Assessment and Intervention Strategies.* 2nd ed. New York: Guilford. 2003; 366 pgs.

Chafouleas S, Riley-Tillman T, McDougal J. Good, bad, or in-between: How does the daily behavior report card rate?. *Psych in the Schools.* 2002; 39: 157–169.

Formenti S. *Enseñar y Aprender: Siete Reflexiones para Educar con Propósito.* Lugar Editorial. 2016; ISBN 978-950-892-507-7: 96.

Gawrilow C, Gollwitzer P, Oettingen G. If-Then Plans Benefit Executive Functions in Children with ADHD. *J Soc Clin Psychol.* 2011; 30(6):616–646. doi:10.1521/jscp.2011.30.6.616

Gollwitzer PM. Implementation Intentions: Strong Effects of Simple Plans. *Am Psychol.* 1999; 54(7):493–503. doi:10.1037/0003066X.54.7.493

Guderjan L, Gold A, Stadler G, Gawrilow C . Self – Regulation Strategies Support Children with ADHD to Overcome Symptom-Related Behavior in the Classroom. ADHD World Federation.2013; 14. doi: 10.1007/s12402-013-0117-7

Iznardo M,Rogers M,Volpe R, Labelle P & Robaey P. The Effectiveness of Daily Behavior Report Cards for Children With ADHD: A Meta-Analysis. J Att Disord 2017; 15.doi: 10.1177/1087054717734646

Minsal: Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Ediciones Unidad de Salud Mental. 2a Edición. 2001.

Paul-Jordanov I, Bechtold M, Gawrilow C. Methylphenidate and If-Then Plans are Comparable in Modulating the P300 and Increasing Response Inhibition in Children with ADHD. Medline.2010;2(3):115-26. doi: 10.1007/s12402-010-0028-9.

Pelayo J, Trabajo P, Zapico Y.` Aspectos Históricos y Evolución del Concepto de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Mitos y Realidades` Cuad. Psiquiatr. Comunitaria.2012; Vol. 11, N.º 1: 7 - 35.

Pfiffner L,Barkley R.. Treatment of ADHD in School Settings. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In Barkley, R. A. Attention Deficit Hyperactivity disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment.Guilford Press.1998; 608–647.

Pfiffner L, Barkley R, DuPaul G. Treatment of ADHD in School Settings. In R. A. Barkley Ed. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. 3rd ed. New York: Guilford.2006; 898 pgs.

Sagvolden T, Borga J, Aase H, Russell V. Dynamic Developmental Theory of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Predominantly Hyperactive/Impulsive and Combined Subtypes. Behav Brain Sci. 2005; 28(3):368–397. doi:10.1017/ S0140525X05000075.

Shapiro E, Kratochwill T.Conducting School-Based Assessments of Child and Adolescent Behaviour.Guilford. 2000; 318 pp., ISBN 1-57230-567-3.

Superintendencia de Educación. La Discriminación Escolar Bajo la Lupa: Hacia Escuelas más Inclusivas.Buenas Escuelas para Chile. 2015; 29.

The MTA Cooperative Group. A 14-month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). Archives of General Psychiatry. 1999; 5: 1073-1086.

Tellez M. Neuropsicología de los Trastornos del Desarrollo: Diagnóstico. Evaluacion e Intervencion.

Weiner B. An Attributional Theory of Motivation and Emotion. Springer-Verlag.1986 ;doi10.1007/978-1-4612-4948-1.