

2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

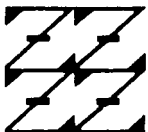
PROPUESTA DE PROGRAMA PARA LA ATENCION
DEL NIÑO CON TRASTORNO POR DEFICIT DE
ATENCION CON HIPERACTIVIDAD.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
FRANCISCA CHAVEZ MARTINEZ

DIRECTOR: LIC. RICARDO MEZA TREJO

U N A M
F E S
Z A R A G O Z A



LO HUBIERO EJE
DE NUESTRA REFLEXION

MEXICO D.F.

2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Al Lic. En Psicología Ricardo Meza Trejo con respeto por darme todas las facilidades para concluir éste proyecto.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, institución que me permitió adquirir una formación profesional.

A la vida y sus diferentes circunstancias que me brindaron la oportunidad de asimilar los conocimientos necesarios para desarrollarme en el campo laboral.

Con respeto a mis asesores de Tesis: a la Lic. Isabel del Moral Bustamante, al Lic. Eduardo Contreras Ramírez, a la Lic. Sofía I. Domínguez Vergara, y a la Lic. Felicitas Domínguez Aboyte por sus valiosas aportaciones.

DEDICATORIAS

A Eduardo mi esposo; por tu apoyo y comprensión.

A Claudio mi hijo, por el interés y tenacidad que le dedicas constantemente al estudio. Estoy orgullosa de tí.

A Marianita, mi hermosa hija.

A mi padre, quien no tuvo la oportunidad de compartir conmigo éste logro.

A Paty, mi terapeuta por ayudar a reconocermme como un ser valioso.

INDICE

INTRODUCCION

- I Concepto de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.**

- II Aspectos médicos y psicológicos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.**
 - II.1 Aspectos Médicos.**
 - II.1.1 Etiología.**
 - II.1.2 Factores Prenatales.**
 - II.1.3 Factores Perinatales.**
 - II.1.4 Factores Postnatales.**

 - II.2 Aspectos Psicológicos.**
 - II.2.1 Síntomas Primarios.**
 - Inatención**
 - Hiperactividad**
 - Disociación**
 - Inversión del campo**
 - Perseverancia**
 - Trastornos formales del pensamiento**
 - Desarrollo motor**
 - Baja tolerancia a la frustración**
 - Memoria**

 - II.2.2 Síntomas Secundarios y Trastornos Asociados.**

-Concepto del yo y pobreza de la imagen corporal

-Agresividad

-El robo

-Destructividad

-Desobediencia patológica

-Disminución en la capacidad para experimentar placer y dolor.

III. Diagnóstico y Pronóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

III.1 Diagnóstico

III.1.1 Desatención

III.1.2 Hiperactividad

III.1.3 Impulsividad

III.1.4 Instrumentos de observación y pruebas neurológicas.

III.1.5 Pruebas psicológicas.

III.2 Pronóstico.

IV Propuesta de Intervención del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

-METODOLOGIA.

IV.1 Apoyo a profesores

IV.2 Apoyo a padres de familia

V Conclusiones.

VI Glosario

VII Anexos

VIII Bibliografía.

INTRODUCCION

En los diversos centros de trabajo donde se tuvo la oportunidad de laborar se observaron casos sorprendentemente idénticos y repetibles de niños "diferentes" que tenían dificultad para adquirir el aprendizaje formal, para relacionarse y adaptarse adecuadamente al medio. Ante la enorme frecuencia con que se presentaban dichos casos, aumentó el interés por conocer la etiopatogenia y tratamiento de dicho trastorno, pues los maestros de grupo de nivel regular se enfrentaban a niños aparentemente "normales", pero con problemas importantes de conducta y aprendizaje. De médicos, neurólogos, psiquiatras, psicólogos y maestros; es bien conocida dicha problemática, sin embargo; es preocupante observar como dicho trastorno es una de las patologías menos entendidas, por lo tanto, en su diagnóstico y tratamiento se comete un gran número de errores.

Se tuvo la oportunidad de trabajar en la Clínica de Investigaciones de los Problemas de Aprendizaje, A.C.; durante más de 5 años se realizaron evaluaciones, diagnósticos, tratamientos y seguimiento de casos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad; que no podían atender en las escuelas particulares y oficiales. Además de una exhaustiva valoración integral: psicológica, neurológica y pedagógica, se evaluó a los

padres y maestros con diversas escalas de actividad para tener una apreciación integral de ésta problemática infantil.

Partiendo de la experiencia laboral, se observó que frecuentemente los padres creen que el Déficit de Atención con Hiperactividad no requiere de tratamiento especializado y el niño es catalogado por el maestro y el tutor como niño "berrinchudo", "flojo", "travieso", "malo", etc., y se le niega todo acceso a una ayuda profesional. Otro problema real que se presenta es el manejo de fármacos, sobre todo anticonvulsivantes, que tienen utilidad en otras patologías, pero en relación al Déficit de Atención con Hiperactividad, sus efectos son dudosos y nocivos. Es importante aclarar que los padres de familia se resisten a que su hijo esté bajo tratamiento farmacológico pues creen que los efectos colaterales del medicamento es reflejo de daño en su organismo.

Maestros y padres de familia exigen a los niños habilidades con las que tal vez no cuentan en su estructura cognoscitiva. Dichos adultos parten de la idea que el niño es flojo y utilizan métodos hostiles e inadecuados como tratamiento; inventando premios y castigos para quitarle su apatía sin detenerse a pensar que el niño vive con una constante ansiedad y angustia que se traduce en un bloqueo emocional severo, pues no ha sido capaz de responder a las demandas que el medio escolar y familiar le exigen, con base a todas éstas situaciones, se consideró necesario desarrollar la

propuesta de un programa para la atención del niño con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, que tuviera los siguientes propósitos:

1.- Desarrollar una propuesta de programa de apoyo que permita formar y orientar a maestros y padres de familia acerca del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

2.- Proporcionar al padre de familia y profesor de grupo de educación regular, información acerca de la etiología, características, orientación general en torno al tratamiento farmacológico cuando se haga necesario hacer uso de él y algunas estrategias de evaluación que son utilizadas por el psicopedagogo para detectar el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

3.- Dar elementos a los padres de familia y maestro para que puedan en la medida de lo posible, detectar el trastorno y así coadyuvar a que el niño reciba un tratamiento oportuno.

4.- Apoyar al profesor de educación primaria y padres de familia para que conozcan los déficits a los que se enfrenta el niño y puedan brindar un manejo adecuado y buscar el apoyo necesario para proporcionar un tratamiento integral.

JUSTIFICACION.

Debido a que el Déficit de Atención con Hiperactividad es un verdadero trastorno que dificulta el desarrollo social y cognitivo del niño que lo padece; así como a la falta de información y formación por parte del maestro que es quien lo detecta, surge la necesidad de elaborar un programa que facilite, oriente, aclare y atienda dicha problemática, pues aún cuando en las escuelas primarias existe el apoyo de educación especial (CENTRO DE ATENCION MÚLTIPLE; CAM Y LAS UNIDADES DE SERVICIOS DE APOYO A LA EDUCACION REGULAR; USAER), los especialistas que en ellos laboran, no cuentan con la formación y orientación adecuada para hacer un buen manejo del trastorno. Es importante brindar apoyo a los padres de familia y maestros para evitar el constante rechazo social al que se enfrenta el niño con Déficit de Atención con Hiperactividad; pues para él significa un verdadero impedimento para desarrollar su potencial natural.

Los autores que han centrado su atención en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, no han realizado una guía práctica que sirva a padres y maestros como instrumento de apoyo para adquirir conocimientos básicos acerca del síndrome que nos ocupa, pues un documento de ésta naturaleza tendría la ventaja de informar y formar a padres de familia y maestros de educación básica para poder detectar en la medida de sus

posibilidades el trastorno y brindar la ayuda necesaria para su tratamiento oportuno.

La estructura del presente trabajo es la siguiente: en el Capítulo I se analizan las diferentes definiciones que en la literatura actual manejan del término Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad; el Capítulo II refiere los aspectos médicos y psicológicos que involucran al trastorno, así como su etiología y síntomas que lo caracterizan. En lo que respecta al Capítulo III se aborda desde una perspectiva psicopedagógica el diagnóstico y pronóstico, y finalmente en el Capítulo IV se expone de manera sencilla un programa de intervención dirigido a maestros y padres de familia que fungirá como apoyo para el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

I. CONCEPTO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH).

El término Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), se ha venido explicando como una expresión general que abarca diversos trastornos que inciden directamente en el proceso de enseñanza aprendizaje, así como en la esfera socioemocional del niño.

El Comité Joseph Wepman de la Universidad de Chicago, habla de una "incapacidad de aprendizaje específica " Cruickshank (1994). Se trata pues de niños o jóvenes de cualquier edad que manifiestan una deficiencia sustancial en un aspecto determinado de su logro académico, debido a problemas perceptuales o perceptuales motores. El término perceptual, tal como aquí se usa, se refiere a aquellos procesos mentales (neurológicos) que le permiten al niño adquirir alfabetos básicos de sonidos y formas. Tal impedimento perceptual significa falta de capacidad en las áreas de la memoria a largo y corto plazo y de percepción visual y auditiva que nos permiten reconocer diferencias sutiles entre aspectos auditivos y visuales identificadores, que sirven de base a los sonidos empleados en el habla y a las formas ortográficas de la lectura, en retener y recordar esos sonidos y esas formas distintivas en la memoria, por periodos largos y cortos, en ordenar consecutivamente esos sonidos y esas formas tanto en los actos sensoriales como en los motores (Wepman,1968) , en distinguir las relaciones entre figura y fondo (Frostig y cols, 1961) ,en reconocer las

orientaciones espaciales y temporales; en lograr el cierre (Kirk y Bateman, 1962) en integrar la información proveniente de los distintos sentidos (Birch y Lefford, 1964) en relacionar lo percibido con funciones motoras específicas (Kephart, 1963). Citados en Cruickshank (1994).

Velasco (1995) define al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad al cual también ha denominado "hiperquinesia", como el más aparente de los trastornos de la conducta. No se trata de una inquietud más o menos reconocible, sino de un verdadero estado de movilidad casi permanente que los padres reportan como algo que el niño manifiesta desde muy pequeño. En el medio escolar éstos niños se levantan de su asiento, toman objetos de sus compañeros, hablan constantemente y aún pueden gritar en los momentos más inadecuados, dando la impresión de que sus actos no sirven a otros propósitos que no sean los de expresar un estímulo interior incontrolable; en efecto, parece que la disfunción misma favorece una forma de excesiva actividad sensorial, la cual obliga al niño a estar permanentemente hiperestimulado, tanto del exterior, como desde su propio medio interno.

Por su parte, Uriarte (1989), define al TDAH cuando el niño no se mueve más, sino parece que así lo hace, pues en el contexto en el que necesita permanecer tranquilo no puede lograrlo; por ejemplo, dos niños pueden tener el mismo nivel de actividad, de manera que uno de ellos juega y explora su cuerpo, mientras que el otro tiene movimientos estereotipados y repetitivos, por lo cual interrumpe las actividades de los demás. Si se

midiera la cantidad de movimiento por medio de aparatos aplicados en las articulaciones, resultaría bastante similar en ambos, pero, a primera vista, el segundo niño parece más intranquilo. De éste modo la segunda conducta, por ser inapropiada y no tener una meta específica, resulta condenable tanto para los padres como para los maestros, por lo cual también se llama conducta disruptiva. Desde luego para darle la categoría clínica no basta con la mera intranquilidad, sino además se requiere que tenga otros síntomas, como breve periodo de atención, impulsividad, etc. Sin embargo, el síntoma principal, o por lo menos el más evidente es la intranquilidad que se presenta cuando los demás niños guardan compostura.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV (1995), la característica esencial del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Las deficiencias de la atención pueden manifestarse en situaciones académicas, laborales o sociales. Los sujetos que padecen éste trastorno pueden no prestar atención suficiente a los detalles o cometer errores por descuido en las tareas escolares o en otros trabajos. El trabajo suele ser sucio y descuidado y realizado sin reflexión. Los sujetos suelen experimentar dificultades para mantener la atención en actividades laborales o lúdicas, resultándoles difícil persistir en una tarea hasta finalizarla. A menudo parecen tener la mente

en otro lugar, como si no escucharan o no oyeran lo que se les está diciendo. Pueden proceder a cambios frecuentes de una actividad no finalizada a otra. Es decir, los sujetos diagnosticados con éste trastorno pueden iniciar una tarea, pasar a una segunda; e incluso dedicarse a una tercera, sin llegar a completar ninguna de ellas. A menudo no siguen instrucciones ni órdenes, y no llegan a completar tareas escolares, encargos u otros deberes.

Valett (1998) Define al Síndrome Hiperactivo o Hiperquinesia como un sinónimo del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, manifestando que la hiperactividad es un término que describe un conjunto de trastornos conductuales y emocionales tales como el movimiento corporal excesivo, la impulsividad, la atención dispersa, la labilidad afectiva, la perseveración, dificultades para resolver problemas aritméticos, lectura pobre, memoria escasa y baja autoestima.

Por su parte, Serrano (2000) Refiere que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad al cual ha denominado como trastorno de la atención con hiperactividad (THA), es un problema vinculado al comportamiento, que caracteriza a los niños como impulsivos, muy activos o inquietos y con muy poca o nula capacidad para mantener la atención a lo que se conoce también como atención dispersa.

La Fundación para la Asistencia e Investigación Psicopedagógica (2001); manifiesta que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad al cual también ha llamado Déficit Atencional (D.A.), es una dificultad escondida. No tiene marca física que lo registre. Las características salientes del D.A., son: fácil distractibilidad, baja tolerancia a la frustración, sensación de aburrimiento, incapacidad de controlar la propia conducta. Esta conducta es más visible en la escuela debido a que las normas son más rígidas, pero si se investiga en la historia de la primera infancia en éstos chicos aparecerán los problemas de alimentación, cumplimiento de rutinas, sueño, hábitos, etc. Se definirá, entonces, el D.A., como la finalidad de focalizar y mantener la atención, que de acuerdo con la edad y madurez de un individuo, se considera apropiada.

Los síntomas más notables del D.A. son:

- a. Desatención: La incapacidad de regular la atención o concentración durante el desarrollo de una tarea.
- b. Impulsividad: La incapacidad de esperar y planificar respuestas o acciones.
- c. Hiperactividad: La incapacidad de quedarse quieto, necesita estar en constante movimiento.

Existen dos tipos de D.A.:

- a.- Con hiperactividad: Se caracteriza por desatención, distracción, desorganización, necesidad de mucha supervisión, dificultad en permanecer

sentado, golpeteo de dedos, moverse en el asiento, hacer ruidos con la boca, etc.

b.- Sin hiperactividad: Se caracteriza por desatención, distracción, desorganización, necesidad de supervisión, parecen no escuchar, están aislados, en ensoñación, como letárgicos.

Por su parte; García (2000) reporta que el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, es el término que se utiliza en la actualidad para describir un trastorno del comportamiento que presentan tanto niños como adultos, con manifestaciones diferentes según la edad y la educación recibida. Este trastorno implica, primordialmente, una dificultad, generalizada en el espacio y en el tiempo (ocurre en cualquier lugar y todos los días), para mantener y regular la atención, y una actividad motora excesiva (hiperactividad). Secundariamente, se manifiesta en forma de un notable déficit de reflexividad: actúa con impulsividad o con escasa reflexión.

Prandi (2000). Refiere que el Trastorno por Déficit de Atención, con o sin Hiperactividad es un problema de origen neurobiológico que se caracteriza por déficit de atención, impulsividad y/o hiperactividad excesiva.

El Manual DSM IV (1995) define la problemática como Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, término que actualmente se ha estado

utilizando, sin embargo, cabe destacar que en el campo laboral se emplean las siguientes expresiones como sinónimos: "Retraso Global en el Desarrollo", "Problemas de Aprendizaje", "Lento Aprendizaje", "Niño Hiperactivo", o "Problemas de Conducta"; Por lo tanto, para aclarar y unificar la acepción más adecuada es necesario el partir de la entidad real y no ficticia del trastorno, que permita el reconocer las principales características del mismo, tales como:

- a) Prevalece un grado significativo de actividad motora, aunque éste aspecto no sea el más importante que caracteriza al trastorno (puede o no haberlo).
- b) Un grado disperso de atención.
- c) Incapacidad para el aprendizaje.
- d) Problemas en la percepción visual y auditiva, y
- e) Deterioro en el desarrollo general del niño.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Se puede deducir, como conclusión que el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), es una entidad que abarca diferentes problemas; el sujeto que lo padece presenta déficits y fallas que no le permiten el desarrollo óptimo de su potencial natural. Por lo que respecta al área socioemocional; proyecta desviaciones conductuales severas, tanto para él como para su familia y su grupo escolar.

Resulta de gran importancia señalar que el síntoma más significativo que caracteriza al trastorno, es el déficit de atención con o sin hiperactividad y

se manifiesta tanto en el hogar como en el medio social y escolar. En la estructuración del presente programa de intervención para el niño hiperquinético, nos referiremos a dicha problemática como Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad; el cual es necesario analizar en sus aspectos fisiológicos psicológicos y sus repercusiones a nivel educativo; de tal manera que nos permita incidir en su tratamiento de una forma más adecuada.

II ASPECTOS MEDICOS Y PSICOLÓGICOS DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD.

II.1 Aspectos Médicos Etiológicos.

La hiperquinesia tiene etiologías diferentes, por lo cual diversos autores han convenido en atribuirle causas orgánicas e inorgánicas:

Según Ruiz (1995) en su separata de hiperquinesia, cita a Velasco (1995), quien asegura que el síndrome de disfunción cerebral mínima o trastorno por déficit de atención con hiperactividad existe, aunque no se esté en posición de afirmar que se conozca suficientemente y de manera segura su etiopatogenia. Así pues, en el intento de esclarecer hasta donde sea posible, el significado de la disfunción cerebral y de sus manifestaciones clínicas, se parte de la aceptación de un marco conceptual que se estructura con los siguientes elementos:

- a)** Se puede identificar un conjunto de síntomas y signos relacionados con lo que se conoce como "síndrome de disfunción cerebral mínima", tal vez subclasificable en tipos que reflejan la influencia de diversos factores secundarios.
- b)** Este síndrome, como cualquier otro del campo de la patología, es multifactorial y existe en grados.
- c)** Se trata de una condición diagnosticable, en la cual, por la evidencia obtenida hasta ahora, los factores orgánicos parecen ser esenciales, sin que los factores ambientales y sociales dejen de ejercer una influencia importante al interactuar con aquéllos.

d). Como consecuencia de lo anterior, el síndrome se caracteriza porque el niño afectado manifiesta, necesariamente, alteraciones de la conducta, de la subjetividad, del organismo y sus funciones.

A continuación se mencionarán los factores etiológicos haciendo énfasis en que la herencia y la lesión cerebral son las causas predominantes y se pueden presentar antes, durante o después del nacimiento. Velasco, menciona que "la disfunción cerebral en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad puede producirse a partir de acontecimientos que ocurren en diferentes momentos, desde el inicio de la gestación hasta varios años después del nacimiento. Las causas más frecuentes según el momento en que actúan, pueden dividirse en: las que afectan al producto mientras permanece en el útero (periodo prenatal); las que lo hacen durante el parto (periodo perinatal); y las que afectan al niño después del nacimiento, principalmente durante los primeros meses de la vida (periodo posnatal). En términos generales se acepta que las causas del segundo grupo son las más importantes y frecuentes (70 a 80% de los casos) en tanto que las prenatales se presentan en 10 a 15% y las restantes actúan ya durante la vida extrauterina"

II.1.1 Factores Prenatales

Los factores prenatales que con mayor frecuencia producen cambios estructurales responsables de la disfunción o el trastorno son los siguientes:

1. Padecimientos infecciosos de la madre, principalmente rubeóla y toxoplasmosis. La administración de medicamentos durante el primer trimestre de gestación fundamentalmente, antibióticos y anticonvulsivantes: desafortunadamente el estado gravídico no siempre es fácil de determinar, sobre todo durante las primeras semanas de gestación donde generalmente se prescribe la administración de medicamentos (con excepción de vitaminas y otros compuestos teratogénicos: sustancias y agentes físicos que pueden producir malformaciones congénitas; sobre todo durante las primeras semanas de gestación, de ahí que se preescriban sustancias sin tener seguridad del estado gravídico de la paciente. Así pues, la administración de fármacos posiblemente teratogénicos (como antibióticos y anticonvulsivantes, etc.) durante la gestación, aumenta un poco el riesgo de TDAH; sin embargo, las madres que durante el primer trimestre del embarazo tomaron éstas sustancias, tienen en mayor proporción hijos con un deficiente desarrollo psicomotor global. Uriarte (1989).
2. Complicaciones relevantes como sangrados vaginales, traumatismos, o también inmadurez del aparato reproductor (madre adolescente) o bien, productos de mujeres gestantes después de los 35 años. Aunque éstos son considerados factores de riesgo, los estudios estadísticos demuestran que no son determinantes; Uriarte (1989).

3. Anoxia del producto in útero, producida generalmente por alguna de las siguientes situaciones: aspiración de monóxido de carbono por parte de la madre, anemia grave, hipotensión severa, infartos placentarios, etc.
4. Hemorragia cerebral en el producto (generalmente microhemorragias) producidas por toxemia del embarazo o de otro origen, por trauma directo, etc.
5. Exposición excesiva a los rayos x.
6. Disturbios metabólicos, especialmente la Diabetes Mellitus.
7. Factor Rh, causa de Kernicterus.

II.1.2 Factores perinatales.

Entre los factores perinatales que actúan durante el parto:

1. Anoxia neonatorum, Velasco (1995) producida generalmente en las siguientes situaciones: dificultad para iniciar y mantener la respiración después del nacimiento, temblor, asimetría en la motilidad, postura y respuesta, hipotonía e hipertermia, atelectasias, mal uso de sedantes y anestésicos administrados a la madre. La duración del embarazo tiene que ver directamente con la maduración del producto, ya que al ser prematuro, implica complicaciones en la gestación como desprendimiento de la placenta y por ello falta de la oxigenación. Uriarte (1989) "señala que la hipoxia durante el parto es la complicación más común del daño cerebral en el recién nacido ya que ante la falta de oxigenación cerebral, se presenta muerte de la población neuronal hasta un 30% siendo las

alteraciones clínicas muy evidentes. El que el niño al nacer presente hipoxia puede que en un 26% haya riesgo de hiperquinesia aunque las manifestaciones abarcan diversos aspectos del desarrollo pero no de una forma severa. El sufrimiento fetal provocado por un parto prolongado más allá de doce horas, facilita complicaciones tales como la hipoxia; otra causa de éste sufrimiento podría ser que el producto fuera el primer parto de la mujer, teniendo que pasar el producto a través de paredes vaginales no flexibles, las cuales ofrecen mayor resistencia de dicho paso”.

2.- Las distocias capaces de producir sufrimiento fetal: aplicación deficiente de fórceps, maniobra de extracción, expulsión demasiado rápida, parto prolongado, cesárea, inducción con ocitócicos, etc.

II.1.3 Factores postnatales

Entre las causas postnatales, se consideran como más frecuentes las siguientes:

1.- Enfermedades infecciosas durante los primeros meses, especialmente la tosferina, el sarampión, la escarlatina, las neumonías, la encefalitis viral, y la meningoencefalitis. Una infección viral no muy común, la cual puede dar un ejemplo claro de las manifestaciones conductuales que se presentan cuando éstos microorganismos lesionan el cerebro, es la panencefalitis esclerosante subaguda, enfermedad que aparece después de varios años de una infección de sarampión y se manifiesta al inicio con trastornos de atención, labilidad emocional, problemas de aprendizaje e hiperactividad

Uriarte (1989). Desafortunadamente, tales síntomas típicos de hiperquinesia no permanecen estables en dicha patología, sino que progresarán eventualmente hasta la muerte; sin embargo, existen otros tipos de encefalitis viral que no progresan y solo dejan como secuela el síndrome hiperquinético. Si se tienen en cuenta las condiciones higiénicas que imperan en México, particularmente en los alimentos, no extraña la alta frecuencia de afecciones cerebrales, por esta causa, además de las manifestaciones clínicas como las epilepsias y diversas disfunciones cerebrales (entre las cuales se incluye la hiperquinesia), padecimientos poco frecuentes en los países desarrollados (como la cisticercosis y la amibiasis cerebral). Así pues, el periodo de alto riesgo para sufrir una alteración del sistema nervioso central es, sin duda, el de la gestación pues en ese momento todas las estructuras crecerán rápidamente, con tal proporción que no tendrán comparación en el resto de la vida humana.

2.- Traumatismos craneanos, son la causa más frecuente de lesión cerebral que causa desde la muerte hasta alteraciones neuropsiquiátricas residuales como consecuencia del traumatismo. Y dichas alteraciones, no solamente contienen un compromiso neurológico sino conductual, como la impulsividad y trastorno de la atención.

3.- Secuelas debidas a incompatibilidad del Factor Rh.

4.- Neoplasias cerebrales.

5.- Anoxias accidentales pasajeras.

Atendiendo al factor hereditario, pudiera mencionarse o correlacionarse las patologías neuropsiquiátricas como factor de riesgo. El alcoholismo, el trastorno de la atención de tipo residual, las conductas antisociales, los problemas en el proceso de aprendizaje, afectivos y motores son algunas de las alteraciones que podrían transmitirse, Uriarte (1989).

El síndrome de disfunción cerebral o déficit de atención con hiperactividad representa una entidad real. Aunque la etiopatogenia no es bien conocida, los hechos apuntan hacia la existencia de trastornos funcionales del cerebro, independientemente de que su comprobación o negación no invaliden la realidad del cuadro sintomatológico. Pero ¿cuáles son esos datos que desde un enfoque clínico se hace presumir que los factores responsables son principalmente orgánicos?:

- 1.** Los antecedentes del trastorno, que sitúan los primeros síntomas muy temprano en la vida del niño.
- 2.** La cualidad de los síntomas, particularmente las manifestaciones que provocan las dificultades de aprendizaje. La inatención, los problemas visomotores, las dificultades evidentes que el niño afectado tiene para organizar los preceptos, se explican mejor por una disfunción de ciertas áreas del cerebro.
- 3.** La naturaleza del déficit de atención o hiperquinesia, diferenciable clínicamente de otras formas de hiperactividad en que los factores emocionales son predominantes.

4. La incidencia de numerosos signos neurológicos, coincidente con severos trastornos de conducta.
5. La frecuencia de anomalías electroencefalográficas, significativamente mayor que la que ocurre en otros trastornos de la conducta infantil.
6. El efecto terapéutico producido por los psicoestimulantes distinto a las respuestas que se obtienen en otros cuadros clínicos o en niños normales.

Tales son las causas que hasta ahora se han identificado como responsables de los cambios estructurales, no siempre macroscópicos, pues los hay a niveles bioquímicos, que a su vez son los principales antecedentes causales del síndrome.

A la luz de los conocimientos actuales deben existir ya muy pocas dudas acerca de que la disfunción cerebral, con o sin lesión demostrable, es el antecedente de las manifestaciones del síndrome hiperquinético. Pero éstas no son, invariablemente, el resultado obligado de la disfunción. La secuela conductual es muy diversa, y puede ir desde una aparente ausencia de disturbios en el comportamiento, hasta la más seria desorganización en el funcionamiento social, perceptual y cognoscitivo. Por tanto, no existen relaciones causa efecto simples y directas. Recordemos que lo que se ha alterado es el funcionamiento del órgano más complejo de la economía humana, el cerebro cuyos mecanismos de acción no son del todo conocidos.

El modelo médico afirma que la etiología del trastorno se explica a través de distintos factores que son causales de una alteración biológica y que pueden desencadenarse en distintos momentos de la vida del sujeto que lo padece.

Velasco (1995) afirma que "la perspectiva médica presupone que la perturbación que crea el trastorno proviene de una fuente interna específica y que algo definido en el interior del niño, lo hace actuar de esa manera".

Sin embargo; todo planteamiento en términos de organicidad, como explicación única de la etiología de éste cuadro debe rechazarse por incompleto e inoperante porque los estímulos que pueden dañar el organismo, al grado de producir un estado patológico; son de naturaleza física, psicológica y social. Y es que la capacidad adaptativa del niño está condicionada por sus propias características innatas y por las reacciones de las personas que influyen en su desarrollo y por sus experiencias vitales.

A continuación se expondrá de manera clara, la cuestión referente al factor psíquico que se asocia principalmente a los aspectos emocionales y de aprendizaje del TDAH.

II.1 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD.

A continuación se mencionarán los problemas psicológicos más importantes que sufre el niño con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Cabe aclarar que la problemática que en ésta tesis se aborda, Cruickshank (1994); "la incluye como un aspecto de otra más general a la cual denomina: incapacidad de aprendizaje y los niños que presentan tal característica son aquellos que: a) tienen un diagnóstico definitivo de que sufren un daño neurológico específico o difuso, y que a la vez están caracterizados por una serie de problemas psicológicos de importancia; b) no tienen un diagnóstico positivo de daño neurológico (aunque los neurólogos sospechen que exista), pero sus características psicológicas y conductuales son idénticas a la de los niños con un diagnóstico definitivo, y c) algunos niños situados en grupos clínicos específicos - como son parálisis cerebral, epilepsia, afasia, retraso mental, privación cultural, alteración emocional, etc.- que muestran las características psicológicas comunes del daño cerebral y cuando se sabe definitivamente o se sospecha lógicamente que está presente un déficit neurológico. Además la cuestión de la inteligencia carece de importancia cuando se describen los perímetros del problema. Así pues, dichos niños pueden tener cualquier nivel intelectual. En lo que toca al C.I. hay niños con incapacidad de aprendizaje, muy dotados, otros intelectualmente normales y otros de lento aprendizaje y mentalmente retrasados. El

problema se complica porque el niño siempre está bajo una barrera emocional que muy a menudo lleva a un diagnóstico inicial de alteración emocional y no de lo que realmente es. El tema es realmente complejo y tiene muchas ramificaciones: físicas, intelectuales y emocionales”.

Desde una perspectiva psicológica “la causa de la génesis del TDAH, la explica a través de la incidencia de factores psicosociales que ocurren dentro de la familia siendo sin duda los más importantes. Muchos trastornos se dan en familias, pero no por razones genéticas sino ambientales. Los niños con TDAH frecuentemente tienen un progenitor con problemas psicológicos serios o proceden de familias desorganizadas y generadoras de ambientes disfuncionales Saucedá (2001).

Es el medio ambiente refiere Oaklander, (1992) el que perturba al niño. El niño es provocado por el ambiente más que por dificultades internas (a diferencia de la perspectiva médica) De lo que él carece internamente es de la capacidad para enfrentarse a un medio que lo enfurece y atemoriza. No sabe como manejar los sentimientos generados en su interior, por éste medio hostil. Y así cuando de algún modo ataca, lo hace porque no sabe que otra cosa hacer. De hecho a menudo el ambiente provoca las conductas antisociales por parte del niño. Generalmente, el niño ya ha expresado sus necesidades en formas más sutiles, pero por lo general los adultos no le prestan atención hasta que exagera sus comportamientos. Estas conductas percibidas como antisociales por los adultos, son con frecuencia un intento desesperado de restablecer un contacto social. Los

médicos recetan drogas para aquietar al niño hiperactivo. Tales niños se vuelven tan dóciles que parecen pasar por una reversión de personalidad, de agresivos y odiosos a agradables y serenos. Sin embargo, tal como las técnicas de modificación conductual, que solo tratan lo sintomático, el niño así tratado no adquiere fortaleza interior para enfrentar su mundo. Usando las píldoras como una muleta.

A continuación hablaremos de los problemas psicológicos y su sintomatología, la cual para su mayor estudio, podría dividirse de la siguiente manera:

1. Síntomas primarios. Los cuales tienen un sustrato bioquímico y fisiológico.

- Inatención
- Hiperactividad
- Disociación
- Inversión del campo
- Perseverancia
- Trastornos formales del pensamiento
- Capacidad motora y desarrollo motor inadecuado
- Baja tolerancia a la frustración
- Memoria y atención

2. Síntomas secundarios y trastornos asociados: Los que dependen o son el resultado de las alteraciones básicas. Esta sintomatología se modifica lentamente cuando los trastornos primarios se han corregido o están en

vías de hacerlo. Sin embargo no todos los síntomas primarios se modifican y el resto permanece intacto.

- Concepto del yo
- La pobreza de la imagen corporal
- La agresividad
- El robo
- La destructividad
- Desobediencia patológica
- Disminución en la capacidad para experimentar placer y dolor.

II.2.1 Síntomas primarios.

Es necesario para comprender de manera más clara, una explicación exhaustiva de cuales son los síntomas y trastornos asociados que caracterizan al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

INATENCIÓN.

La Clasificación Psiquiátrica DSM IV (1995) refiere que el problema fundamental de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es precisamente, el problema de la atención; es el más duradero, pues puede permanecer toda la vida, en tanto que la hiperactividad generalmente se abate con el advenimiento de la adolescencia. Por su parte, Uriarte, (1989), opina que el trastorno de la atención se caracteriza por una grave incapacidad para concentrarse en tareas de tipo intelectual, ya que en

actividades no estructuradas, éste déficit no se manifiesta de forma importante. El niño se muestra poco hábil para centrar su atención en un solo objeto; por lo tanto, cualquier evento del ambiente, ya sea un ruido, una luz, etc., lo distraen, así que no puede permanecer realizando una sola actividad. Tampoco puede jerarquizar ni organizar los eventos del mundo exterior. Todos los estímulos le son atractivos e igualmente importantes. Un individuo "normal" que lleve a cabo alguna actividad debe "olvidar" al mundo circundante, pues solo en esas condiciones podrá concentrar su atención hacia el objeto de estudio; es imposible que atienda todo lo que acontece a su alrededor. Esta es la incapacidad fundamental de TDAH.

García y Magáz (2000); apuntan que la escasa atención que presentan los niños que sufren del trastorno de atención; no les permite que consigan permanecer concentrados un tiempo similar al que pueden hacerlo otros individuos de la misma edad. Así pues, aunque se les pida concentración en una tarea, y tengan interés por mantenerse atentos, no son capaces de hacerlo.

HIPERACTIVIDAD.

Es la primera y la más importante causa que impide una adecuada adaptación. Dicha hiperactividad adopta dos formas parecidas. La primera de mayor importancia para el logro escolar es la sensorial; la segunda, que a menudo provoca en el hogar y en la escuela problemas de conducta, es la motora.

La hiperactividad sensorial hace que el niño responda a estímulos poco importantes o impertinentes. Tal característica de la conducta puede deberse a una lesión en la corteza cerebral, pero también puede tratarse de un tipo de conducta aprendido, que el niño emplea con la esperanza de encontrar de algún modo o en algún lugar un punto de apoyo que le permita tener relaciones cordiales con los demás. Entre los niños con incapacidades de aprendizaje existen muchísimas diferencias individuales. Algunos solo manifiestan las características de la hiperactividad sensorial los niños son incapaces de refrenarse a los estímulos, tengan o no que ver con la actividad en proceso, al niño le distrae cualquier movimiento, color, sonido, olor o experiencia rara ocurrida en sus inmediaciones, el niño va hacia el estímulo en sí, y literalmente, "olvida" lo que estaba haciendo hasta que se le obliga a regresar a la tarea anterior, éstos estímulos perturbadores atacan cualquier sentido -la vista, el olfato, el oído, el tacto, el gusto- y son internos o externos en el niño. Entre los niños con incapacidades de aprendizaje existen diferencias individuales; algunos manifiestan las características de la hiperactividad sensorial; otros de la hiperactividad sensorial y motora, En la literatura especializada suele darse a la hiperactividad motora el nombre de desinhibición motora, definida como la incapacidad que tiene el niño de refrenar su reacción ante estímulos que producen o incitan una respuesta motora. Por ello, cualquier cosa dentro del campo visual del niño o al alcance de su mano, de modo que lo pueda tocar, empujar, torcer, doblar, arrimar o poner de lado, se

vuelve un estímulo al que deben responder algunos niños con incapacidades de aprendizaje. Tan importante es dicha conducta que se le denomina hiperquinética. Los niños que no pueden controlar su conducta física pronto reciben por parte de las autoridades escolares el calificativo de problemáticos, ya que no es fácil controlar su hiperactividad. Existen miles de grados de hiperactividad. Esos grados distintos de hiperactividad son la esencia del concepto de las diferencias individuales Cruickshank (1994).

La hiperactividad es, en todas sus formas y grados, uno de los mayores problemas para lograr una buena adaptación en el hogar o en la escuela, tal vez se trate de la única característica más limitante de las que se presentan en los niños con incapacidades de aprendizaje. Uriarte, (1989), manifiesta que sin duda alguna la hiperactividad, es el síntoma más notorio; por ello, hasta hace algunos años se reconocía como la característica esencial del síndrome.

El niño se mueve constante e incansablemente, parece albergar demasiada energía, como si tuviera un motor que lo animara a levantarse, correr, trepar y tentar todo lo que esté a su alcance. Esta hipermotricidad es incontrolable y no tiene propósito fijo ni útil. La Clasificación Estadounidense de los Trastornos Mentales DSM IV (1995), proporciona una definición exhaustiva de la hiperquinesia, de éste modo refiere que la hiperactividad puede manifestarse por estar inquieto retorsiéndose en el asiento no permaneciendo sentado cuando se espera que lo haga así, por

un exceso de correr o saltar en situaciones en que resulta inadecuado hacerlo, experimentando dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio, aparentando estar a menudo "en marcha" o hablando excesivamente. La hiperactividad puede variar en función de la edad y el nivel de desarrollo del sujeto; el diagnóstico debe establecerse con cautela en niños pequeños. Los niños pequeños y preescolares con éste trastorno difieren de los niños pequeños normalmente activos por estar constantemente en marcha y tocarlo todo; se precipitan a cualquier sitio, salen de la casa antes de ponerse el abrigo, se suben o saltan sobre un mueble, corren por toda la casa y experimentan dificultades para participar en actividades sedentarias de grupo en las clases preescolares (por ej. para escuchar un cuento).

Los niños en edad escolar despliegan comportamientos similares, pero usualmente con menos frecuencia que los más pequeños. Tienen dificultades para permanecer sentados, se levantan a menudo de su asiento. Trajinan objetos, dan palmadas y mueven los pies o piernas excesivamente.

Hablan en exceso y producen demasiado ruido durante actividades tranquilas. En los adolescentes y adultos, los síntomas de hiperactividad adoptan la forma de sentimientos de inquietud y dificultades para dedicarse a actividades sedentarias tranquilas.

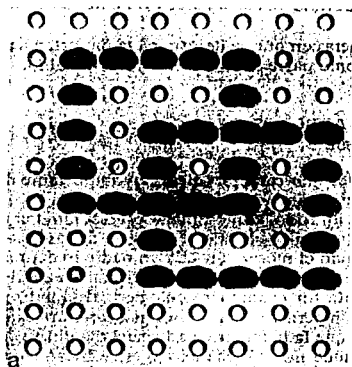
DISOCIACIÓN (el niño ve los árboles, pero nunca el bosque).

Cruickshank, (1994) manifiesta que la disociación es una característica muy importante de los niños con incapacidades de aprendizaje término que utiliza como sinónimo de Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad. La disociación es la incapacidad de ver las cosas como un todo, como un cuerpo o como una gestalt. El niño ve parte de las cosas, pero sin comprender a menudo el mosaico total. Dicha disociación está íntimamente relacionada con una hiperactividad sensorial de naturaleza visual. De hecho, es probable que la hiperactividad visual o auditiva sea causa de la disociación. La disociación está íntimamente relacionada con la incapacidad de obtener el cierre que el niño necesita y requiere.

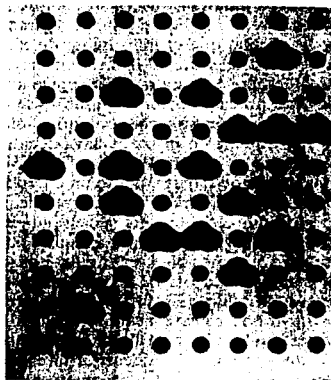
En la fig.1 se ve un tablero de canicas; en el tablero se traza un diseño mediante canicas negras, figura que el niño habrá de reproducir en un segundo tablero que se le da para tal uso. El tablero a primera vista parece de damas chinas, excepto que no tiene colores. El diseño se ve como una entidad total, como una figura, como un cuerpo único. Los niños con incapacidad de aprendizaje no lo perciben visualmente como una gestalt, como un todo único. Cada uno de los agujeros del tablero son un estímulo. Los ángulos que los agujeros crean unos respecto a otros, las sombras y las canicas mismas constituyen otros estímulos. Así los niños con trastorno por déficit de atención a la vez son hiperactivos sensoriales y desinhibidos motores, al realizar el trabajo con el tablero se distraerán incluso metiendo los dedos en los agujeros, al grado de que es necesario recordarles la tarea

por hacer. Algunos niños comienzan bien, pero terminan dando una reproducción casi irreconocible. Los niños normales saben hacer de lado los agujeros del tablero que no necesitan y se dedican a la figura que deben copiar. Tienen la visión de una entidad significativa a la que pueden enfrentarse. El niño con incapacidades de aprendizaje no funciona como el normal debido a que el tremendo número de estímulos existente lo hace reaccionar a las cosas en aislamiento y no las toma como partes de una unidad en sí significativa. Véase figura 1.

FIG 1

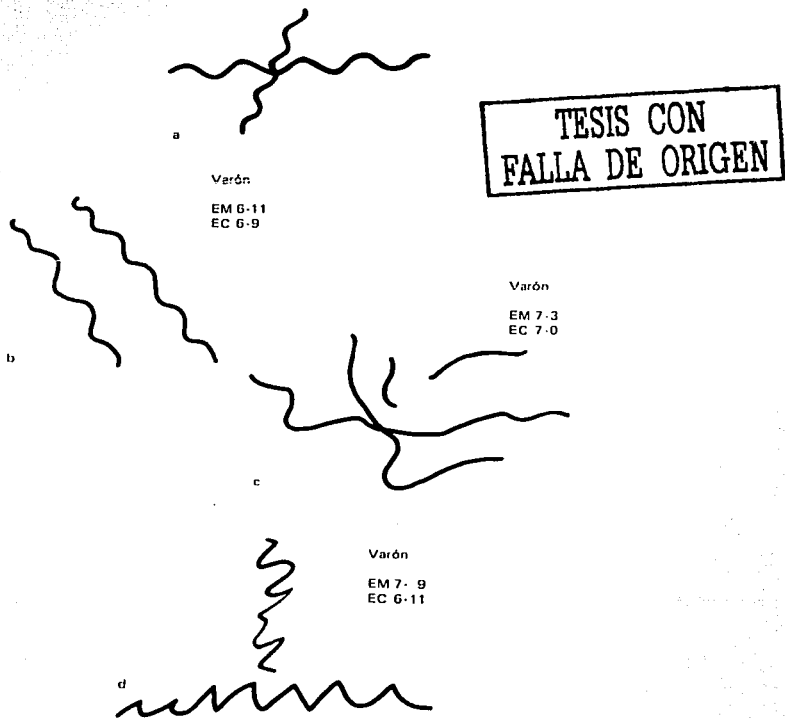


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



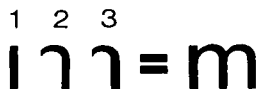
Mediante la prueba Bender-Gestalt se puede observar otra manifestación de la disociación. En la fig. 2 se muestra uno de los nueve diseños que componen la prueba. Se le pide al niño reproduzca en una hoja de papel la figura impresa en una tarjeta. La figura 2 muestra como ejecutaron el trazo tres niños con trastorno por déficit de atención. Tras numerosos intentos, dichos niños resultaron incapaces de reproducir con las manos lo que veían con los ojos. Así pues, la disociación es la incapacidad de conceptualizar las cosas separadas hasta darles una unidad significativa. Véase figura 2.

FIG. 2



Cuando el niño se enfrenta al trabajo de la escuela primaria, por ejemplo la escritura a mano, ¿qué se hace?. Se forma la m uniendo tres líneas distintas y dándoles el orden adecuado. El niño no puede trazar los tres rasgos separados que conforman la letra m, pero esas tres líneas le son necesarias para comprender el proceso, trazarlo en orden y llegar al resultado esperado. La disociación es una gran desventaja cuando el niño está tratando de aprender a escribir, leer y deletrear, pues el mismo principio funciona cuando trata de conceptualizar una palabra con base en un conjunto mayor como es la línea impresa (véase fig. 3)

FIG. 3



Velasco (1995), señala que la disociación afecta al niño en su rendimiento escolar pues no logra integrar los detalles de un percepto en una totalidad o figura acabada (gestalt); invierte las formas, las fragmenta y las mutila. Aparece así su incapacidad de conceptualizar cosas separadas en una unidad significativa, dificultad que posteriormente se traduce en problemas

con la escritura (disgrafía), la lectura (dislexia), y el deletreo de palabras.

Véase figura 4

Fig. 4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Érase una vez un hombrecito vestido de gris.

Erase una ves un hombre sito vest
de gris

Erase una ves un hom broto
ves gris de gris.

Erase una ves un hombreste
ves gris. Erase un vestido ves gris.

Uriarte (1989), refiere el mismo punto como inmadurez perceptual y generalmente está relacionada con la capacidad de ejecución; es decir, que gran parte de las dificultades académicas que los niños enfrentan en la escuela, se debe a las diferentes alteraciones que presentan en el área visomotora defecto que, entre otros, impide la fiel reproducción manual de las figuras vistas ya que el mecanismo neurológico implicado en la percepción-ejecución se encuentra afectado. Esta imperfección se expresa espontáneamente en el salón de clases en la llamada disgrafía, alteración que descubre al niño cuando escribe tanto las letras como los números

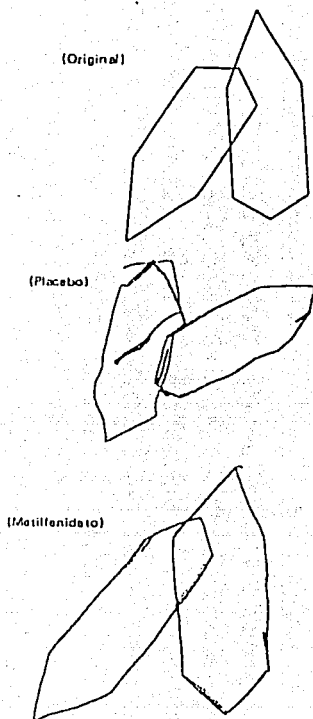
indistintamente a la izquierda o a la derecha, sin percatarse de que todos tienen una disposición bien determinada. Un ejemplo típico es el número 3 o las letras p,q,d y b, signos que son invertidos (3 por E, p por q y b por d) de manera que al niño le da enteramente lo mismo poner una letra con orientación a la izquierda que hacia la derecha. La alteración abarca muchos otros renglones, los cuales se descubre cuando se realiza una exploración psicopedagógica adecuada. Existen pruebas que permiten reconocer con precisión el conjunto de áreas implicadas, como la prueba de la Dra. L. Bender. Con éste procedimiento se pueden reconocer las siguientes características en los niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

- a) Rotaciones
- b) Fragmentación y desintegración
- c) Distorsión
- d) Desproporción
- e) Sustitución de líneas por puntos.
- f). Sustitución de círculos por puntos
- g) Perseveración
- h) Sustitución de curvas por ángulos

La figura 5, corresponde a la tarjeta número 7 de la prueba Bender cuando el niño (de 9 años y 3 meses) la ejecuta bajo placebo, puede verse la grave dificultad para copiarla, pues se encuentra rotada y el manejo de los

ángulos es inadecuado. Al administrarse el metilfenidato, la ejecución mejora notablemente. Véase figura 5.

FIG. 5

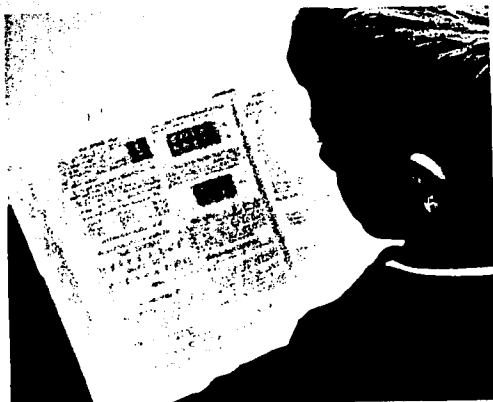


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INVERSION DEL CAMPO

Otra característica de los niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad muy importante es la falta de habilidad que muestran para aprender con facilidad es lo que se llama inversión de figura y fondo Cruickshank (1971). El niño con TDAH carece de la habilidad de diferenciar la figura (en el caso de la lectura, la primera palabra de la línea), del fondo (el resto de las palabras de la página). El maestro le pide que comience a leer en tal o cual lugar de la página. Sabe que el niño conoce la palabra o las palabras. Sin embargo, en este caso caracteriza al niño en cuestión una inversión del campo, situación en la cual los estímulos del fondo predominan sobre el estímulo del primer plano. Se trata de una situación confusa tanto para el maestro como para el niño, pues aquel sabe que el segundo ha respondido a menudo correctamente en un ejercicio de palabras sueltas, cosa que evidentemente no logra en ese momento. Véase figura 6.

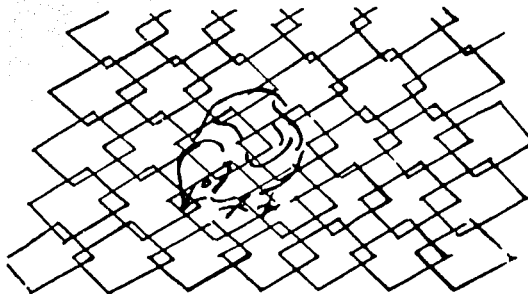
Fig. 6



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Velasco (1995), señala que los trastornos o desórdenes del proceso cognoscitivo que afectan el rendimiento del niño en el área de aprendizaje es la inversión del campo visual. El niño no puede destacar la figura del fondo en que ésta se encuentra y con frecuencia el fondo adquiere mayor relevancia. A esto se le denomina inversión de fondo y figura. Las consecuencias que esto implica en el aprendizaje son importantes, sobre todo si se tiene en cuenta que una inversión semejante ocurre con los demás sentidos (oído, tacto, etc.) Los estímulos que provienen de todo el campo sensorial tienen aproximadamente el mismo valor, lo cual impide que la atención se fije discriminadamente sobre lo que en un momento dado constituye la figura central cuando ésta debe destacarse del fondo. Véase figura 7.

Fig. 7



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PERSEVERANCIA.

La cuarta característica que afecta al proceso de aprendizaje de los niños con TDAH es la perseverancia. Se la encuentra en muchos grupos clínicos diferentes y es típica de muchos niños, aparte de aquellos con incapacidad de aprendizaje. Cabe definir la perseverancia como la incapacidad que muestra un individuo para pasar sin dificultades de una actividad mental a otra. Una aparente inercia del organismo le impide al individuo pasar con rapidez de una idea a otra, de un conjunto de actividades mentales a otro. En los niños con trastorno, además parece consistir en el efecto prolongado de un estímulo sobre las actividades posteriores a que el niño se dedique. Se ignora porque la perseverancia afecta a un niño sí y a otro no. Cuando se presenta la perseverancia, es muy difícil que el niño la interrumpa espontáneamente o que lo haga el maestro desde fuera. En ocasiones el propio adulto ha experimentado la perseverancia, por ejemplo: la experiencia de darnos cuenta que hemos estado tarareando una tonadilla por cierto tiempo repitiéndola una y otra vez. Nos proponemos mentalmente no repetirla, pero lo estamos haciendo al instante. Esta variedad de perseverancia es inocua. Pero algunos niños con TDAH la experimentan una y otra vez a lo largo de su día escolar y termina por ejercer una influencia dañina sobre el aprendizaje. Por ejemplo en la escritura, el maestro le ha pedido al niño que haga un ejercicio y que practique el trazar ciertas letras. En éste caso, que escriba una línea donde

se alternen la M y la P. Pero al cabo de un momento, el niño ha trazado una línea ininterrumpida de EMES.

El niño comprendió la tarea, pero se vió tan obsesionado por el estímulo M, que fue incapaz de pasar de un concepto a otro y producir una M, seguida por una P, seguida por una M, etc.

Aparte de la escritura, la perseverancia se manifiesta en otros modos de expresión. El niño con frecuencia repite una frase o una oración, una y otra vez. La perseverancia se manifiesta en numerosas formas más. A veces un niño continúa coloreando mucho después de haberse llenado el dibujo; o sigue botando una pelota muchos minutos después de ya ser innecesario; en ocasiones, un niño de éste tipo encuentra difícil dejar de reír cuando ha comenzado, si juega con bloques, en lugar de erigir una casa o un edificio, forma una larga cadena continua con ellos. Si se pone a sacarle punta a un lápiz, termina con él en lugar de suspender la actividad cuando ya tiene punta. "En ocasiones, algunos actos, repetitivos del niño que sufre trastorno por déficit de atención con hiperactividad, obedecen a una perseveración más que a rasgos obsesi-compulsivos, por ejemplo, un niño repetía en varias ocasiones la última palabra de la oración; cuando decía una sola palabra, repetía las últimas letras y si era demasiado corta, como "si" o "no", la reiteraba varias veces". Uriarte (1989). En todos éstos casos se ha perpetuado ha perseverado la actividad motora.

TRASTORNOS FORMALES DEL PENSAMIENTO.

Uriarte (1989) refiere que los trastornos formales del pensamiento se manifiestan cuando el niño hiperquinético desea relatar algún suceso, los trastornos de su pensamiento harán que lo verbalice de manera poco precisa, incoherente e incongruente, debido a que todas las palabras le llegan de golpe y no puede emitir las en orden sintáctico, lo cual da como resultado un relato carente de emoción y sentido. Por éstas características, es difícil que los demás lo escuchen y se mantengan interesados en su plática.

CAPACIDAD MOTORA Y DESARROLLO MOTOR

Cruckshank (1994) refiere que "la capacidad motora defectuosa es otro aspecto del desarrollo de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, que en sí no constituye una característica psicológica. Pero es parte del cuadro de los niños con trastorno. Así pues, dos aspectos del desarrollo motor manifiestan defectos en los niños a saber: la falta de coordinación motora, debida probablemente a un deterioro neurológico; y una orientación neurológica respecto al yo. Se cree que éste aspecto de la conceptualización inadecuada del cuerpo, de sus partes, y de sus funciones tiene relación con, por lo menos, algunos aspectos del aprendizaje y del aprovechamiento escolar en los niños con TDAH. Este tipo de niños tiene dificultades para andar en bicicleta e incluso en pedalear en un triciclo.

Estos niños se muestran generalmente inseguros y faltos de coordinación en las albercas. A menudo aprenden a nadar con muchas dificultades”.

Uriarte (1989), refiere a la capacidad motora y desarrollo motor que menciona anteriormente Cruickshank (1994), como torpeza motora e inmadurez perceptual. La inhabilidad motora o dispraxia se manifiesta de dos maneras: motricidad gruesa y motricidad fina.

En lo que respecta a la motricidad gruesa que requiere movimientos amplios y buenos reflejos, su alteración se manifiesta fundamentalmente cuando se camina de modo desgarbado y en la inhabilidad para desarrollar los deportes. Por lo tanto, es frecuente que el niño se accidente y rompa objetos que manipula.

Por lo que respecta a la motricidad fina la frecuencia de afección es más elevada que en la anterior. Bajo éste rubro se considera la habilidad para escribir, abotonarse, anudarse las agujetas, cortar con tijeras, etc. Esta actividad motora se expresa fundamentalmente con las manos y se ha separado de la motricidad gruesa, ya que en muchas ocasiones la afectación es independiente, o sea mientras la motricidad fina se encuentre íntegra; la gruesa puede ser deficitaria y viceversa.

García y Magáz (2000), apuntan que “las personas que presentan TDAH sufren dificultades en el control fino de sus movimientos. Dicha torpeza motriz se manifiesta no por que tenga deficiencia alguna en las áreas de control motriz del cerebro y cerebelo, sino porque no pone suficiente atención en la regulación de sus movimientos”.

BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN

La frustración y la impulsividad son características inherentes al déficit de atención o hiperquinesia, desórdenes que prevalecen en la esfera del impulso y del comportamiento social. Tal como lo cita Velasco (1995), la impulsividad del niño hace que a éste se le tome por temerario; pero lo que sucede en realidad, es que no mide el peligro debido a su incapacidad para inhibir los impulsos, frecuentemente se ve involucrado en conflictos interpersonales y puede caer en conducta antisocial. Así pues, la impulsividad se entiende como la pérdida de la capacidad para inhibir la conducta. El niño hace lo que su impulso le indica sin pensar en las consecuencias mediatas e inmediatas de sus actos.

El Manual DSM IV (1995), indica que la impulsividad se manifiesta por impaciencia, dificultad para aplazar respuestas, dar respuestas precipitadas antes de que las preguntas hayan sido completadas, dificultad para esperar un turno e interrumpir o interferir frecuentemente a otros hasta el punto de provocar problemas en situaciones sociales, académicas o laborales. Los sujetos afectados de éste trastorno típicamente hacen comentarios fuera de lugar, no atienden las normas que se les dan, inician conversaciones en momentos inadecuados, interrumpen a los demás, excesivamente, se inmiscuyen en los asuntos de los demás, se apropian objetos de otros, tocan cosas que no debieran. La impulsividad puede dar lugar a accidentes

(por ejemplo, golpearse con objetos, golpear a otras personas, agarrar una cazuela caliente), y a incurrir en actividades potencialmente peligrosas sin considerar sus posibles consecuencias.

Ruiz (1995), refiere que la impulsividad y la baja tolerancia a la frustración se consideran parte de los trastornos del impulso y del comportamiento social y afirma que la mayoría de éstos comportamientos tienen una misma causa y está en la pobre capacidad para tolerar los fracasos y controlar los impulsos. El niño con TDAH se ve totalmente sumergido en sus emociones, no puede posponer sus sentimientos y deseos y la menor dificultad lo irrita fácilmente perdiendo el control de sí mismo, esto le acarrea dificultades en sus relaciones con los demás. La falta de control de impulso hace en el niño con déficit de atención con hiperactividad, un niño temerario provocándole no solo problemas psicosociales sino físicos como lesiones y fracturas muy frecuentes. La misma impulsividad lo hace demandante en extremo, deseando que se cumplan sus requerimientos en el acto y que su madre o a quien se dirige ponga su atención en él de manera inmediata.

Uriarte (1989), al hablar de la baja tolerancia a la frustración se refiere a una pobre capacidad para controlar los impulsos. El niño con TDAH no puede posponer sus sentimientos, pues la menor dificultad lo desespera. Cualquier contrariedad "saca al niño de sus casillas", pues éste se irrita con mucha facilidad y pierde el control de sí mismo. En consecuencia, no es raro que el niño tenga problemas en los juegos, ya que no sabe jugar,

MEMORIA

Los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad manifiestan gran dificultad para recordar, tanto a corto como a largo plazo. Los niños se encuentran sujetos a una tensión y a un estrés emocional casi constantes. De aquí, que como grupo manifiesten una memoria excesivamente pobre. Intimamente relacionado con la memoria está el tema de la concentración de la atención. Cuando a un niño lo distrae algo, se interrumpe la atención que está prestando a la tarea en proceso. Eso significa que los estímulos externos e internos, factores ajenos que no vienen al caso, distraen fácilmente al niño con trastorno. Por lo tanto, el lapso de atención es breve.

Mientras el maestro le está hablando y pidiéndole que preste atención, la tensión aumenta. En el niño se reduce la capacidad de recordar lo que acaba de decirsele, crece la hiperactividad, se acorta la posibilidad de prestar atención y se crea un círculo vicioso, hasta que, las cosas no pueden llegar más lejos y ocurre una explosión. El niño vuelve a experimentar entonces un fracaso. Velasco (1995).

II.2.2 SINTOMAS SECUNDARIOS Y TRASTORNOS ASOCIADOS.

Uriarte (1989) manifiesta que "es importante saber reconocer y ubicar cada uno de los síntomas que caracterizan al TDAH, ya que es fundamental para el diagnóstico y tratamiento. Invariablemente éste síndrome provoca baja autoestima. El niño se descubre o autopercebe como incapaz, inhábil, malo,

así como no digno de ser amado, cuestión que le acarrea además sentimientos de culpa”.

CONCEPTO DEL YO Y POBREZA DE LA IMAGEN CORPORAL.

Cruickshank (1994) refiere que gran parte de los individuos se sienten a gusto con sus cuerpos. Saben como trabajan éstos. Confían en ellos. Saben como funciona el dedo en relación con la mano y la mano en relación con el brazo. De una imagen corporal buena y positiva surge un concepto del yo bueno y positivo. De un medio circundante psicológico cordial y de los éxitos surge un concepto del yo positivo. De los conceptos del yo positivo surgen sólidas fuerzas del ego que les permiten a los seres humanos ajustarse bien a la sociedad compleja en la que viven. Tal es la historia de un niño normal. Pero es totalmente diferente la situación en el desarrollo del concepto del yo de los niños con incapacidad de aprendizaje. Los obstáculos con que se enfrenta le crean frustración; los dedos no hacen lo que supuestamente deben hacer y lo que evidentemente hacen en las otras personas. Ocurre simplemente que los brazos, las piernas, el cuerpo, lo frustran en lugar de ayudarlo. Otro factor en los niños con incapacidad de aprendizaje milita en contra del desarrollo de conceptos del yo y una imagen corporal positivos es la serie de características psicológicas, tal y como la disociación interfiere con la percepción del niño en cuanto a palabras y números se refiere, puede interferir también en el modo en que el niño se perciba o perciba a otros. Tal como la inversión figura-fondo

confunde al niño cuando intenta percibir las cosas escritas en un pizarrón o en un libro, también lo confunde cuando intenta captar la forma humana contra el fondo creado por el medio circundante.

También la hiperactividad que sufre tiende a disminuir su lapso de atención y concederle tan solo percepciones pasajeras y sumamente inexactas, éstos niños parecen no haber tenido nunca la oportunidad de estudiar la forma humana por un tiempo suficiente para obtener una impresión razonable de cómo es. Tal como las piezas de un rompecabezas quedan en las manos de un niño con trastorno por déficit de atención con hiperactividad como elementos separados a los que se da unidad con muchas dificultades. Como resultado de ésta larga experiencia de fracasos de los niños y como resultado de los problemas perceptivos que tienen, se distorsionan sus imágenes corporales. En verdad que al niño le resulta imposible elaborar un concepto del yo positivo cuando la base es esa imagen corporal distorsionada que de sí tiene. Con un concepto basado en una imagen del yo distorsionada se conducirá inadecuadamente en la sociedad. En él, como en el niño normal, el concepto del yo es una fuerza importante y controladora de la conducta y del ajuste. Si el niño se piensa un fracasado, actuará de acuerdo con tal concepto. Como resultado de una larga serie de vivencias, fracasos y problemas visomotores, los niños se forman una imagen deformada de sus cuerpos y del cuerpo humano en general, como se comprueba en los tests psicológicos que consisten en el dibujo de una persona.

García y Magáz (2000), consideran que como consecuencia de una acumulación crónica de frustraciones y castigos, éstos en su mayor parte dirigidos a su persona y no solo a su comportamiento inadecuado, el niño con TDAH suele llegar a la preadolescencia con un autoconcepto pobre y una autoestima baja.

LA AGRESIVIDAD

“Se considera como resultado de la baja tolerancia a la frustración, así como de la impulsividad. Como el niño hiperquinético no puede reprimir sus deseos más inmediatos, cualquier interacción que le provoque conflicto desencadenará una reacción agresiva inmediata y hasta cierto punto indiscriminada”. Uriarte (1989). Oaklander (1992); al referirse a las conductas antisociales o comportamiento que nuestro orden social considera irritante no son expresiones directas de los sentimientos de ira, sino más bien de la evitación de los verdaderos sentimientos. Dado que los sentimientos heridos son tan comúnmente sepultados bajo una capa de ira, es muy amenazador y difícil para los niños, y también para los adultos, traspasar la corteza de sentimientos de ira para permitir la plena expresión de los auténticos sentimientos subyacentes. Es más sencillo disipar la energía dando golpes, cometiendo actos de rebeldía o siendo sarcástico e indirecto en cualquier forma posible.

EL ROBO.

"El niño toma las cosas de sus hermanos, de sus padres o de sus compañeros, sin la menor consideración o remordimiento. Cualquier objeto que le guste le será sencillo guardarlo para cambiarlo, malgastarlo, etc. Esculca en las pertenencias de los demás, desea saber todo lo que se guarda en los cajones, etc." Uriarte (1989).

DESTRUCTIVIDAD.

Dicha conducta es el resultado de la pobre tolerancia a la frustración, de la impulsividad y de la torpeza motora. La peculiaridad de la destructividad del niño con TDAH, es la consecuencia de su poca precaución, de su torpeza manual y de su agresividad dirigida a los objetos.

DESOBEDIENCIA PATOLÓGICA.

En la desobediencia patológica Velasco (1995) manifiesta que el niño con déficit de atención con o sin hiperactividad, es renuente, pero su actitud ante las reglas y limitaciones establecidas por los adultos, no es la de quién desobedece a sabiendas de que comete una falta que habrá de ocultar, sino la de quién no ha comprendido la prohibición y su significado, ni mucho menos la necesidad de acatarla. El niño comete una y otra vez la misma falta sin tratar de ocultarla y sin comprender porqué se le castiga. De hecho se muestra sorprendido cuando se le llama la atención

considerándose injustamente tratado. La desobediencia patológica se caracteriza como una forma de egoísmo, de no querer compartir con nadie las cosas. Frecuentemente dicha incapacidad, estorba, conforme el niño hiperquinético avanza en edad, en la identificación con grupos de pertenencia, así como en la internalización de normas sociales; por ello, el niño hiperquinético mantiene un distanciamiento y una demora para la socialización.

La desobediencia patológica consiste en un grave impedimento para acatar órdenes, es decir, el niño no entiende por ninguno de los métodos correctivos normales. El niño tiene gran dificultad para comprender las prohibiciones, de modo que comete la misma falta sin tratar de ocultarla y sin entender porqué se le castiga. "Así pues, los niños con TDAH no tienen en cuenta los premios, los regaños o los castigos, posiblemente ésta sea la causa de que el niño manifieste desobediencia patológica y anhedonia (incapacidad para sentir placer ante las diferentes actividades de la vida). Por ello el niño con déficit de atención es difícil de complacer, busca insaciablemente caricias, obsequios y atenciones, pero nunca parece estar satisfecho, es irritable y triste" Uriarte (1989).

DISMINUCIÓN EN LA CAPACIDAD PARA EXPERIMENTAR PLACER Y DOLOR.

El niño con TDAH se caracteriza por presentar cierta disminución en la capacidad para experimentar dolor y anhedonia (incapacidad para sentir placer).

Con todas éstas características no es nada fácil para éstos niños mantener buenas relaciones amistosas. Tienden al aislamiento a pesar de su falta de límites. Podría decirse que el niño hiperquinético no cuenta con el equipo psíquico necesario para relacionarse con los demás sin conflictos. Cualquier relación por simple que sea implica conflictos difíciles de entender y resolver por él mismo.

Partiendo de lo anterior, se puede concluir que los individuos que presentan Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, sufren de importantes problemas psicológicos a pesar de que el Neurólogo corrobore que no tienen un diagnóstico positivo de daño neurológico; aunque el comportamiento del sujeto sugiera que en realidad sí exista; pues con frecuencia el niño tiene severos problemas de aprendizaje causados por un deterioro de las facultades perceptivas –visual, auditiva y a veces táctil-Sus dificultades motoras provocan una mala coordinación ojo-mano y afectan su capacidad para escribir fácil y claramente. Lo confunden e irritan los numerosos estímulos de su ambiente. Existen muchos efectos secundarios que contribuyen a las dificultades que sufre. Los adultos no le tienen paciencia, no confían en él, le gritan, a veces no pueden soportarlo. Tiene muy pocos amigos dadas sus magras aptitudes de relacionamiento interpersonal. Es humillado por los calificativos que se le aplican. Otros niños lo fastidian y le ponen apodos. Se siente mal por su menoscabo en el aprender; generalmente sus autoimagen es pobrísima. Pero continúa

luchando por sobrevivir en un mundo que le parece hostil e injusto. "Los niños que manifiestan alguno o todos los síntomas del trastorno, a veces están simplemente esquivando sentimientos dolorosos. Un niño incapaz o reacio a expresar sentimientos reprimidos puede ciertamente tener dificultades para sentarse quieto, prestar atención, concentrarse –y no tener ningún trastorno perceptivo o motor con base neurológica-" Oaklander (1992). Tomando en consideración que conocemos cuáles son los problemas psicológicos a los que se enfrenta un paciente con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad toca su turno de esclarecimiento al apartado del diagnóstico y pronóstico del síndrome que nos ocupa.

III DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD. (TDAH)

III.1 Diagnóstico.

La función del diagnóstico es la de lograr una evaluación cuidadosa de la sintomatología que permita planear el manejo del caso y, en la medida de lo posible, establecer un pronóstico.

Específicamente el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM IV (1995); establece que el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad requiere seis síntomas de inatención o bien seis de hiperactividad-impulsividad

“Los criterios que se requieren para dar el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad son los siguientes:

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 con el nivel de desarrollo:

III.1.1 Desatención

a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo en otras actividades.

b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en 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 centro de trabajo (no se debe a 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 renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares y 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 con el nivel de desarrollo:

III.1.2 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 que se espera 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 marcha" o suele actuar como si tuviera un motor, a menudo habla en exceso.

III.1.3 Impulsividad

g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.

h) a menudo tiene dificultades para guardar turno.

i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ej., se entromete en conversaciones o juegos).

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (por ej., en la escuela o en 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 ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Aunque la mayor parte de los individuos tienen síntomas tanto de desatención como de hiperactividad-impulsividad, en algunos predomina uno u otro de éstos patrones.

El subtipo apropiado (para un diagnóstico actual) debe indicarse en función del patrón sintomático predominante durante los últimos 6 meses.

F 90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado.

Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante seis meses 6 (o más) síntomas de desatención y 6 (o más) síntomas de hiperactividad-impulsividad.

La mayor parte de los niños y adolescentes con éste trastorno se incluyen en el tipo combinado. No se sabe si ocurre lo mismo con los adultos afectados de éste trastorno.

F 98.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención.

Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante seis meses 6 (o más) síntomas de desatención (pero menos de seis síntomas de hiperactividad -impulsividad).

F 90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo.

Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante seis meses 6 (o más) síntomas de hiperactividad-impulsividad (pero menos de 6 síntomas de desatención)".

III.1.4 Instrumentos de observación y pruebas neurológicas.

A continuación, se enunciarán cuáles son los instrumentos o recursos clínicos que nos permitan cumplir con los criterios que enumera el Manual estadístico DSM IV (1995) y podamos establecer un diagnóstico descriptivo en los casos en que se sospeche que exista un Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad:

La Detección a partir de la observación: La detección precoz de un niño al cual se sospecha que presenta déficit de atención con hiperactividad,

tendrá que realizarse no solo a nivel de gabinete, sino también empíricamente a través de la observación, de los logros en el desarrollo motor, cognoscitivo y socioemocional tanto en el hogar como en el aula. Esta detección deberá hacerse con reservas ya que durante los primeros años de vida del niño su desarrollo suele ser constante y en algunos casos discrepante; por ejemplo: al desarrollar gran habilidad en un área específica (lenguaje), y habilidades limitadas en otra área (motricidad fina). Por lo tanto es difícil determinar si es un niño que presenta déficit de atención con hiperactividad o necesita tiempo para madurar.

Los indicadores que pondrán en alerta a los padres son:

A) EN EL HOGAR

- Problemas pre, peri y posnatales
- Pobreza en el contacto visual
- Impulsividad
- Inquietud constante
- Atención a varios estímulos a la vez
- Trastornos del sueño y la alimentación
- Incomprensión de órdenes

EN EL AULA

La detección dentro del aula es de suma importancia.

- Dificultades en la adquisición de la lecto escritura y en el manejo de conceptos numéricos.
- Necesidad de supervisión constante

- Incomprensión de instrucciones
- Incapacidad para esperar turnos
- Impulsividad
- Inquietud (su actividad parece no tener objetivo)
- Manifestación inadecuada de la agresión
- Memoria deficiente

ACTIVIDADES COTIDIANAS

- Incomprensión de cualquier correctivo
- Falta de límites en donde se requiere de ellos
- Deambulación sin objeto
- Ansiedad extrema
- Hiperverbalización
- Falta de modulación en el tono de voz

Los datos recabados a través de la observación empírica serán utilizados como referencias en la aplicación de la historia clínica (anexo 1). Tal instrumento permite un diagnóstico de presunción, y con frecuencia, una definición completa. Los rubros más importantes en la aportación de los datos son los siguientes:

- a) los antecedentes personales patológicos y no patológicos;
- b) la historia del desarrollo psicobiológico del niño;
- c) la sintomatología actual;
- d) la exploración psiquiátrica;
- e) la exploración física, sobre todo la neurológica.

De los antecedentes, importan más los relativos a la historia del embarazo y las circunstancias del parto. La ausencia de datos patológicos en éste renglón no invalida un diagnóstico positivo, como tampoco la presencia de una anoxia neonatorum implica de necesidad la aparición de la disfunción cerebral. La historia del desarrollo psicobiológico del niño puede resultar útil para el diagnóstico, sobre todo si aporta datos sobre problemas del lenguaje, del sueño, de la coordinación motora en general, del estado afectivo, el tono del humor, la orientación, la percepción, los procesos del pensamiento, la verbalización y de especial valor sería el descubrimiento de una marcada hiperquinesia desde muy temprana edad, así como la valoración de los síntomas más representativos del síndrome: hiperactividad, inatención, impulsividad, dispraxia, desobediencia patológica.

"En lo que respecta a la exploración física, sobre todo la neurológica, cabe señalar que el síndrome no incluye trastornos neurológicos severos y, por tanto, no es de esperar que la exploración descubra francos signos de anormalidad en el sistema nervioso central. Lo habitual es que se obtengan datos que bien pueden llamarse "signos neurológicos blandos" Uriarte (1989).

"No se trata de signos de dudosa interpretación ya que su presencia puede quedar perfectamente establecida, en cuyo caso no hay dudas de que traducen una disfunción. Su ausencia en cambio, no niega la existencia del

trastorno. A continuación se describen algunas pruebas que permitirán detectar signos neurológicos ligeros o blandos.

1.- Prueba dedo-nariz. Consiste en que el niño toque con el dedo índice alternativamente la punta de su nariz y el dedo del examinador. Entre un movimiento y otro el examinador cambia de posición su dedo. Habitualmente se comprueban las dificultades a que éstos pacientes se enfrentan para conseguir resultados apenas regulares.

2.- Una prueba destinada a valorar la habilidad para mover los globos oculares es la siguiente: estando niño y examinador frente a frente se le ordena a aquel que siga exclusivamente con los ojos un objeto, generalmente una pluma, que el médico mueve en diferentes sentidos. Por lo común el niño que sufre disfunción cerebral muestra dificultades para hacerlo con éxito y tiende a mover la cabeza para seguir el objeto.

3.- La prueba de tocamiento simultáneo sirve para poner en evidencia la incapacidad de éstos pacientes para diferenciar dos estímulos táctiles cuando se le aplican al mismo tiempo en la piel. Por ejemplo si acercamos a la piel del niño dos texturas una lisa y una rugosa no logra discernir la diferencia entre una y otra.

4.- Se denomina simultagnosia a la dificultad para describir la acción representada en un cuadro. Quien la sufre puede nombrar los objetos que ve pero no es capaz de describir las acciones que realizan. La prueba que devela ésta sería dificultad, a veces presente en los niños que padecen

disfunción cerebral, consiste simplemente en mostrar un cuadro adecuado y pedir una descripción de lo que se ve.

5.- Varias pruebas se relacionan con la deambulaci3n: hacer caminar al ni1o con las puntas o los talones de los pies, pedirle que camine por una l3nea tocando con el tal3n de un pie la punta del otro, hacerlo caminar sobre un riel, etc. Todas demuestran las limitaciones de estos ni1os comparados con otros de la misma edad.

6.- Regularmente los ni1os en edad escolar son capaces de acertar cuando se les pide que identifiquen la letra que en su espalda hemos trazado con nuestro dedo 3ndice (grafestesia).

7.- La prueba de vestirse y desvestirse puede aportar datos acerca de la incoordinaci3n, tanto de los movimientos gruesos (ponerse y quitarse un su3ter, por ejemplo) como de los m3s finos (abotonarse, atarse los cordones de los zapatos, etc.).

8.- Otra prueba consiste en ordenar al ni1o que se sienta frente al examinador y flexione una pierna para que su tal3n toque la rodilla contraria y resbale por toda la tibia hasta el suelo. Es de esperar que los ni1os que estamos estudiando muestren dificultades, insalvables a veces, para ejecutar 3stas acciones.

9.- Pidiendo al ni1o que extienda hacia adelante los brazos con las palmas de las manos vueltas hacia abajo mientras mantiene los ojos cerrados, pueden observarse discretos movimientos coreiformes y accesorios (" de pianista ", suele decirse).

10.- Se denomina sinquinesia al hecho de que al intentar un movimiento más o menos complicado con un miembro, se produzcan al mismo tiempo movimientos parecidos en el miembro opuesto. Después de la edad preescolar no debe existir la sinquinesia, y si aparece debe interpretarse como uno de los signos neurológicos ligeros. Se le ordena al niño que, empezando por el dedo meñique, toque con la punta de cada uno de sus dedos de la mano derecha, la punta del dedo pulgar de la misma. Si observamos al mismo tiempo a la otra mano comprobaremos que los dedos se mueven en igual forma.

11.- La adiadococinesia o dificultad para efectuar adecuadamente movimientos alternativos rápidos, es un síntoma que con frecuencia se presenta en los casos de disfunción cerebral. Acostados en decúbito dorsal, levantar primero el brazo izquierdo y la pierna derecha y después, alternativamente, los otros dos miembros.

12.- Estereognosia es la facultad que se tiene de percibir y comprender la forma y naturaleza de los objetos que palpamos pese a no verlos. Basta con poner en las manos del niño, mientras se le mantiene con los ojos tapados, ciertos objetos ya conocidos por él (monedas, llaves, gomas, etc.) y pedir que los identifique.

13.- Los movimientos de la lengua deben investigarse dando órdenes sencillas y mostrando primero la forma de hacerlos. Se pedirá que el niño trate de llegar con la punta de la lengua a la nariz, la barbilla y a ambas

comisuras labiales. Todas éstas son acciones que resultan difíciles si no imposibles para el niño que sufre disfunción cerebral.

Éstas y otras pruebas deben hacerse, llevan poco tiempo y tienen un valor adicional para lograr un buen diagnóstico" Velasco (1995).

El estudio electroencefalográfico no hace el diagnóstico. Una actitud difundida es la de esperar el resultado del E.E.G. para confirmar el diagnóstico. En realidad el E.E.G. debe practicarse siempre, y en ocasiones proporcionará datos irrefutables de trastorno estructural en el cerebro, pero incluso un trazo francamente anormal es compatible con la conducta más saludable. Lo contrario también es cierto: un niño que presente la sintomatología aquí descrita puede tener un E.E.G. totalmente normal.

Otro elemento útil, que nos permite corroborar el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad son las escalas de actividad del niño. La facilidad con que se pueden aplicar permite tanto a los padres como al maestro, registrar las conductas del sujeto utilizando la observación directa tanto en el medio escolar como en el familiar. (véase anexo 2 y 3).

III.1.4 Pruebas psicológicas.

Para la detección oportuna del Déficit de Atención con Hiperactividad hacen falta además de la observación y valoración neurológica, una batería de

pruebas psicológicas completa que hable del coeficiente intelectual, constancias perceptuales, historia del desarrollo y personalidad.

Después de que se ha cumplido la tarea de la aplicación de la historia clínica, las escalas de actividad del niño por parte de los padres y del maestro así como las pruebas para detectar los signos neurológicos blandos se requerirá de la aplicación de la siguiente batería de pruebas:

BENDER

El test Gestáltico visomotor de Lauretta Bender ayuda a descubrir dificultades visomotoras, perceptuales y gestálticas, mismas que se relacionan directamente con las dificultades académicas, sobre todo en la adquisición de la lecto-escritura puesto que impiden la reproducción de tareas de ejecución fina.

Las fallas más importantes en la reproducción de las figuras del test son las siguientes:

- Rotaciones de más de 45 grados
- Perseveraciones A y B
- Regresiones
- Distorsión de la forma
- Desproporción de la forma
- Fragmentación y desintegración.

Además de observar trastornos visomotores, Bender puede ser utilizado para detectar problemas emocionales.

La rotación de una figura afecta principalmente la comprensión y la escritura. Las fallas de integración, las regresiones y las angulaciones pueden estar relacionadas con los errores en la lectura; las perseveraciones tienen que ver con la falla en la escritura, especialmente en el espaciado entre palabras, siendo igualmente en la lectura al no hacer alto al leer cada palabra separadamente una de otra.

Cuando existe falla en la capacidad de formar palabras completas y comprender conceptos numéricos se relaciona con una distorsión de la gestalt, es decir, la capacidad de integrar las partes en un todo.

Aunque ésta prueba es sumamente útil para la predicción de problemática en el aprendizaje, no debería abusarse en su administración y en los resultados considerándolos de manera aislada de las demás pruebas que podrían conformar la batería.

FROSTIG

Otro de los instrumentos que se usan para corroborar el diagnóstico del TDAH es la prueba de M. Frostig. En este test se obtiene básicamente un cociente de percepción visual y arroja datos más finos del estado de las constancias perceptuales, lo cual permite pronosticar dificultades de aprendizaje, sobre todo en niños preescolares y escolares de primer año, además de ser de utilidad como elemento clínico con niños aún de secundaria cuando existen trastornos graves de aprendizaje.

Las constancias de percepción visual que maneja M. Frostig son:

- Coordinación motora de los ojos.

- Discernimiento de figuras.
- Constancia de forma.
- Posición en el espacio.
- Relaciones espaciales.

Las perturbaciones de la percepción visual, como ya se dijo, parecen contribuir a los trastornos del aprendizaje. La falla en la coordinación motora de los ojos se asocia con dificultades en la escritura. Los trastornos en el reconocimiento de palabras o letras sugieren problemas en discernimiento de figura y constancia de formas. Las fallas disléxicas en escritura son indicativas de una dificultad en el área de posición en el espacio en tanto el cambio del orden de letras en una palabra indicarían trastornos en el análisis de las relaciones espaciales. Un niño hiperquinético aparece en Frostig principalmente afectado en coordinación de los ojos así como la posición en el espacio, sin embargo los trastornos se encuentran en todas las áreas.

GOODENOUGH

El test de la figura humana de Goodenough aporta datos relativos a la inteligencia, elementos respectivos a la maduración y a la imagen corporal misma que en el niño con Déficit de Atención con Hiperactividad, puede encontrarse confusa y distorsionada. Este tipo de niños presentan una figura poco integrada y primitiva.

WECHSLER (WISC)

El WISC se utiliza básicamente para obtener un coeficiente de inteligencia necesario en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, ya que es bien sabido que su dotación natural no se encuentra afectada. Los subtest que conforman la prueba revelan indicadores del estado de los factores que contribuyen los procesos mentales superiores.

Se dividen en dos rubros principales: la escala verbal, relacionada con la habilidad mental que implica pensamiento y uso de lenguaje; la escala de ejecución tiene que ver con la capacidad de llevar a cabo tareas específicas o la reproducción de situaciones y objetos concretos. En el niño hiperquinético los protocolos exhiben una discrepancia altamente significativa entre los puntajes verbales y de ejecución; esto quiere decir que su dotación natural se encuentra intacta, sin embargo, al tratar de plasmarla en tareas concretas falla considerablemente. Esta baja en los niveles de ejecución; puede ser corroborada con Frostig, ya que toda el área se correlaciona con las constancias perceptuales. Los sub-test en Wisc que generalmente se encuentran alterados en este síndrome son:

En la escala verbal

- Comprensión, ya que su capacidad de juicio es pobre, no piensan en la consecuencia de sus actos, no saben solucionar problemas.
- Retención de dígitos, fallan en la atención debido al estado ansioso por lo tanto hay pobre memoria inmediata.

- Aritmética, en algunos casos hay errores en el cálculo numérico fallando en la concentración y mal manejo de conceptos numéricos.

En lo que se refiere a la **escala de ejecución**, se podría encontrar indicadores de problemas de aprendizaje en los siguientes subtest, ya que hay que recordar que los mayores problemas en los niños hiperquinéticos se encuentran en esta área.

- Ensamble de objetos, pobre participación y planeación debido a la impulsividad y dificultades visomotoras.
- Diseño con cubos, la falta de atención y la impulsividad provoca errores en los procesos analítico-sintéticos. Hay también pobre coordinación visomotora y baja tolerancia al fracaso, renuncia rápidamente a nuevos intentos además de fallar en la percepción visual.
- Símbolos y dígitos: (claves), es un indicador significativo en este síndrome pues lo que se evalúa es la coordinación visomotriz.
- Ordenamiento de figuras, el área de constancias perceptuales visuales se encuentran en desventaja, el pensamiento es eminentemente concreto, además de una falla importante en la interpretación de situaciones sociales.
- Figuras incompletas, la inatención influye directamente en este subtest, pues no presta atención a los detalles, no es capaz de establecer jerarquías ni tampoco de observar.

6. PRUEBAS GRAFOPROYECTIVAS

Estas pruebas se basan en el principio de la proyección. El niño proyecta en el papel su dinámica de personalidad. Pero además de este uso estos tests sirven para corroborar datos observados en Bender, Frostig y Wisc.

Los niños con TDAH dibujan la figura humana desarticulada, líneas remarcadas o contornos confusos y sus historias son fantasiosas, a veces negativas e inmaduras, además de plasmarse como se vive respecto a su familia. Por lo tanto en una batería de pruebas psicológicas siempre es necesario incluir este tipo de test, es importante reconocer que el niño que sufre el trastorno, no sólo lucha con sus problemas de aprendizaje, sino también con los trastornos emocionales que no es más que una larva del síntoma.

Por otra parte, Uriarte (1989) sugiere que el diagnóstico del trastorno de atención con hiperactividad debe hacerlo un médico, pues se trata de un diagnóstico por exclusión, es decir es necesario eliminar múltiples alteraciones médicas y psíquicas, que mimetizan éste síndrome. Los síntomas de hiperquinesia (inatención, inquietud, bajo rendimiento escolar, impulsividad, agresividad, etc.) son reacciones inespecíficas de los niños a casi todos los eventos nocivos, ya sean biológicos (parasitosis, desnutrición, infección, etc.), psicológicos (angustia, alucinaciones, trastornos de conducta, epilepsia, etc.) o sociofamiliares (familia disfuncional, divorcio, abuso y maltrato infantil, etc).

En consecuencia, éste síndrome no se puede diagnosticar por la sola presencia de los síntomas (o sea, por la fenomenología del cuadro), sino que es necesario hacer el diagnóstico nosológico, en el que se incluyen antecedentes, inicio, evolución, exploración física, estudios de laboratorio y gabinete, pruebas psicopedagógicas, etc.

La existencia de hipotiroidismo, otitis media crónica, parasitosis y desnutrición frecuentemente han sido diagnosticadas y tratadas como hiperquinesia. Uriarte (1989). De ésta manera, para el clínico con experiencia no es desconocido que diversas entidades médicas se confundan con el trastorno que nos ocupa. Entre los procesos psíquicos sujetos a mayor error se encuentra la hiperactividad propia de la edad, los niños provenientes de familias desorganizadas y caóticas, los trastornos de la conducta, las afectivopatías, las psicosis, las psiconeurosis, las fobias y los rasgos sociopáticos, entre otros. Así cuando un niño ha sido sobreprotegido, por haber tenido una alteración física importante durante los primeros años de vida, algunos padres creen que estará enfermo de por vida y con frecuencia restringen la actividad exploratoria normal del menor. En éste caso, los padres le llaman hiperquinético, sin realmente serlo. Esta actitud restrictoria puede aparecer en él aún sin que el niño tenga el antecedente descrito en líneas anteriores, sino que puede ser el producto de sus conflictos personales.

Las actitudes inadecuadas de padres, abuelos o tíos se deben tratar con la suficiente profundidad en una asesoría o psicoterapia familiar. De lo

contrario, una fuente de confusión diagnóstica puede ser producto de la angustia paterna.

Algunas circunstancias más frecuentes que pueden desencadenar los síntomas típicos de hiperquinesia y que son factibles de confundirse con el síndrome (por lo general, ésta patología se limita a los periodos relacionados con el agente estresante):

1. Niños con un coeficiente intelectual insuficiente, que desarrollan tal cuadro cuando las exigencias escolares van más allá de su capacidad. Como éstos niños no pueden competir académicamente con los demás, con facilidad se distraen, interrumpen, se levantan de sus asientos, etc. De esta manera, se ha conocido el caso de estos niños enviados por el maestro, quien se queja de que aquéllos muestran una conducta hiperquinética.

2. Niños con un coeficiente intelectual alto o con conocimientos suficientes, para el nivel en que se encuentran, quienes por su vivacidad e inquietud terminan los trabajos antes que los demás y mientras esperan que éstos lo hagan, se aburren se inquietan y alteran la dinámica del grupo. Pueden poner al maestro en ridículo y ganarse así su enemistad, con lo cual se favorecerán la inquietud, la desobediencia, la distractibilidad, etc.

3.- Niños con coeficiente intelectual normal, pero con dificultades familiares importantes, ya sea hijos de padres divorciados, patología mental paterna, actitudes y dinámica familiar impropia, etc. Estas condiciones pueden facilitar la agresividad, la distractibilidad, la apatía, etc. En muchos de éstos

casos, el niño muestra abiertamente su patología, por haberse estructurado una condición de "chivo expiatorio"

4. Niños con buena capacidad intelectual y sin mayor problemática familiar, pero que por diversos motivos no se acoplan con un maestro en particular por lo cual no aprenden, se distraen, son inquietos y en general alteran la clase. En éstos casos, lo más importante es cambiarlo de maestro, ya que con ésta sola acción mejorará dramáticamente.

5. Cualquier factor que desencadene ansiedad (como un compañero muy agresivo, una estructura escolar demasiado exigente, circunstancias familiares o extrafamiliares que asignen al niño una condición de vulnerabilidad) puede precipitar la sintomatología ya descrita, de manera que conocer todos los factores implicados es un requisito indispensable para descartar y tratar alteraciones puramente psíquicas. Para éste efecto, vale la pena olvidarse de una actitud demasiado cargada de interpretaciones psicoanalíticas. Por ello sólo es recomendable seguir este procedimiento cuando se haya descartado con claridad el síndrome de inatención y se asigne al niño la posibilidad terapéutica psicoanalítica.

Partiendo de la información anteriormente descrita, se concluye que el Diagnóstico es el elemento fundamental que nos permite evaluar los síntomas de modo que nos pueda conducir a la planeación del tratamiento del caso y, a partir de dicha Información sistematizada prever el pronóstico.

Por todas las condiciones descritas, además del cuadro expuesto del DSM IV, para el correcto diagnóstico es importante tener en cuenta el tiempo en que el sujeto ha presentado éstos trastornos. Como se deduce, en muchos casos son exclusivamente crisis situacionales, ya sea físicas o psíquicas, de modo que un factor que asegura el diagnóstico es la permanencia de los síntomas. El diagnóstico lo ha de realizar un profesional clínico conocedor del tema. Una evaluación a nivel médico, psicológico y pedagógico permitirá determinar cual es la condición del niño a nivel físico, emocional y de aprendizaje. De ésta forma, se podrá descartar que sean otras las causas de su comportamiento o bajo rendimiento escolar. Este profesional necesitará, a más de la información que le puedan proporcionar los padres, información por parte de la escuela mediante informes o cuestionarios (escalas de actividad), así como la exploración y observación directa del comportamiento y rendimiento del niño. Así pues, es preciso afirmar categóricamente que será mediante el establecimiento de un diagnóstico que confirme o descarte el trastorno y cuando se podrá comenzar a proporcionar el tratamiento.

III.2 PRONOSTICO

Es de suma importancia aclarar que el logro de un diagnóstico correcto no trae como consecuencia, un pronóstico certero de mejoría del trastorno ya que el pronóstico está sujeto a diversos factores que lo pueden empeorar o

por el contrario, facilitar una buena evolución (Prandi, 2001). Los factores que pueden empeorar el pronóstico es el siguiente:

- Diagnóstico retardado
- Fracaso escolar
- Recibir una educación excesivamente permisiva, o de lo contrario, demasiado severa.
- Ambiente familiar marcado por el estrés, la hostilidad y los desacuerdos entre los padres.
- Problemas de salud en el niño y retrasos en su desarrollo.
- Precedentes familiares de alcoholismo, conductas antisociales y otros trastornos mentales.

Los factores que facilitan el Pronóstico son los siguientes:

- Diagnóstico precoz
- Educación coherente por parte de los padres y transmisión de valores positivos.
- Estabilidad familiar
- Adaptación y conocimiento del caso por parte de los profesores.
- Colaboración entre los padres y la escuela.

En lo que respecta al pronóstico; Velasco, (1995) confirma que una idea extendida por los paidopsiquiatras de que toda la sintomatología empeora durante la edad escolar, para después mejorar, progresivamente, hasta

desaparecer durante la pubertad, es una mala apreciación. Para ilustrar lo anterior el autor refiere los resultados de dos estudios importantes. Primeramente la investigación de Menkes y colaboradores, publicada en 1966, éstos autores analizaron el desarrollo y la evolución de 14 casos que 25 años atrás habían sido diagnosticados en la consulta externa del afamado Servicio de Psiquiatría Infantil Johns Hopkins. Los criterios que sirvieron para seleccionar la muestra incluyeron los siguientes síntomas: hiperactividad, dificultades de aprendizaje y uno o más datos de dispraxia, de déficits visomotores, o de las dificultades del lenguaje. La hiperactividad incluía la inatención, la labilidad emocional, la impulsividad y la baja tolerancia a la frustración. Parece, así, que se trató de niños con un claro síndrome de disfunción cerebral, ya que además ninguno tenía antecedentes de haber sufrido convulsiones y todos habían alcanzado un cociente intelectual superior a 70. Al momento de la revaloración, hecha 25 años después del diagnóstico, 4 de los pacientes estaban institucionalizados con procesos psicóticos y 2 presentaban un retardo lo suficientemente severo como para considerarlos no autosuficientes; 8 de los restantes vivían autónomamente, aunque 4 de ellos habían sido hospitalizados al menos una vez durante algún tiempo. Otros 3, de 30 años de edad cada uno, se quejaban de que aún eran muy inquietos. En los demás la hiperactividad había desaparecido entre los 12 y los 14 años, excepto en 1 en el que ocurrió a los 21. El bajo cociente intelectual y la presencia de

signos neurológicos ligeros se correlacionaron claramente con la pérdida posterior de la capacidad para la autosuficiencia.

Otra investigación interesante es la de Hammar S.L. (1967), quien llevó a cabo un extenso estudio en adolescentes cuya edad fluctuaba entre los 12 y los 18 años que habían sido remitidos a su servicio con problemas de conducta. De los resultados concluidos se extrajeron conclusiones valiosas:

1. Que algunos de los que de pequeños mostraron la sintomatología típica del síndrome de disfunción cerebral, continúan siendo estudiantes de bajo rendimiento escolar al llegar a la adolescencia, desde luego en una proporción considerablemente mayor de lo que ocurre con los niños sanos; y

2. Que la hiperquinesia disminuye en forma clara conforme se alcanza la pubertad.

De los estudios anteriormente descritos se deduce lo siguiente:

a). Los niños con sintomatología neurológica más clara, que muestran conducta antisocial, tienen un mal pronóstico para su disfunción.

b). No se puede predecir la evolución de aquellos otros en los que predominan los síntomas menos graves de la disfunción, por más que se enfatice la posibilidad de que un cierto porcentaje de ellos, más alto que el de los niños normales, desarrollen problemas caracterológicos importantes.

c). finalmente, parece estar suficientemente probado que la hiperactividad es el síntoma que evoluciona más favorablemente, lo que no ocurre con las dificultades del aprendizaje.

Por lo tanto, se puede concluir que siempre que exista una marcada manifestación neurológica reflejada por un comportamiento realmente incapacitante para relacionarse socialmente, se contará con un pronóstico de evolución pobre. Aunque el sujeto presente rasgos superficiales de disfunción no se puede inferir que su evolución será positiva ya que actualmente no existe una respuesta segura para saber cuantos niños de los que sufren el trastorno superarán la sintomatología y desarrollarán una personalidad adecuada. Esto es, para que el pronóstico presente una evolución positiva; se requerirá del apoyo, conocimiento y comprensión por parte de los padres de familia, el maestro, el psicólogo, el médico y el paidopsiquiatra de quienes se espera realicen un trabajo colegiado desde el inicio y a lo largo del tratamiento, pues de éste esfuerzo común dependerá el resultado del pronóstico. A continuación se expondrán los componentes que integran la metodología y el tratamiento del TDAH.

IV PROPUESTA DE INTERVENCION DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

-METODOLOGÍA.

El método utilizado para la conformación del presente trabajo, corresponde por una parte, a la práctica laboral cristalizada en un reporte de la experiencia profesional; y por otro lado a la investigación documental donde se pudo obtener los elementos teóricos que los diferentes autores manejan acerca del TDAH considerando el punto de vista médico, psicológico y pedagógico.

La técnica utilizada para valorar a un niño con TDAH considera la utilización de cuatro sesiones de evaluación (con una duración de 60 minutos cada una) tanto con los padres de familia como con el niño. Para poder proporcionar un informe que incluya el diagnóstico y tratamiento del trastorno:

1ª. Sesión: aplicación de la Historia Clínica a los padres de familia, dicho instrumento arrojará datos acerca de la problemática, de cómo y quién la ha detectado, qué han hecho los padres por atenderla, cómo ha afectado a la dinámica familiar y a la esfera socioemocional y educativa del niño.

2ª. Sesión: aplicación de la prueba de percepción visual de M. Frostig, así como el test gúestáltico visomotor de Bender.

3ª. Sesión: aplicación del test WISC-RM de inteligencia.

4ª.Sesión: test de la familia y exploración pedagógica para evaluar lecto escritura y cálculo aritmético.

En una quinta sesión, se entrega un informe de la evaluación del paciente que incluye el diagnóstico y tratamiento a seguir. Durante la entrevista se ofrece información a los padres de familia acerca de la problemática que representa el TDAH, partiendo de las posibles causas que lo originaron, los déficits que el niño presenta en el ámbito familiar-escolar y la atención que necesita, haciendo saber que se requiere de un trabajo multidisciplinario entre el psicólogo, el maestro de grupo, el padre de familia, el neurólogo y el psiquiatra cuando sea necesaria su intervención.

Tanto el maestro como el padre de familia, son actores fundamentales para apoyar el tratamiento del niño que padece el trastorno, por lo tanto se torna prioritaria una revisión de la dinámica familiar para atenuar la problemática dentro y fuera del hogar, partiendo de la orientación dirigida a la familia para que con la utilización de nuevas estrategias de comportamiento, se haga un mejor manejo conductual del niño. En lo que respecta al medio escolar, se hará contacto con el maestro de grupo al cual se le dará a conocer el diagnóstico y tratamiento así como los déficits que presenta el alumno y que lo incapacitan para resolver de manera adecuada las demandas que el medio escolar y familiar le exigen. Se le hará saber lo importante que es su participación para apoyarlo.

Por último, se sugiere tener contacto personal permanente entre el psicólogo, maestro y padres de familia y neurólogo cuando sea necesario para que decidan lo más acertadamente posible la atención del Trastorno.

PROPUESTA DE INTERVENCION

Partiendo del hecho; que contamos con información acerca de la definición, etiopatogenia, problemas psicológicos, trastornos asociados diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, se hace necesario exponer de manera clara y sencilla un programa de intervención para la atención del TDAH. Dicho tratamiento es multimodal, es decir; que las propuestas de tratamiento son diferentes en función de las dificultades del niño y de cómo afecte el trastorno a su vida cotidiana. Para tal efecto se proponen por tanto, los siguientes componentes posibles de tratamiento en donde se deberán involucrar conjuntamente tanto los padres de familia como el maestro de educación regular:

- 1.- Apoyo Psicopedagógico o refuerzo escolar a través de la terapia de aprendizaje dirigida específicamente a los profesores de educación regular.
- 2.- manejo conductual y emocional hecho por los padres de familia y maestro de grupo que coadyuve a establecer un pensamiento organizado en el que el niño prevea las consecuencias y busque alternativas adecuadas de comportamiento. De la misma manera, procurar en la medida de lo posible, brindar el apoyo necesario que permita fomentar conductas deseables.

3.- Orientación a profesores y padres de familia acerca del apoyo farmacológico, el cual se hará siempre bajo prescripción y seguimiento médico especializado.

1. Apoyo psicopedagógico a través de la intervención especializada del maestro de grupo (terapia de aprendizaje): Es de suma importancia recordar, que el buen aprovechamiento escolar, no es la norma en éstos niños y que por ello mismo, la sensación de fracaso los invade frecuentemente. Por tanto, se hace necesario para contrarrestar éstas dificultades la estructuración de un plan de intervención que tenga por objetivo, estimular las habilidades y destrezas psicomotoras, cognitivas y afectivas; ya que consideramos que pueden desarrollarse e incrementarse significativamente, como resultado de ejercicios, práctica y experiencia apropiados. Las habilidades básicas de aprendizaje están agrupadas bajo seis áreas principales del desarrollo y son las que deberán estimularse: Desarrollo motor grueso, integración sensomotriz, habilidades perceptivo-motrices, desarrollo del lenguaje, habilidades conceptuales y habilidades sociales Valett (1990).
2. Apoyo emocional y conductual sugerido a los padres de familia: Oaklande (1992); considera que el sujeto que sufre de TDAH, puede que le cueste sentarse quieto, se revuelve, tiene que moverse mucho, a veces habla demasiado, puede que se muestre irritante, agrede a otros niños causando conflictos y disputas, es impulsivo, con frecuencia tiene

mala coordinación o un deficiente control muscular, es torpe, deja caer las cosas, derrama la leche, le cuesta centrar su atención se distrae fácilmente. Hace muchas preguntas, pero rara vez espera por las respuestas. A los adultos les desagradan éstas conductas y etiquetan al niño como "agresivo", "desobediente", "grosero"; lo segregan del grupo sin reconocer que a veces cuando el niño es considerado agresivo es sólo porque está expresando su enojo. Generalmente los actos agresivos no son la verdadera expresión de la ira, sino desviaciones de los sentimientos reales. Los actos agresivos, frecuentemente llamados antisociales, pueden incluir conductas destructivas tales como destruir bienes, robar, incendiar. El niño que presenta éste tipo de conductas hostiles y destructivas sufre profundos sentimientos de ira, de rechazo, de inseguridad y de angustia, sentimientos heridos y a menudo un difuso sentido de identidad. También tiene una muy mala opinión del yo que él conoce. Es incapaz o no quiere y teme expresar lo que siente, porque si lo hace, puede perder la fuerza que reúne para involucrarse en conductas agresivas. Siente que necesita como método de supervivencia, hacer lo que hace. Tales trastornos limitan su capacidad para tener oportunidad de desarrollarse adecuadamente en las esferas emocional, académica y social, para lo cual se requiere urgentemente de un apoyo conjunto tanto del maestro de grupo como de los padres de familia que no solo incida en el área emocional sino que logre avances también en el aspecto conductual referente al fomento de

conductas deseables. Velasco (1995); señala oportunamente que el tratamiento del TDAH se complementa favorablemente con el manejo psicológico de los padres, debido a que la mayoría de las veces se sienten responsables de los problemas de conducta del niño, es conveniente un manejo adecuado de los sentimientos de culpabilidad que suelen generarse. Los padres creen tener una "responsabilidad genética" al suponer que la entidad es transmitida a través de la herencia. Cuando se entiende bien que el niño no puede reaccionar como es deseable, porque está sujeto tanto a impulsos provenientes de su propio organismo como a respuestas incontrolables de su sistema nervioso ante los estímulos que preceden del exterior, se está en condiciones de evitar la angustia propia y la angustia generada por una hostilidad dirigida al niño. Así pues, parte de las estrategias que se utilizan en el tratamiento dirigidas al apoyo de padres de familia, se dirigen fundamentalmente a combatir esas dos manifestaciones obstaculizantes: la hostilidad contra el individuo y el sentimiento de culpa de los padres. Una segunda explicación tiene como finalidad la aceptación, por parte de los padres de la prescripción de los fármacos (cuando sea necesario), al tratar dicho asunto es recomendable una actitud de firmeza respecto a la necesidad de usarlos. Se recomienda pues, que para que podamos recibir el apoyo de parte de los padres de familia, éstos deberán comprometerse a recibir ayuda psicológica razón que les permitirá observar positivamente que el niño cuenta con sus

propias y muy características habilidades, aptitudes, intereses y valores a los que habrá que estimular y favorecer continuamente para ayudar a desarrollar y recuperar la autoconfianza y autoestima perdida debido a los déficits que presenta su potencial natural.

3. Manejo farmacológico: El manejo farmacológico del TDAH según Uriarte (1989); se hace a partir de un grupo de medicamentos que aumentan el estado de alerta, disminuyen la sensación de fatiga, elevan el estado de ánimo, incrementan la iniciativa, la confianza, la capacidad de atención concentración y las actividades motora y verbal; éstos cambios son útiles para un grupo de pacientes. Después del efecto estimulante puede presentarse fatiga, depresión mental, cefalea, agitación, confusión y angustia, principalmente si se han tomado sin prescripción médica, ya que por lo general la automedicación se realiza con dosis elevadas. No es conveniente administrar los psicoestimulantes después de las 5 p.m., pues pueden producir insomnio. El efecto terapéutico en niños con TDAH se presenta en algunos casos después de dos o tres semanas de tratamiento, por lo cual no es prudente suspender la medicación si en los primeros días no se obtiene el resultado deseado. Los efectos colaterales son muy importantes, pues irregularmente se presenta tensión psicósomática, nerviosismo, irritabilidad, sequedad de boca, palpitaciones, insomnio, agresividad, estados de pánico, alucinaciones, ideas delirantes de daño y perjuicio, hiporexia, diarrea, palpitaciones, hipotensión o hipertensión arterial, disminución del sueño,

temblor, frialdad en extremidades, palidez, náusea, cefalea, somnolencia, cambios en el ritmo cardíaco depresión, y mareos. La prescripción del fármaco (para evitar la exacerbación de los efectos colaterales) requiere que se haga bajo estricta vigilancia médica. La mayoría de los efectos colaterales mencionados son leves y desaparecen cuando se prolonga su administración o se reduce la dosis. En resumen, se debe tomar en cuenta que en los casos más severos, el trastorno requiere pues, del empleo de un fármaco que mejore la atención del niño y disminuya su hiperactividad e impulsividad, sobre todo en el caso de que dichas dificultades sean incapacitantes. Cabe recordar, que en éste caso, la farmacoterapia es el tratamiento de primera línea. Sin duda alguna, para los casos severos la diferencia está entre permanecer en la escuela o ser expulsado entre ser individuo creativo o ser destructivo y rechazado.

Partiendo de la experiencia laboral obtenida a través de diversos centros educativos públicos y privados fue evidente observar la falta de orientación de parte de los padres de familia y la desinformación mostrada por parte de los maestros acerca del problema que significa el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Tal situación los ha llevado a utilizar medios hostiles como correctivos que van desde el castigo físico hasta el emocional, dichas actitudes no hacen más que exacerbar las dificultades que presenta el trastorno. Para contrarrestarlas, se hace necesario implementar un proyecto de tratamiento que permita a padres y maestros

hacerlos partícipes dando información, ofreciendo orientación e implementando estrategias de manejo acerca del trastorno. Para lograr dicho objetivo se partió de los siguientes puntos:

- Atención psicopedagógica (apoyo a profesores)
- Orientación a padres de familia
- Orientación farmacológica

El objetivo primordial del tratamiento no consiste en la cura; sino favorecer en la medida de lo posible, una mejor adaptación social, académica, familiar y personal, abordando los problemas y trastornos asociados con la intención de evitar que se compliquen. Hoy día los intentos de tratamiento que más se usan para atenuar el TDAH son los procedimientos terapéuticos de tipo médico psicológico y pedagógico que; sin duda alguna, con la combinación de todos ellos se obtendrán los mejores resultados. En la actualidad está comprobado que la capacidad terapéutica de éstas tres proposiciones y de la participación armoniosa de ellas dependerá el pronóstico del TDAH.

**HABILIDADES BASICAS DEL APRENDIZAJE
APOYO A PROFESORES
APOYO PSICOPEDAGÓGICO**

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
MOTRICIDAD GRUESA	ESTIMULAR DESARROLLO Y CONCIENCIA RESPECTO A LA ACTIVIDAD MUSCULAR.	<p>-DAR VUELTAS EN EL PISO MIENTRAS SOSTIENE SOBRE SUS PIES UNA TOALLA.</p> <p>-DESDE UNA POSICIÓN EN DECUBITO DORSAL CON LOS BRAZOS EN LA CABEZA, GIRAR DESDE ATRÁS HACIA EL ESTÓMAGO, DANDO VUELTAS ALTERNAS DE IZQUIERDA A DERECHA, DEJARSE CAER, RODAR HACIA ABAJO O POR UN PLANO INCLINADO.</p> <p>ENROLLARSE DESPACIO DENTRO DE UNA SÁBANA Y DESENRROLLARSE DESPACIO FUERA DE ELLA,</p> <p>-COLOCAR UN ARO EN EL SUELO, HECHARSE SOSTENIÉNDOLO CON LAS MANOS Y DAR VUELTAS CIRCULARES ALREDEDOR DEL MISMO.</p>	<p>TOALLA</p> <p>SABANA</p> <p>ARO</p>	<p>ES IMPORTANTE CONSIDERAR QUE EL NIÑO REQUIERE DE HACER ANÁLISIS SOBRE TODO DE SU CONDUCTA, PARA LO CUAL SE HACE NECESARIO BRINDARLES AYUDA HASTA DONDE SEA POSIBLE PARA QUE APRENDA A CONTROLAR SUS MOVIMIENTOS.</p>

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
MOTRICIDAD GRUESA	FAVORECER LA HABILIDAD PARA SENTARSE DERECHO EN POSICIÓN NORMAL SIN AYUDA. (INICIO DE LA RELAJACIÓN Y CONTROL MUSCULAR)	<p>PEDIR AL NIÑO SE SIENTE EN SU PUPITRE RECOSTANDO SU CABEZA Y BRAZOS EN LA PALETA, PEDIRLE ESCUCHE MÚSICA SUAVE Y SE CONCENTRE EN SUS BRAZOS, HOMBROS, ESPALDA, CABEZA, CUELLO, PIERNAS Y PIES. Y A MEDIDA QUE ESCUCHE LA MÚSICA SIENTA COMO SU CUERPO TIENDE A ESTAR CADA VEZ MÁS Y MÁS DESCANSADO (RELAJADO).</p> <p>-AL TERMINAR LA PRÁCTICA DE RELAJACIÓN SE LE PEDIRÁ AL NIÑO SE SIENTE CORRECTAMENTE PARA LEER EL CUENTO QUE DESEE (SU POSTURA DE SENTADO DEBERÁ SER RECTA Y DERECHA).</p> <p>-SENTARSE EN DIFERENTES OBJETOS: ESCRITORIO, CAJAS , MESAS, BANCOS, SILLAS, SILLÓN, ETC., TRATANDO DE MANTENER UNA POSTURA DE SENTADO LO MÁS CORRECTA POSIBLE.</p>	<p>PUPITRE MUSICA SUAVE</p> <p>PUPITRE, LIBRO DE CUENTOS DIVERSOS OBJETOS PARA SENTARSE</p>	<p>LOS NIÑOS PARA APRENDER A TRABAJAR EN FORMA EFECTIVA DEBEN APRENDER A RELAJARSE Y A PRESCINDIR DE QUE CADA MOMENTO SE LE RECUERDE COMO DEBE SENTARSE.</p> <p>CON EL USO DE ÉSTAS TÉCNICAS, NO SOLO ESTIMULAMOS LA HABILIDAD DEL NIÑO PARA ADQUIRIR UNA POSTURA CORRECTA PARA FACILITAR EL</p>

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
MOTRICIDAD GRUESA		<p>-HACER CHARLAS Y PROYECTAR PELÍCULAS PARA CONOCER LA FORMA CORRECTA DE SENTARSE EN EL CINE, RESTAURANTE, TEATRO, CAFETERÍA, ETC.</p> <p>-COMENTAR LA IMPORTANCIA DE SENTARSE CORRECTAMENTE MANTENIENDO EL EQUILIBRIO MIENTRAS SE MECE SUAVEMENTE.</p> <p>-BALANCEARSE EN UN COLUMPIO.</p> <p>-USO DE LA BICICLETA Y EL PATÍN.</p> <p>PEDIR AL NIÑO EVALÚE LA POSTURA DE SUS COMPAÑEROS A LA HORA DE CLASE.</p> <p>PEDIR AL NIÑO GATEE AL RITMO DE LA MÚSICA (LENTA Y RÁPIDA).</p> <p>-TOMAR OBJETOS O JUGUETES TIRADOS EN EL</p>	<p>PROYECTOR DE PELÍCULAS</p> <p>MECEDORA</p> <p>COLUMPIO</p> <p>BICICLETA</p> <p>DIVERSOS</p>	<p>TRABAJO, SINO QUE TAMBIÉN INCIDIMOS EN LA ATENUACIÓN Y CONTROL DE LA IMPULSIVIDAD.</p>

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
MOTRICIDAD GRUESA	ESTIMULAR LAS DESTREZAS DE COORDINACIÓN CORPORAL	<p>PISO AL MISMO TIEMPO QUE GATEA.</p> <p>-GATEAR FORMANDO UNA FILA HACIA DELANTE Y HACIA ATRÁS.</p> <p>GATEAR POR DEBAJO DE SILLAS MESAS, TUNELES, BANCOS, CAJAS DE CARTÓN, ETC.</p> <p>ESCONDER UN OBJETO Y GATEANDO EL NIÑO DEBERÁ ENCONTRARLO.</p> <p>-ALGUNOS NIÑOS DEBERÁN COLOCARSE FORMANDO UN TÚNEL Y EL NIÑO QUE GATEA PASARÁ POR ÉL SIN TOCARLO.</p> <p>-REALIZAR JUEGOS DE EQUIPO Y RELEVOS TALES COMO "CARRERAS DE PAPAS", LAS CUALES DEBERÁN EMPUJAR CON LA NARIZ MIENTRAS GATEAN.</p>	<p>OBJETOS Y JUGUETES</p> <p>SILLAS, MESAS, CAJAS DE CARTÓN, ETC.</p> <p>PAPAS</p>	
COORDINACIÓN MOTORA GRUESA		-CAMINAR DESCALZOS SOBRE BARRO, ARENA,	SUELOS DE DIFERENTES	

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
COORDINACIÓN MOTORA GRUESA	EL NIÑO ADQUIRIRA LA HABILIDAD PARA CAMINAR EN FORMA COORDINADA	<p>TIERRA, CEMENTO, SUELOS, ETC., DESCRIBIENDO LAS SENSACIONES DE CADA EXPERIENCIA.</p> <p>CAMINAR HACIA DELANTE, HACIA ATRÁS, SOBRE BORDES Y ESCALERAS.</p> <p>-CAMINAR Y MARCHAR AL RITMO DE UNA RONDA INFANTIL.</p> <p>-CAMINAR DE PUNTILLAS CON LOS BRAZOS EXTENDIDOS HACIA LOS LADOS, SOBRE LA CABEZA, ETC.</p> <p>-CAMINAR SIGUIENDO UNA LÍNEA: PUNTA-TALÓN.</p> <p>-CAMINAR SIGUIENDO ÓRDENES: PASOS LIGEROS, CORTOS, LARGOS, LENTOS, RÁPIDOS, ETC.</p> <p>-CAMINAR COMO OSO, PATO, GALLO, ETC.</p> <p>-CAMINAR SOBRE TABLAS</p>	<p>TEXTURAS</p> <p>ESCALERAS</p> <p>RONDAS INFANTILES</p> <p>TABLONES DE MADERA</p>	<p>EL EQUILIBRIO LLEVARÁ AL FORTALECIMIENTO DE LOS MÚSCULOS Y AL DOMINIO GENERAL DEL CUERPO, YA QUE EL MOVIMIENTO ES EL JUSTO MEDIO ENTRE EL EQUILIBRIO Y EL DESEQUILIBRIO Y LA TOMA DE CONCIENCIA DE UNO; Y OTRO AYUDA AL DESARROLLO DEL CONTROL CORPORAL Y PSÍQUICO DEL NIÑO.</p>

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
COORDINACIÓN MOTORA GRUESA	ESTIMULAR LA HABILIDAD PARA CORRER	<p>EN RELIEVE.</p> <p>-CAMINAR CON LOS OJOS VENDADOS SIGUIENDO CAMINOS EN RELIEVE.</p> <p>-CAMINAR SOBRE ZANCOS.</p> <p>-CORRER DESPACIO SIN DESPLAZARSE.</p> <p>-CORRER RÁPIDAMENTE SIN DESPLAZARSE.</p> <p>-CORRER SIN DESPLAZARSE SIGUIENDO UN RITMO MUSICAL.</p> <p>-CARRERA DE LABERINTOS PINTADOS EN EL PATIO DE LA ESCUELA.</p> <p>-CARRERA DE "TRES PIERNAS" : ATAR LA PIERNA IZQUIERDA DE UN ALUMNO A LA PIERNA DERECHA DE OTRO Y COMENZAR LA CARRERA.</p> <p>-CARRERAS DE VELOCIDAD DE 25, 30 Y 75 METROS DE</p>	<p>ZANCOS DE LATÓN</p> <p>CUERDAS</p>	<p>LA EJECUCIÓN DE ÉSTAS ACTIVIDADES LE PERMITIRÁN AL NIÑO MEJORAR SU TORPEZA MOTORA. ES DE SUMA IMPORTANCIA QUE DESPUÉS DE QUE EL NIÑO HAYA TERMINADO DE REALIZAR LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS COMENTE: "CAMINE HACIA DELANTE", "SUBÍ ESCALERAS", "CAMINÉ DE PUNTILLAS", EL NIÑO DEBERÁ HACER CONCIENCIA DE LO QUE ESTÁ HACIENDO.</p> <p>LA HABILIDAD PARA CORRER, REQUIERE DE FUERZA MUSCULAR, COORDINACIÓN Y RESISTENCIA Y</p>

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
COORDINACION MOTORA GRUESA	ESTIMULAR LA HABILIDAD PARA SALTAR OBSTÁCULOS SENCILLOS SIN CAER	LONGITUD. -CARRERAS CARGANDO A UN COMPAÑERO. -CARRERAS DE RESISTENCIA DE 100 Y 200 METROS. -CORRER BOTANDO UNA PELOTA. -RODAR LLANTAS MIENTRAS CORREN. -SALTAR A LO LARGO DE UNA LÍNEA HACIA ATRÁS Y HACIA DELANTE. -SALTAR EN UNA SOLA PIERNA. -SALTAR DESDE UNA SILLA HACIA UNA LÍNEA TRAZADA EN EL PISO. -SALTAR RÍTMICAMENTE. -SALTAR COMO CONEJO, CANGURO, RATÓN, ETC. -SALTAR CAJAS DE CARTÓN	PELOTA LLANTAS DE AUTO CAJAS DE	CONTRIBUYE DE MANERA IMPORTANTE AL APRENDIZAJE PSICOMOTOR TOTAL. LA PRÁCTICA CONTÍNUA DE ÉSTOS EJERCICIOS PERMITIRÁ OBTENER UN MEJOR CONTROL MOTOR GENERAL.

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
COORDINACIÓN MOTORA GRUESA (ESQUEMA CORPORAL)	ESTIMULAR LAS DESTREZAS DE COORDINACIÓN CORPORAL COMO RESPUESTA A LA MÚSICA	DE DIFERENTES TAMAÑOS. -SALTAR LA CUERDA. -SALTAR AFUERA Y ADENTRO DE UN ARO. -SE LE PROPORCIONARÁ AL NIÑO DOS MASCADAS LAS CUALES DEBERÁ TOMAR UNA EN CADA MANO, AL INICIO DE LA MÚSICA Y SIN ZAPATOS DEBERÁ PASAR AL CENTRO DEL SALÓN EXPRESÁNDOSE A PARTIR DE LA AGITACIÓN DE LAS MASCADAS, SALTOS, BAILE, ETC. (SE USARÁ DIFERENTES TIPOS DE MUSICA). -PRACTICAR BAILES INDIOS. -PRACTICAR BAILES SOCIALES SENCILLOS. -BAILES MODERNOS. -UTILIZAR DISFRACES, CINTAS DE COLORES, MÁSCARAS Y GLOBOS AL PRACTICAR EL BAILE.	CARTÓN DE DIFERENTE TAMAÑO. ARO MASCADAS DE SEDA DE DIFERENTES TAMAÑOS Y COLORES, GRABADORA Y DIFERENTES RITMOS DE MÚSICA. DISFRACES, CINTAS, MÁSCARAS.	ES MUY IMPORTANTE QUE EL NIÑO PLATIQUE DE SU EXPERIENCIA Y DISCRIMINE LAS PARTES DEL CUERPO QUE OCUPÓ AL REALIZAR EL EJERCICIO. LA EJECUCIÓN DE ÉSTAS ACTIVIDADES, PERMITIRÁN ELEVAR LA AUTOESTIMA Y ATENUAR LA ANSIEDAD QUE PRESENTA EL NIÑO YA QUE DISFRUTARÁ DE LA LIBERTAD QUE LE PROPORCIONA EL MOVIMIENTO COMO RESPUESTA A LA MÚSICA Y AL RITMO. LA EDUCACIÓN RÍTMICA ES INDISPENSABLE EN LA

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
MOTORA GRUESA	FAVORECER LA ADQUISICIÓN DE LA HABILIDAD PARA IDENTIFICARSE A SÍ MISMO	<p>-MIRARSE EN UN ESPEJO DE CUERPO ENTERO, SE LE INDICARÁN CUALES SON LAS PARTES DE SU CUERPO LAS CUALES DEBERÁ IDENTIFICAR POR LA FORMA Y EL NOMBRE. Y FINALMENTE RECONOCERÁ LA UNIÓN DE TODAS LAS PARTES COMO UNA UNIDAD.</p> <p>-EL NIÑO DEBERÁ REFERIRSE A SÍ MISMO: "YO SOY JUAN".</p> <p>-MIRAR FOTOS RECIENTES PROPIAS Y PEDIRLE DIGA ALGO DE SÍ MISMO.</p> <p>-MEZCLAR LAS FOTOGRAFÍAS DE LOS COMPAÑEROS DE CLASE CON RECORTES DE REVISTAS Y PEDIRLES SE IDENTIFIQUEN Y SE LOCALIZEN.</p> <p>-PASAR LISTA Y PEDIR AL NIÑO RESPONDA SOLAMENTE A SU NOMBRE.</p>	<p>ESPEJO</p> <p>FOTOS PROPIAS RECIENTES</p> <p>FOTOGRAFÍAS DE LOS COMPAÑEROS DE CLASE.</p>	<p>REHABILITACIÓN DE ÉSTOS NIÑOS. PUES; PARTIENDO DEL HECHO DE QUE TODO EN LA VIDA ES MOVIMIENTO: RECORDEMOS QUE EL LENGUAJE TAMBIÉN LO ES, PUES ANTES DE QUE UN INDIVIDUO EN LAS PRIMERAS ETAPAS DE SU VIDA ENTIENDA LO QUE SE LE DICE, COMPRENDE EL SENTIDO SIMPLEMENTE POR LA ENTONACIÓN</p> <p>EL ESQUEMA CORPORAL DEL NIÑO SE ENCUENTRA DESESTRUCTURADO, PARA LO CUAL SE SUGIERE LA PRÁCTICA DE LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS PARA QUE LOGRE ADQUIRIR LA HABILIDAD DE LA AUTOIDENTIFICACIÓN.</p>

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
COORDINACIÓN MOTORA GRUESA	EL NIÑO ADQUIRIRÁ LA HABILIDAD PARA LOCALIZAR LAS PARTES DEL PROPIO CUERPO	<p>-IDENTIFICAR SU VOZ EN UNA CINTA MAGNETOFÓNICA.</p> <p>-APRENDER A IDENTIFICAR SU NOMBRE ESCRITO TANTO EN LETRA CURSIVA COMO EN MANUSCRITA.</p> <p>-GRABAR LA HISTORIA VITAL DE CADA NIÑO, PRESENTARLA Y EL NIÑO TENDRÁ QUE IDENTIFICARLA ENTRE MUCHAS MÁS.</p> <p>-SEÑALAR LAS PARTES DE SU CUERPO UTILIZANDO ROMPECABEZAS DE FIGURAS HUMANA, RECORTES DE REVISTAS PARA IDENTIFICARLAS.</p> <p>-PRACTICAR "EL JUEGO DEL CALENTAMIENTO".</p> <p>-IDENTIFICAR SIN AYUDA LAS PARTES DE SU CUERPO EN EL ESPEJO.</p> <p>-DIBUJAR SU CUERPO EN PAPEL BOND.</p>	<p>CINTA PARA GRABAR, GRABADORA.</p> <p>ROMPECABEZAS,</p> <p>PAPEL BOND</p>	

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
COORDINACIÓN MOTORA GRUESA	EL NIÑO ADQUIRIRÁ LA HABILIDAD PARA TRANFERIR Y GENERALIZAR LOS AUTOCONCEPTOS	<p>-LOCALIZAR CON MATERIAL GRÁFICO Y AUDIOVISUAL, LOS ÓRGANOS INTERNOS.</p> <p>-DESCRIBIR LA FUNCIONALIDAD DE CADA PARTE DE NUESTRO CUERPO.</p> <p>-LOCALIZAR LAS PARTES DEL CUERPO HUMANO EN LOS OTROS, EN SÍ MISMO Y A NIVEL GRÁFICO.</p> <p>-LOCALIZAR PARTES DEL CUERPO EN UNA MUÑECA.</p> <p>-CORTAR Y REHACER FIGURAS DE PERSONAS COMPLETAS.</p> <p>-IDENTIFICAR EN UNA REVISTA EL SEXO DE LAS PERSONAS Y DE SÍ MISMO.</p> <p>-HACER TARJETAS DE FELICITACIÓN REPRESENTANDO A SERES HUMANOS INMERSOS EN FESTEJOS TALES COMO: "DÍA</p>	<p>ENCICLOPEDIAS, REVISTAS CIENTÍFICAS.</p> <p>REVISTAS VIEJAS</p> <p>CARTULINA, COLORES, TIJERAS</p>	<p>EL ENTRENAMIENTO DE ÉSTAS HABILIDADES FACILITARÁN EL DESARROLLO DE UN AUTOCONCEPTO ADECUADO, PARA LOGRARLO; NECESITA APRENDER A LOCALIZARSE A SÍ MISMO EN EL ESPACIO.</p>

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
MOTORA GRUESA		<p>DE LA AMISTAD", "DÍA DE LAS MADRES", "DÍA DEL NIÑO", "DÍA DE REYES", "CUMPLEAÑOS DE LOS PADRES", ETC.</p> <p>-DIBUJAR PARTES DEL CUERPO POR SEPARADO, JUNTARLAS Y LOGRAR UN DIBUJO COMPLETO.</p> <p>-HACER DIBUJOS DE ARCILLA DE SÍ MISMO Y DE LA FAMILIA.</p> <p>-USAR LIBROS QUE VERSEN ACERCA DEL CUERPO HUMANO Y TRATAR DE CALCAR EL CORAZÓN, LOS PULMONES, EL CEREBRO, ETC.</p> <p>-MOSTRARLE AL NIÑO QUE LAS PERSONAS CUENTAN CON UNA ESTATURA, TALLA, PESO, RAZA, ETC.</p> <p>-HACER EJERCICIOS DONDE EL NIÑO DISCUTA: "LA PERSONA QUE SOY", "LO QUE QUIERO SER", "MIS</p>	<p>ARCILLA</p> <p>ENCICLOPEDIAS</p>	<p>EL NIÑO REQUIERE DE EXPERIENCIAS QUE LE PERMITAN CONSIDERARSE A SÍ MISMO EN SITUACIONES ESPECÍFICAS Y CONTRIBUIR AL DESARROLLO DE UN AUTOCONCEPTO SÓLIDO.</p>

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
MOTRICIDAD GRUESA (ESQUEMA CORPORAL)	<p>HABILIDAD PARA MANTENER EL EQUILIBRIO ENTRE LA MOTRICIDAD FINA Y GRUESA Y EL MOVIMIENTO ESTIMULAR EL RITMO Y EQUILIBRIO</p> <p>HABILIDAD PARA</p>	<p>HEROES", "EL TIPO DE PERSONA QUE QUIERO LLEGAR A SER".</p> <p>-ANDAR DE PUNTILLAS.</p> <p>-BOTAR LA PELOTA EN UN MISMO SITIO.</p> <p>-BOTAR LA PELOTA AL RITMO DE LA MÚSICA.</p> <p>-RELEVOS DE EQUILIBRIO LLEVANDO LIBROS EN LA CABEZA.</p> <p>-ANDAR EN PATINES Y PRACTICAR EL PATINAJE RÍTMICO.</p> <p>-CAMINAR Y MANTENER EL EQUILIBRIO DE LOS GLOBOS EN LAS PALMAS DE LAS MANOS.</p> <p>-MOSTRAR LA TEXTURA DE LA PIEL DE DIFERENTES ANIMALES: POLLOS TORTUGAS, RATONES, PERROS, GATOS, PÁJAROS, ETC., SENTIR LA DIFERENCIA ENTRE LAS PATAS, UÑAS,</p>	<p>PELOTA</p> <p>LIBROS</p> <p>PATINES</p> <p>GLOBOS</p> <p>TEXTURA DE DIFERENTES ANIMALES.</p>	<p>ADEMÁS DE FAVORECER EL EQUILIBRIO, AYUDAN A MANTENER UN ADECUADO CONTROL DEL IMPULSO</p>

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
INTEGRACIÓN SENSOMOTRIZ	IDENTIFICAR Y COMBINAR OBJETOS POR EL TACTO Y LA SENSACIÓN (DISCRIMINACIÓN TÁCTIL)	<p>PIEL, ETC.</p> <p>-EXPLORAR LA TEXTURA DEL LODO, ARENA MOJADA, PINTURA DE AGUA, ENGRUDO, BARRO, LECHE, JARABE, ETC.</p> <p>-EXPLORAR TEXTURA DE LA ARENA SECA, POLVO, PIEDRECILLAS, PINOLE, ROCA, CEMENTO, LADRILLO, MADERAS, PAPEL, TELAS, ETC.</p> <p>-EXPLORAR TEXTURAS DE LA ROPA. ELABORAR UN ÁLBUM.</p> <p>-DISCRIMINACIÓN DE ALIMENTOS: TAMAÑO Y FORMA DE FRUTAS Y VERDURAS.</p> <p>-DISCRIMINAR FORMAS GEOMÉTRICAS HECHAS DE MADERA.</p> <p>-USAR UN VIBRADOR MUSCULAR PARA ESTIMULAR LOS BRAZOS, LA ESPALDA Y DESCRIBIR QUE</p>	<p>MATERIAL DE DIFERENTE TEXTURA</p> <p>DIFERENTES TIPOS DE TELA</p> <p>FRUTAS Y VERDURAS</p> <p>MATERIAL DE MADERA.</p> <p>VIBRADOR MUSCULAR</p>	<p>LA DISCRIMINACIÓN TÁCTIL Y LA INTEGRACIÓN SENSORIAL ESTAN GRAVEMENTE ALTERADAS EN EL NIÑO, Y SE DEBE RECONOCER QUE SON CONDICIONES BÁSICAS PARA CONSEGUIR EL NIVEL MÁS ALTO DE APRENDIZAJE COGNITIVO Y PERCEPTUAL</p>

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
INTEGRACIÓN SENSOMOTRIZ		<p>SIENTE.</p> <p>-TOCAR EL ÁREA DE LA CABEZA, CARA, PLANTA DEL PIÉ, MANOS Y DEDOS, ESPALDA, CUELLO ETC., UTILIZANDO PARA ELLO UN LÁPIZ O UN CLAVO SIN PUNTA.</p> <p>-VENDARLE LOS OJOS, CAMINAR Y DESCRIBIR A DÓNDE HA LLEGADO A TRAVÉS DE PALPAR EL LUGAR.</p> <p>-DIBUJAR FORMAS SOBRE LA PALMA DE LA MANO DEL NIÑO, MIENTRAS ÉSTE TIENE LA MANO EN LA ESPALDA, EL NIÑO TENDRÁ QUE REPRODUCIR EL DISEÑO EN UN PAPEL.</p> <p>-ENTRENAR AL NIÑO EN LA DIFERENCIACIÓN DE TEMPERATURAS.</p> <p>-HACER QUE EL NIÑO MANIPULE CON SU MANO DERECHA UNA FORMA</p>	<p>LÁPIZ O CLAVO SIN PUNTA.</p> <p>LÍQUIDOS TIBIOS, FRÍOS Y CALIENTES.</p>	

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
INTEGRACIÓN SENSOMOTRIZ	HABILIDAD PARA DISTINGUIR LA NOCIÓN DERECHA- IZQUIERDA, ASÍ COMO NOCIONES DE ESPACIO.	<p>GEOMÉTRICA OCULTA BAJO UN PAÑO, PEDIRLE A CONTINUACIÓN, ENCUENTRE UNA FORMA IDÉNTICA DEBAJO DE OTRO PAÑO.</p> <p>-EL NIÑO DEBERÁ DIBUJAR UN OBJETO OCULTO QUE ESTÁ SINTIENDO CON LA OTRA MANO.</p> <p>-HACER TAREAS CON LOS OJOS VENDADOS: CAMINAR, ARMAR ROMPECABEZAS, EDIFICAR CON CUBOS, ETC.</p> <p>-CALCAR Y RECORTAR DIBUJOS DE LAS MANOS Y LOS PIES DIFERENCIANDO EL IZQUIERDO Y EL DERECHO.</p> <p>-TRAZAR Y CALCAR PATRONES Y PALABRAS COMENZANDO A LA IZQUIERDA Y YENDO A LA DERECHA DE UN PLANO GRÁFICO. HACER QUE LOS NIÑOS FIRME EN LA PARTE SUPERIOR IZQUIERDA DEL</p>	PAPEL CARBÓN, HOJAS BLANCAS, COLORES, ETC.	

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
INTEGRACIÓN PERCEPTIVO MOTRIZ	ESTIMULAR LA HABILIDAD PARA JUZGAR LOS PERIODOS DE TIEMPO Y SER CONSCIENTES DE LOS CONCEPTOS CRONOLÓGICOS	<p>PAPEL PARA EVITAR INVERSIONES.</p> <p>-CAMINAR DESPACIO HACIA EL OTRO EXTREMO DEL AULA, DESPUÉS, RÁPIDO, PREGUNTAR AL NIÑO, CUÁNTO TIEMPO TRANSCURRIÓ EN EL DESARROLLO DEL MISMO.</p> <p>-SALTAR LA CUERDA ATENDIENDO A UN RITMO MUSICAL.</p> <p>-ENSEÑAR DIFERENCIAS ENTRE LOS CONCEPTOS: MAÑANA, TARDE, NOCHE, UTILIZANDO DIAPOSITIVAS, ILUSTRACIONES Y PELÍCULAS.</p> <p>-CON FOTOGRAFÍAS, MOSTRAR LAS DIFERENTES ESTACIONES DEL AÑO Y PERIODO DE VACACIONES.</p> <p>--EXPLICAR EL FUNCIONAMIENTO DEL RELOJ DE ARENA.</p>	<p>CUERDA</p> <p>PELÍCULAS Y MATERIAL ILUSTRATIVO</p> <p>RELOJ DE ARENA</p>	<p>LA ORGANIZACION CORPORAL EN EL TIEMPO, REFLEJA LA INTEGRACIÓN SENSOMOTRIZ EN EL ESPACIO Y ES UN REQUISITO PREVIO PARA EL DOMINIO DE LAS HABILIDADES</p>

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
INTEGRACIÓN SENSOMOTRIZ		<p>-CALENDARIO: MESES, SEMANAS, DÍAS, HORAS, MINUTOS, SEGUNDOS CON LA AYUDA DE UN CRONÓMETRO.</p> <p>-PROGRESIÓN DE LA EDAD A PARTIR DE FOTOGRAFÍAS TOMADAS EN DIFERENTES MOMENTOS DE LA VIDA DEL NIÑO.</p> <p>-HACER QUE EL NIÑO JUZGUE Y MIDA EL TIEMPO REQUERIDO PARA LLEGAR A LA ESCUELA, CAMINAR AL AULA, ETC.</p> <p>-HISTORIA PERSONAL, EXPLICAR EL DESARROLLO CRONOLÓGICO SIRVIÉNDOSE PARA ELLO DE SU FAMILIA: NACIMIENTO DEL PADRE Y OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA.</p> <p>-CON LOS OJOS ABIERTOS Y LUEGO CERRADOS HACER RECONOCER AL NIÑO LA CONSISTENCIA DE LOS</p>	FOTOGRAFÍAS DEL NIÑO Y SU FAMILIA	PERCEPTIVAS Y CONCEPTUALES AVANZADAS QUE ESTAN ALTERADAS EN EL NIÑO QUE SUFRE TDAH

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
INTEGRACIÓN SENSOMOTRIZ		CUERPOS POR SU SUPERFICIE Y PERMITIR QUE LOS VEA, LOS TOQUE Y LOS SIENTA.		
	EL NIÑO RECONOCERÁ LAS NOCIONES DE INTENSIDAD DE LOS ESTÍMULOS PERCIBIDOS A TRAVÉS DE LA VISTA, EL OÍDO, EL TACTO, EL GUSTO	-APOYARLO A QUE CONOZCA EL VOCABULARIO TÁCTIL: RUGOSO, LISO, ÁSPERO, PULIMENTADO, DESLIZANTE, DURO, BLANDO, PASTOSO, LÍQUIDO, VISCOSO, ETC. -DAR AL NIÑO, QUIÉN TENDRÁ LOS OJOS CERRADOS, UN COSTAL, UN SACO O UNA RED EN DONDE SE VAN METIENDO OBJETOS CADA VEZ MÁS LIGEROS. A LO QUE EL NIÑO DEBERÁ DECIR: ESTO NO PESA NADA, ESTO ES PESADO, ESTO ES LIGERO, ETC.	MATERIAL CON DIVERSAS TEXTURAS COSTAL, Y OBJETOS LIGEROS Y PESADOS	SE TRATA DE HACER PERCIBIR CADA NOCIÓN A TRAVÉS DEL MÁXIMO DE AFERENCIAS SENSORIALES (SENTIR, VER, OIR), Y DE HACERLO EXPRESAR POR EL MÁXIMO DE MEDIOS (EXPRESIÓN CORPORAL, VERBAL, GRAFICA, PICTORICA, ETC.)
INTEGRACIÓN PERCEPTIVO MOTRIZ		-PEDIR AL NIÑO LLENE Y VACÍE DE AIRE SU PECHO: (HINCHAR Y DESHINCHAR). -APOYAR AL NIÑO PARA QUE RECONOZCA A PARTIR DE VASOS Y BOTELLAS MÁS O MENOS LLENOS DE AGUA O	BOTELLAS DE DIFERENTES TAMAÑOS Y AGUA	LA PERCEPCIO DEBE NO SOLAMENTE HACERSE CON TODOS LOS DEDOS DE LA MANOS, SINO TAMBIEN CON LAS

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
	<p>EL NIÑO RECONOCERÁ LA NOCIÓN DE PESO (LIGERO-PESADO) RECONOCERÁ LA NATURALEZA DE LLENO-VACÍO A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN VIVENCIADA.</p> <p>RECONOCIMIENTO DE RUIDO-SILENCIO.</p>	<p>ARENA: "ESTÁ VACÍO", "ESTÁ LLENO", "CASI VACÍO", "CASI LLENO", "LLENO DEL TODO".</p> <p>-PERMITIR AL NIÑO QUE ENTRE JUNTO CON SUS COMPAÑEROS AL SALÓN DE CLASE HACIENDO RUIDO, HABLANDO, GRITANDO Y TRATAR DE HACERLE TOMAR CONCIENCIA DE LO QUE ESTÁN HACIENDO, (SE PODRÍA TAMBIÉN UTILIZAR UNA CINTA MAGNETOFÓNICA PARA REGISTRAR LA ACTIVIDAD SONORA DE LOS NIÑOS).</p> <p>-"SE HA HECHO RUIDO..."</p> <p>-"AHORA VAMOS A TRATAR DE NO HACER RUIDO..."</p> <p>¿CÓMO SE DICE SIN RUIDO?</p> <p>-"EN SILENCIO"</p> <p>-"MUY BIEN PUES VAMOS A HACER SILENCIO"</p> <p>-".¿QUÉ ES LO QUE SE OYE?"</p> <p>-"NO SE OYE NADA"</p> <p>-".¿ESTÁN SEGUROS DE NO OIR NADA?"</p>		<p>DISTINTAS PARTES DEL CUERPO: EL HOMBRO, EL ABDOMEN, LA ESPALDA, EL MUSLO, LA BOVEDA PLANTAR, LA CABEZA, ETC. A ESTAS PERCEPCIONES SE PUEDE AÑADIR EN OCASIONES LA PERCEPCIÓN AUDITIVA (RUIDO DE UNA MANO DESLIZÁNDOSE SOBRE UN OBJETO).</p> <p>A TRAVES DE ESTAS ACTIVIDADES QUE REFIEREN AL RUIDO Y AL SILENCIO, SE TARTARA EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE, HACER CONCIENCIA EN EL NIÑO DE LO QUE ESCUCHA UBICANDO Y SELECCIONANDO RUIDOS Y SONIDOS ESPECIFICOS</p>

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
INTEGRACIÓN PERCEPTIVO MOTRIZ		<p>-CONCIENTIZAR AL NIÑO PARA QUE SEA CAPÁZ DE DARSE CUENTA QUE EXISTEN UN SINNÚMERO DE RUIDOS EXTERNOS Y QUE LOS PUEDE PERCIBIR SELECTIVAMENTE SI SE ESFUERZA (COCHE QUE PASA, PÁJAROS, AMBULANCIAS, AVIONES, LADRIDOS DE PERROS, ETC).</p> <p>-PREGUNTAR AL NIÑO DE QUÉ OTRA MANERA SE PUEDE HACER RUIDO:</p> <p>-HABLANDO -GRITANDO -CANTANDO -GOLPEANDO CON LOS PIES -CORRIENDO -DANDO PALMADAS -UTILIZANDO INSTRUMENTOS MUSICALES.</p> <p>-HACER BOTAR UN BALÓN EN EL SUELO FUERTEMENTE Y PREGUNTAR AL NIÑO: -¿CÓMO HE TIRADO EL BALÓN?</p> <p>-AHORA SE LANZA EL</p>		

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
INTEGRACION PERCEPTIVO MOTRIZ	EL NIÑO APRENDERÁ A DIFERENCIAR LA NOCIÓN FUERTE-DÉBIL	<p>BALÓN MUY DÉBILMENTE -¿Y AHORA? -LO HA TIRADO FLOJO</p> <p>-HA GOLPEADO MENOS FUERTE</p> <p>-LO HA BOTADO MENOS ALTO.</p> <p>-PEDIR AL NIÑO DE QUE MANERA PUEDE DEMOSTRAR "FUERTE" Y "DÉBIL":</p> <p>-DAR PALMADAS -GOLPEAR CON LOS PIES EL SUELO -GOLPEAR EL BALÓN -LANZAR EL BALÓN AL AIRE -SALTAR, ETC.</p> <p>-ESCUCHAR MÚSICA FUERTE Y DÉBIL. -DAR UN ABRAZO FUERTE Y DÉBIL. -PRESIONAR FUERTE Y DÉBIL EL HOMBRO DE UN COMPAÑERO. -ILUMINAR CON COLORES FUERTES Y DÉBILES.</p>		

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
INTEGRACIÓN PERCEPTIVO MOTRIZ	FACILITAR EL CONOCIMIENTO DE LA NOCIÓN DURO-BLANDO	<p>-DIBUJAR EN UNA HOJA DE PAPEL ALGO SIMPLE QUE QUIERA DECIR FUERTE Y EN OTRA HOJA ALGO MUY SIMPLE QUE QUIERA DECIR DÉBIL.</p> <p>-PEDIR AL NIÑO DIBUJE UN MUÑECO DÉBIL Y UN MUÑECO FUERTE.</p> <p>-PONER SOBRE UNA ALFOMBRA BLANDA DISTINTOS OBJETOS DUROS Y HACER PASAR AL NIÑO DESCALZO SOBRE ESA ALFOMBRA CON LOS OJOS CERRADOS QUIEN DEBERÁ RECONOCER SU CONSISTENCIA POR CONTRASTE CON LA ALFOMBRA.</p> <p>-A LA INVERSA COLOCAR OBJETOS BLANDOS SOBRE EL SUELO DURO.</p> <p>PEDIRLE AL NIÑO SE RECUESTE SOBRE EL PISO Y PEDIR A LOS COMPAÑEROS, PASEN A GATAS SOBRE ÉL,</p>	ALFOMBRA Y OBJETOS DUROS	ES MUY IMPORTANTE HACER QUE EL NIÑO SIENTA LA NECESIDAD DE DESCUBRIR POR SI SOLO LAS NOCIONES QUE A TRAVES DE UN EJEMPLO SE LE PIDEN. SOLICITAR A CADA NIÑO DAR UN EJEMPLO DIFERENTE QUE LOS OTROS IMITARAN

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
<p>INTEGRACIÓN PERCEPTIVO MOTRIZ</p>		<p>¿SU CUERPO, ES DURO O BLANDO?. LO ENCONTRARÁN BLANDO POR REFERENCIA AL SUELO.</p> <p>-SITUAR AL NIÑO SOBRE LA ALFOMBRA PIDIÉNDOLE QUE SE CONTRAIGA. LOS COMPAÑEROS PASARÁN SOBRE ÉL Y EL CUERPO LES PARECERÁ DURO POR REFERENCIA A LA ALFOMBRA BLANDA.</p> <p>-APRETAR UN OBJETO EN LA MANO, APRETAR MUY FUERTE. ¿LA MANO ESTÁ BLANDA O DURA?.</p> <p>-PONER LA MANO DEL NIÑO SOBRE EL BRAZO, EL ANTEBRAZO Y EL MUSLO DEL COMPAÑERO QUE TENDRÁ QUE:</p> <p>-APRETAR Y AFLOJAR -EXTENDER Y AFLOJAR -EMPUJAR Y AFLOJAR -TIRAR Y AFLOJAR</p> <p>-DERECHO SOBRE LOS DOS PIES, LUEGO SOBRE UN PIÉ;</p>		<p>ES LA NOCIÓN QUE PERMITIRA QUE EL NIÑO APRENDA UNA ADECUADA PERCEPCIÓN DE LAS TENSIONES MUSCULARES (TENSIÓN-RELAJACION) QUE APORTA UNA NUEVA DIMENSION AL CONOCIMIENTO DEL CUERPO Y FACILITARA LA RELAJACIÓN EN EL NIÑO. LOS NIÑOS INICIALMENTE PERCIBEN LA RELAJACIÓN COMO UN DESCENSO DE TENSIÓN DE LA MUSCULATURA, ES DECIR, UN "ABLANDAMIENTO". EN EL MOMENTO DE LA RELAJACIÓN, CUANDO AL NIÑO SE LE PIDE</p>

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
INTEGRACION PERCEPTIVO MOTRIZ	LARGO-CORTO	<p>POCA LUZ.</p> <p>-HACER MUCHO CONTACTO Y POCO CONTACTO, TRATAR DE TOCAR AL NIÑO O A UN OBJETO EN LA MAYOR SUPERFICIE POSIBLE.</p> <p>-PEDIR AL NIÑO REALICE MUCHO MOVIMIENTO Y POCO MOVIMIENTO CON SU CUERPO.</p> <p>-REALIZAR UNA TAREA: "ARMAR UN ROMPECABEZAS SENCILLO", EN MUCHO TIEMPO Y EN OTRO MOMENTO EN POCO TIEMPO.</p> <p>-JUNTAR MUCHOS Y POCOS OBJETOS.</p> <p>-RECORRER EN EL SUELO UN RECTÁNGULO LARGO Y LUEGO UNO CORTO.</p> <p>-BUSCAR A SU ALREDEDOR OBJETOS LARGOS Y OBJETOS CORTOS.</p>	<p>LAMPARA O FOCO</p> <p>ROMPECABEZAS SENCILLO</p> <p>OBJETOS LARGOS Y CORTOS</p>	<p>LA NOCIÓN DE CANTIDAD NO ES SOLAMENTE UNA NOCIÓN NUMÉRICA, SINO QUE ES EN PRINCIPIO UNA NOCIÓN DE INTENSIDAD DIRECTAMENTE PERCIBIDA: MUCHA LUZ, MUCHO RUIDO, PARA PASAR LUEGO A SERLO DE CANTIDAD CONTINUA; MUCHO AGUA, MUCHA ARENA; Y MAS TARDE DE VISION GLOBAL DE NUMERO: MUCHA GENTE, MUCHAS PELOTAS ETC. LA NOCIÓN DE NUMERO APARECE COMO UNA MATIZACION DE LA NOCIÓN DE CANTIDAD DISCONTINUA: ENTRE, NINGUNO, POCOS Y MUCHOS OBJETOS, EXISTEN UNOS NUMEROS MAS O MENOS GRANDES</p>

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
INTEGRACION PERCEPTIVO MOTRIZ	EL NIÑO INICIARÁ A RECONOCER LA APRECIACIÓN DEL TIEMPO	<p>-SOPLAR DURANTE MUCHO TIEMPO Y LUEGO SOPLAR CORTO.</p> <p>-DURANTE UN TIEMPO LARGO Y LUEGO DURANTE UN TIEMPO CORTO SE LE PEDIRÁ AL NIÑO: HABLAR, SILBAR, CANTAR, CONTAR, CORRER, HACER EJERCICIO, ETC.</p> <p>-PEDIR AL NIÑO SE PONGA DE PIÉ MUCHO TIEMPO Y POCO TIEMPO.</p> <p>-HACER UN SILENCIO LARGO Y LUEGO UN SILENCIO CORTO.</p> <p>-EL NIÑO (CON AYUDA DE UN CRONÓMETRO) LO HACE FUNCIONAR PARA QUE VAYA DANDO PALMADAS CADA SEGUNDO QUE PASE HASTA LLEGAR AL MINUTO.</p> <p>-PEDIR AL NIÑO ESTAR EN SILENCIO DURANTE UN MINUTO, PERMANECER INMÓVIL DURANTE UN</p>	CRONÓMETRO	

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
INTEGRACIÓN PERCEPTIVO MOTRIZ	LEJOS-CERCA	<p>MINUTO. PREGUNTAR ¿CUÁNTAS VECES RESPIRAS DURANTE UN MINUTO?.</p> <p>-EL NIÑO SE SITUARÁ LEJOS DE LA MESA Y LA VENTANA.</p> <p>-SE SITUARÁ LEJOS DE TRES OBJETOS.</p> <p>-TIRAR LA PELOTA LEJOS Y TIRARLA CERCA.</p> <p>-SALTAR LEJOS Y CERCA.</p> <p>PREGUNTAR ACERCA DE LOS RUIDOS DE AFUERA: ¿CUÁLES SON LOS QUE ESTÁN CERCA?, O ¿CUÁLES SON LOS QUE ESTÁN LEJOS?.</p> <p>-PONER LA MANO CERCA DE LA OREJA O LEJOS DE LA NARIZ.</p> <p>-COLOCAR UN RELOJ EN LA OREJA DEL NIÑO QUIÉN DEBERÁ LEVANTAR LA MANO CUANDO YA NO OIGA EL TIC-TAC.</p>	RELOJ	EL NIÑO APRENDERÁ A APRECIAR EL SENTIDO ESPACIO-

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
<p>INTEGRACIÓN PERCEPTIVO MOTRIZ</p>	<p>FOMENTAR LA HABILIDAD PARA RECIBIR Y DIFERENCIAR LOS ESTÍMULOS AUDITIVOS</p> <p>AGUDEZA AUDITIVA</p>	<p>-SUSURRAR ÓRDENES AL NIÑO DESDE DIFERENTES LUGARES Y QUE VAYAN DIRIGIDAS A CADA OÍDO.</p> <p>-SONIDOS FAMILIARES, PRESENTAR DIBUJOS Y GRABACIONES DE TRENES, BARCOS, AVIONES, TRUENOS, ETC.</p> <p>-SONIDOS DE ANIMALES ASOCIANDO A LOS DIBUJOS GRABACIONES.</p> <p>-GRABAR SONIDOS, DEJAR CAER CANICAS, ARRUGAR PAPEL DEPOSITAR AGUA EN UN VASO, VOTAR LA PELOTA, DAR UN PORTAZO, ETC. PONER LA GRABACIÓN Y PEDIRLE AL NIÑO IDENTIFIQUE LOS SONIDOS.</p> <p>-HACER QUE EL NIÑO APRENDA Y REPITA RIMAS Y TRABALENGUAS.</p> <p>-GRABAR LA VOZ DEL NIÑO DICHIENDO CUENTOS Y ENTONANDO CANCIONES PARA LUEGO ESCUCHARSE.</p>	<p>LOTERÍA DE SONIDOS, GRABACIÓN DE SONIDOS AMBIENTALES Y FAMILIARES</p> <p>CINTA PARA GRABAR, GRABADORA</p>	<p>TEMPORAL A PARTIR DE EXPERIENCIAS VIVENCIADAS DONDE COMPRENDERA LAS NOCIONES; ALTO-BAJO, ANCHO-ESTRECHO, GRUESO-DELGADO, GORDO-FLACO ,ETC. ASI COMO LAS NOCIONES DE VELOCIDAD DONDE DESCUBRIRA ESPONTÁNEAMENTE LA ASOCIACIÓN Y DISOCIACIÓN PERCEPTIVAS: RAPIDO-LENTO. TAMBIEN SE TRABAJARA CON LAS NOCIONES DE DIRECCIÓN, SITUACIÓN, Y ORIENTACIÓN QUE MERCED A UNA BUENA PERCEPCIÓN DE ELAS LE PERMITEN AL NIÑO TOMAR REFERENCIAS ESPACIALES Y TEMPORALES PARA SITUARSE Y SITUAR</p>

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
INTEGRACIÓN PERCEPTIVO MOTRIZ	MEMORIA AUDITIVA	<p>-GRABAR UNA LECTURA LEÍDA POR EL NIÑO CON EL MEJOR TONO POSIBLE; GRABAR A OTRO NIÑO QUE NO TENGA TANTOS PROBLEMAS PARA LEER Y PEDIRLE AL NIÑO CON TRASTORNO ESCUCHE LOS DOS TIPOS DE LECTURA Y COMENTE LOS ACIERTOS Y DESACIERTOS.</p> <p>-PEDIR AL NIÑO DÉ LA ESPALDA AL MAESTRO, ENSEGUIDA, HÁGASE VOTAR UNA PELOTA, DOS O TRES VECES Y PREGÜNTELE AL NIÑO CUÁNTOS VOTES HUBO.</p> <p>-HACERLO CONTAR SIN VER, EL NÚMERO DE GOLPECITOS DADOS CON UN LÁPIZ.</p> <p>-GRABAR LA VOZ PROPIA Y LA DE LOS FAMILIARES LA CUAL EL NIÑO DEBERÁ DISCRIMINAR AL ESCUCCHARLA.</p>	<p>LIBRO DE CUENTOS Y LECTURAS</p> <p>PELOTA</p>	<p>LOS OBJETOS EN TODO MOMENTO RESPECTO A ESAS REFERENCIAS. ... HACIA "LA MESA", ... DESDE "ESTA MAÑANA", EN "LA CALLE", ... FUERA "DE L CIRCULO", ... A LA DERECHA DE "LA PELOTA" . ANTES DE "MI PARTIDA", ... DESPUÉS "DE UN RATO", ... LEJOS-A LA DERECHA, ETC.</p>

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
INTEGRACIÓN PERCEPTIVO-MOTRIZ	HABILIDAD PARA RESPONDER VERBALMENTE DE MODO SIGNIFICATIVO A LOS ESTÍMULOS AUDITIVOS	<p>-ACERTIJOS: PONER SOBRE LA MESA DIFERENTES OBJETOS Y PREGUNTAR ¿QUÉ ES DE HULE, ES REDONDA Y REBOTA?, ¿QUÉ ES DE MADERA, CON CARBÓN Y SIRVE PARA ESCRIBIR?, ETC.</p> <p>-INSTRUCCIONES SIMPLES: ORDENAR AL NIÑO QUE ABRA LA PUERTA, CAMINE ALREDEDOR DEL ESCRITORIO, SE SUBA A UNA SILLA, ETC.</p> <p>-DURANTE UN MINUTO DIME TODAS LAS COSAS QUE SE TE OCURRAN QUE HAY EN UNA TIENDA DE ABARROTES, FARMACIA, PAPELERÍA, FERRETERÍA ETC.</p> <p>-PEDIR AL NIÑO DIGA TODAS LAS PALABRAS QUE SE LE OCURRAN ANTE LA PALABRA CIRCO: (LEÓN, DOMADOR, CARPA, OSO, TRAPECISTA, PAYASO ETC.) TODAS LAS PALABRAS QUE</p>		ALGUNOS EJEMPLOS PARA EJERCITAR DICHAS NOCIONES, VEASE; LA PIERRE A., "LOS CONTRASTES Y EL DESCUBRIMIENTO DE LAS NOCIONES FUNDAMENTALES", EDUCACION VIVENCIADA DE LA VIVENCIA A LO ABSTRACTO A TRAVES DE LA EDUCACION PSICOMOTRIZ, ED .CIENTÍFICO MEDICA.

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
<p>PERCEPTIVO MOTRIZ PERCEPTIVO MOTRIZ (AGUDEZA VISUAL: FIGURA FONDO)</p> <p>PERCEPTIVO MOTRIZ (AGUDEZA VISUAL)</p>	<p>ESTIMULAR LA CAPACIDAD PARA RETENER Y</p>	<p>EVOQUE EL NIÑO DEBERÁN SER REGISTRADAS POR EL MAESTRO EN SU CUADERNO.</p> <p>-DIFERENCIA DE CLASE: ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES PALABRAS NO PERTENECE AL GRUPO DE LAS RESTANTES?: ZAPATO, CAMISA, PANTALÓN, GLOBO.</p> <p>-CONTAR UNA HISTORIA Y PEDIR AL NIÑO CONTESTE PREGUNTAS REFERENTES A ELLA.</p> <p>-CONTAR CHISTES Y DISCUTIR ACERCA DE SU SIGNIFICADO.</p> <p>-PREGUNTAR AL NIÑO CUÁL ES SU MÚSICA FAVORITA, EL NOMBRE DE LAS CANCIONES Y PROGRAMAS DE TELEVISIÓN QUE LE GUSTA VER.</p> <p>-EVOCAR LAS ACTIVIDADES QUE EL NIÑO REALIZÓ EN LA MAÑANA, EN LA TARDE Y EN LA NOCHE, QUE LE</p>	<p>LIBRO DE CHISTES</p>	<p>LOS NIÑOS REQUIEREN A PRENDER A ESCUCHAR ATENTAMENTE ASI COMO COMPRENDER Y RESPONDER A LA ESTIMULACIÓN ORAL Y A LAS INSTRUCCIONES DADAS</p> <p>A PARTIR DEL JUICIO, LA ASOCIACIÓN Y LA INFERENCIA LÓGICA, EL NIÑO APRENDERÁ ARESPONDER DE MANERA SIGNIFICATIVA Y</p>

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
PERCEPTIVO MOTRIZ (AGUDEZA VISUAL)	RECORDAR LA INFORMACIÓN AUDITIVA FOMENTAR LA CAPACIDAD PARA VER Y DIFERENCIAR SIGNIFICATIVA Y AGUDAMENTE LOS OBJETOS QUE ESTÁN UBICADOS DENTRO DEL CAMPO VISUAL. FACILITAR ENTRENAMIENTO DE LA PERCEPCIÓN DE FORMA, IGUALANDO Y REPRODUCIENDO FORMAS DIVERSAS	REGALARON EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS, ETC. -LEER UNA HISTORIA CORTA Y PEDIRLE AL NIÑO RECUERDE LA IDEA GENERAL DE LA MISMA. -CON UNA LUPA, EL NIÑO DEBERÁ EXPLORAR SUS MANOS, ROPA, CABELLO, JUGUETES, LIBROS, DIBUJOS, ANIMALES, ETC. -USAR TELESCOPIO PARA EXPLORAR OBJETOS DISTANTES. -ARMAR ROMPECABEZAS SENCILLOS DE LA FIGURA HUMANA. -CONSTRUIR UNA SERIE DE FORMAS HECHAS CON CERILLOS PEGADOS EN UN TROZO DE CARTÓN O MADERA. -RECORTAR FIGURAS COMPLETAS DE UNA REVISTA, RECORTARLAS EN DOS PARTES IGUALES Y	LUPA TELESCOPIO CERILLOS, CARTÓN, MADERA ROMPECABEZAS	COHERENTE

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
	<p data-bbox="381 401 573 581">HABILIDAD PARA DIFERENCIAR VISUALMENTE LAS FORMAS Y LOS SÍMBOLOS DENTRO DE SU ENTORNO INDIVIDUAL</p> <p data-bbox="381 899 540 943">ESTIMULAR LA PERCEPCIÓN DE</p>	<p data-bbox="607 142 847 187">PEDIR AL NIÑO LAS UNA CORRECTAMENTE.</p> <p data-bbox="607 213 875 337">-SENTADO EL NIÑO EN LA ESQUINA DE UN CUARTO A OSCURAS SEGUIRÁ CON LA VISTA LA LUZ DE UN TREN ELÉCTRICO.</p> <p data-bbox="607 360 889 513">-PONER ENCIMA DE LA MESA UN LÁPIZ, UN CLAVO, UNA PLUMA, UN DARDO ETC.;; ENSEGUIDA DARLE AL NIÑO UNA PLUMA Y PEDIRLE SEÑALE LA QUE ES IGUAL.</p> <p data-bbox="607 536 820 557">-JUGAR MEMORAMA.</p> <p data-bbox="607 581 868 679">-MOSTRARLE DIBUJOS INCOMPLETOS Y PEDIR AL NIÑO SEÑALE Y DIBUJE LO QUE FALTA.</p> <p data-bbox="607 721 889 845">-PRESENTAR UNA SERIE DE DIBUJOS, NÚMEROS O LETRAS IDÉNTICOS, DONDE UNO ES DE MAYOR O MENOR TAMAÑO QUE LOS OTROS.</p> <p data-bbox="607 847 879 917">-SEÑALAR OBJETOS QUE SE ENCUESTRAN EN EL SALÓN DE CLASES POR SU FORMA.</p> <p data-bbox="607 940 824 961">-ENSEÑAR REGLAS DE</p>	<p data-bbox="898 223 1009 270">TREN ELÉCTRICO</p> <p data-bbox="898 536 1023 557">MEMORAMA.</p>	

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
<p>HABILIDADES SOCIALES.</p>	<p>OBJETOS EN PROFUNDIDAD Y SUPERFICIE Y SEPARARLOS SIGNIFICATIVAMENTE</p> <p>ENTRENAR LAS ACTITUDES DE AUTOCONTROL, COOPERACIÓN Y BUENOS MODALES</p>	<p>JUEGOS Y PEDIR AL NIÑO LAS EXPLIQUE CON DETALLE A OTROS COMPAÑEROS A FIN DE QUE COMPRENDAN LAS INSTRUCCIONES.</p> <p>-TRABAJAR SIGNIFICADO DE LOS REFRANES Y LAS FÁBULAS.</p> <p>-PEDIR VARIAS FOTOS DEL NIÑO DE DIFERENTES MOMENTOS DE SU VIDA Y ESTIMULARLO A QUE PLATIQUE ACERCA DE LOS SENTIMIENTOS SOBRE SÍ MISMO EN AQUELLA ÉPOCA.</p> <p>HACER UN ÁLBUM CON DIBUJOS Y RECORTES ASÍ COMO HISTORIAS HECHAS POR EL NIÑO TITULADAS: "¿QUIÉN SOY YO?", "SOY UN NIÑO (A)", ETC., INVITARLO A COMENTAR PROBLEMAS, ASPIRACIONES, PREOCUPACIONES Y SENTIMIENTOS CON RESPECTO AL FRACASO, EQUIVOCOS, ÉXITOS Y RECOMPENSAS.</p>	<p>LIBRO DE FÁBULAS Y REFRANES</p> <p>FOTOGRAFÍAS DEL NIÑO</p>	<p>EL NIÑO REQUIERE DE LA EJERCITACIÓN DE SU CAPACIDAD DE CONCENTRACIÓN VISUAL , ATENCIÓN Y DISCRIMINACIÓN DE LOS LÍMITES PERIFÉRICOS Y FIJAR SU ATENCIÓN EN DETALLES IMPORTANTES.</p> <p>EL DESARROLLO DE ÉSTAS ACTIVIDADES Y SU ENTRENAMIENTO FAVORECERÁN LA AUTOACEPTACIÓN.</p>

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
COGNITIVA.		-DISCUTIR CON EL NIÑO QUE SE ESPERA SI ROMPE LAS REGLAS EN LOS JUEGOS. TRABAJAR EN PROYECTOS DE ARTESANÍA SIMPLE CON INSTRUCCIONES PREVIAS. RECOMPENSAR LA TERMINACIÓN CORRECTA DE LOS MISMOS. -CONSEGUIR QUE EL NIÑO LLEVE SU PROPIO REGISTRO DE TIEMPO QUE LE PERMITA CONTROLAR CUANTO TIEMPO DIARIO SE INHIBE DE HABLAR EN DETERMINADAS SITUACIONES.	CUADERNO DE REGISTRO	
HABILIDADES SOCIALES	ESTABLECIMIENTO DE LÍMITES DE CONDUCTA	-FOMENTAR CONVERSACIONES COLECTIVAS EN DONDE CADA NIÑO DEBERÁ RESPETAR SU TURNO PARA HABLAR.	SALÓN DE CLASES	LAS ACTIVIDADES DE ESTABLECIMIENTO DE LÍMITES DE CONDUCTA PODRÁN TAMBIÉN SER PRACTICADAS EN EL HOGAR POR LOS PADRES DE FAMILIA.

HABILIDADES BÁSICAS DEL APRENDIZAJE APOYO A PADRES DE FAMILIA

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
EMOCIONAL		FRUSTRAR AL NIÑO EVITANDO DAR RESPUESTA INMEDIATA A SUS DEMANDAS.	AMBIENTE FAMILIAR	
COGNITIVA		PEDIR AL NIÑO HAGA CONTACTO VISUAL CON EL ADULTO CADA VEZ QUE LE HABLE O RECIBA UNA INSTRUCCIÓN.	NIÑO Y PADRE DE FAMILIA	
MOTRICIDAD GRUESA	ESTIMULAR CONCIENCIA RESPECTO A LA ACTIVIDAD MUSCULAR FAVORECIENDO LA HABILIDAD PARA MANTENER UNA POSTURA CORRECTA DE SENTADO Y UN CONTROL MUSCULAR ADECUADO	DEBERÁ TOMAR AL NIÑO POR AMBOS HOMBROS O DE LAS MANOS PARA QUE NOS MIRE DE FRENTE. A LA HORA EN QUE EL NIÑO VAYA A HACER LA TAREA (QUE PREVIAMENTE DEBERÁ SER DESIGNADA CON UN HORARIO FIJO Y SIN CAMBIOS), PEDIRLE SE SIENTE CORRECTAMENTE EN UNA SILLA EN DONDE A CONTINUACIÓN ESCUCHARÁ UNA MÚSICA TRANQUILA CON LOS OJOS CERRADOS Y SE TRATARÁ DE DISTARAE SU ATENCIÓN DE LA SIGUIENTE MANERA: -QUE ESCUCHE Y OBSERVE SU RESPIRACIÓN. -QUE ESCUCHE LOS RUIDOS DEL	MÚSICA TRANQUILA PARA RELAJAR	LA ACTITUD DE PEDIR AL NIÑO QUE HAGA CONTACTO VISUAL CON LAS PERSONBAS QUE LE HABLAN O LE DAN UNA ORDEN ASEGURAN EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE EL CONTROL DE LA ATENCIÓN Y LA CONCENTRACIÓN PARA EJECUTAR LAS

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
MOTRICIDAD GRUESA	ESTIMULARA ATRAVÉS DE LA PRÁCTICA DEL MOVIMIENTO SINCRONIZADO EL DESARROLLO MOTOR.	EXTERIOR. -QUE OBSERVE CON LOS OJOS CERRADOS CUÁL ES LA POSTURA QUE TIENE SU CUERPO, QUE VISUALIZE SU CABEZA, SUS BRAZOS, TRONCO, PIERNAS Y PIES. -CERRAR FUERTEMENTE LOS PÁRPADOS. -Y A CONTINUACIÓN PREGUNTARLE LO SIGUIENTE: OFRECER OPORTUNIDAD DE PRACTICAR NATACIÓN. -QUITARSE Y PONERSE CALCETINES, CAMISetas, DESABROCHAR Y ABROCHAR, BROCHES DE PRESIÓN, DE GANCHO, CIERRES, AGUJETAS, ETC.	INSCRIBIRLO A CLASES DE NATACIÓN. AMBIENTE FAMILIAR	INSTRUCCIONES Y CUMPLIR TOTALMENTE CON LAS TAREAS QUE LE SEAN IMPUESTAS. TANTO LOS PADRES DE FAMILIA COMO EL MAESTRO DE GRUPO, DEBERÁN PONER EN PRÁCTICA ÉSTA TÉCNICA PARA EVITAR QUE LA ATENCIÓN SE DISPERSE Y EXISTA UNA NULA CONCENTRACIÓN.
	FAVORECER INDEPENDENCIA EN ACTIVIDADES COTIDIANEAS CONTRIBUYENDO A SU ADAPTACIÓN AL MEDIO ASÍ COMO AL CONOCIMIENTO DE SU CUERPO Y EL CONTROL DE SUS MOVIMIENTOS GRUESOS Y FINOS.	-INVOLUCRAR AL NIÑO A QUE PARTICIPE EN ALGUNAS TAREAS DOMÉSTICAS PARA EL ARREGLO DEL HOGAR: -GUARDAR JUGUETES -ACOMODAR LOS ZAPATOS -PONER LA MESA -LAVAR LOS TRASTES -TENDER LA CAMA -DAR DE COMER AL PERRO -LAVAR SU ROPA INTERIOR		LA PRÁCTICA DE LA NATACIÓN PERMITIRÁ AL NIÑO ESFORZARSE EN LA EJECUCIÓN DE MOVIMIENTOS SINCRONIZADOS QUE EN UN PRINCIPIO DEBERÁN PASAR POR UN NIVEL

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
MOTRICIDAD GRUESA	MEJORAR LA COORDINACIÓN DE LOS MOVIMIENTOS Y SU ADAPTACIÓN SOCIAL.	<p>-BARRER EL PATIO -LEVANTAR LA BASURA -REGAR LAS PLANTAS, ETC.</p> <p>-“LA ALFOMBRA MÁGICA”: SE MARCA UNA LÍNEA DE SALIDA Y UNA DE LLEGADA, TRAS LA LÍNEA DE SALIDA SE SITUAN EQUIPOS DE TRES JUGADORES CON UNA COLCHONETA CADA EQUIPO. SE TRATA DE VER QUE EQUIPO LLEGA ANTES A LA LÍNEA DE META, YENDO UNO DE LOS JUGADORES EN PIÉ SOBRE LA COLCHONETA Y OTROS DOS ARRASTRANDO DE ELLA.</p> <p>-“PELEA DE GALLOS”: LOS JUGADORES POR PAREJAS, SE COLOCAN EN CUCLILLAS UNO FRENTE A OTRO MANTENIENDO LA POSICIÓN DE CUCLILLAS, CADA JUGADOR HA DE INTENTAR HACER CAER A SU PAREJA, PARA ELLO AMBOS JUGADORES SE GOLPEAN LAS PALMAS DE LAS MANOS.</p> <p>-“LAS SERPIENTES ENCANTADAS”: LOS JUGADORES BAILAN ALREDEDOR DE LA MÚSICA COMO “SERPIENTES ENCANTADAS”, CUANDO PARA LA MÚSICA</p>	MÚSICA	<p>CONSCIENTE. DICHOS MOVIMIENTOS QUE PERMITEN LA PRÁCTICA DEL NADO REQUIEREN DE UN GRAN ESFUERZO QUE INVOLUCRA A LA ATENCIÓN Y LA CONCENTRACIÓN.</p> <p>A PARTIR DE LA PRÁCTICA DE JUEGOS ORGANIZADOS, EL NIÑO ADEMÁS ADQUIRIRÁ CONCIENCIA DEL RESPETO POR LAS REGLAS Y NORMAS QUE EN SU MEDIO SOCIAL SON NECESARIAS PARA LOGRAR UNA ADAPTACIÓN ADECUADA A LA MISMA.</p>

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
COGNITIVA	ESTIMULAR AUTOCONTROL Y REDUCIR HIPERACTIVIDAD PARTIR DE LA RELAJACIÓN	<p>VUELVEN AL CESTO Y SE QUEDAN QUIETAS.</p> <p>-“ROBARSE EL PAÑUELO”: COLOCAR UN PAÑUELO EN LA CINTURA, A UN COSTADO O ATRÁS, ROBAR EL PAÑUELO DEL COMPAÑERO Y EVITAR QUE LE ROBEN EL SUYO.</p> <p>-“TRASEROS REVIENTA GLOBOS”: CADA PARTICIPANTE ATARÁ A SU CINTURA UN CORDEL CON UN GLOBO QUE TOQUE EL SUELO. EL JUEGO CONSISTE EN REVENTAR EL GLOBO DE LOS OTROS CON EL TRASERO Y EVITAR QUE REVIENTEN EL SUYO.</p> <p>-CON AYUDA DE UN FORMATO DONDE SE INDICA LA FECHA Y EL TIEMPO, PEDIRLE AL NIÑO, ESCRIBA LA FECHA Y PONGA EN MARCHA UN CRONÓMETRO. SOBRE UNA CAMA O SOBRE UNA ALFOMBRA, DEBERÁ ACOSTARSE TRANQUILAMENTE CON LAS PIERNAS Y LOS BRAZOS TOTALMENTE ESTIRADOS, ASÍ COMO LOS OJOS CERRADOS. SE LE PEDIRÁ A CONTINUACIÓN REALICE UNA INSPIRACIÓN PROFUNDA SEGUIDA DE UNA EXHALACIÓN Y</p>	<p>PAÑUELOS</p> <p>GLOBOS</p> <p>FORMATO, LÁPIZ, CRONÓMETRO</p>	<p>LOS JUEGOS ORGANIZADOS PODRÁN PONERSE EN PRÁCTICA CON LA PARTICIPACIÓN DE LOS AMIGOS Y FAMILIARES DEL NIÑO.</p> <p>PARA COMPLEMENTAR LA ACTIVIDAD DE JUEGOS ORGANIZADOS, VÉASE: RUIZ, A. 1995 “300 JUEGOS Y EJERCICIOS PARA APOYAR EL APRENDIZAJE” ED. IIPA</p> <p>CUANDO EL NIÑO REALICE DE NUEVO EL EJERCICIO PEDIRLE QUE</p>

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
		<p>DICIENDO PARA SI QUE SE ENCUENTRA TRANQUILO Y RELAJADO. Y SE LE DIRÁ LO SIGUIENTE : "PIENSA EN TUS PIES Y EN COMO TE SIENTES Y TRATA DE RELAJARLOS, NO TE MUEVAS. RESPIRA OTRA VEZ PROFUNDAMENTE. CUANDO HAYAS EXHALADO, PIENSA EN RELAJAR LAS PIERNAS, BRAZOS, MANOS, CUELLO, Y CABEZA. NO TE MUEVAS MIENTRAS TE RELAJAS. DESPUÉS DE RELAJAR TU CABEZA INTENTA PERMANECER TAN CÓMODO COMO LO CONSIGAS. CUANDO TE MUEVAS, ABRE LOS OJOS Y ANOTA LA HORA EN QUE HAS TERMINADO ÉSTE EJERCICIO Y EL TIEMPO TOTAL QUE HAS EMPLEADO"</p> <p>-DECIRLE AL NIÑO"PON UNA CINTA EN TU GRABADORA Y LOS AURICULARES EN TU CABEZA, ACUÉSTATE EN LA CAMA O EN EL PISO, PON EN MARCHA TU CRONÓMETRO, CIERRA LOS OJOS Y RELAJA TU CUERPO, ESCUCHA CUIDADOSAMENTE LA AGRADABLE MÚSICA TANTO TIEMPO COMO PUEDas, SIN MOVER NINGUNA PARTE DE TU CUERPO. CUANDO</p>		<p>INTENTE PERMANECER ACOSTADO DURANTE UN PERIODO DE TIEMPO MÁS LARGO</p>

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
MOTORA GRUESA	APRENDER A RELAJAR CONSCIENTEMENTE PARTES DEL CUERPO A TRAVÉS DEL MASAJE	<p>FINALMENTE TE MUEVAS ABRE LOS OJOS, PARE EL CRONÓMETRO Y ANOTA TU TIEMPO. AHORA TRATA DE NUEVO Y PROCURA PERMANECER ACOSTADO EL MAYOR TIEMPO POSIBLE.</p> <p>-EL NIÑO SE ACUESTA CÓMODAMENTE SIN ZAPATOS CON PLAYERA SOBRE SU ESTÓMAGO, CON LOS BRAZOS Y PIERNAS ESTIRADOS Y LA CABEZA VUELTA A UN LADO. PONER EN MARCHA UN RELOJ. COLOCARSE O SENTARSE EN UN LADO Y SUAVEMENTE EMPEZAR A DAR MASAJE EN EL CUELLO Y LOS HOMBROS UTILIZANDO AMBAS MANOS A LA VEZ, DELICADA PERO FIRMEMENTE APRETAR Y DAR MASAJE A LA BASE DEL CUELLO, LUEGO MOVER AMBAS MANOS HACIA LOS HOMBROS Y DARLES MASAJE LENTAMENTE, SE RECOMIENDA DAR COMO MÍNIMO CINCO MINUTOS DE MASAJE EN ÉSTAS ZONAS DEL CUERPO. CUANDO SE HAYA TERMINADO LA ACTIVIDAD EL NIÑO ANOTA EL TIEMPO EN LA HOJA DE REGISTRO.</p> <p>-EL PADRE LE PIDE AL NIÑO QUE</p>		<p>DE FORMA PAUSADA DAR UN MASAJE A LA FRENTE, LOS BRAZOS, MANOS, ESPALDA, PIERNAS Y PIÉS. ES RECOMENDABLE UTILIZAR COMO LUBRICANTE ACEITE DE ALMENDRAS DULCES PARA DAR EL MASAJE. ÉSTE ES UN EJERCICIO EXCELENTE PARA QUE LO HAGAN LOS PADRES CON SUS</p>

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
COGNITIVA SOCIAL	SER CAPAZ DE IMITAR O REPRESENTAR LOS MOVIMIENTOS MUY LENTOS DE UNA PERSONA.	<p>CON SU CUERPO REPRESENTA UNA FLOR, MUESTRA LENTAMENTE COMO SE ABRE POR LA MAÑANA, SE EXTIENDE Y DIRIGE HACIA EL SOL, Y LUEGO POR LA NOCHE SE CIERRA LENTAMENTE. EL NIÑO PONE EN MARCHA EL CRONÓMETRO Y SE LE DICE "NO HABLES, QUÉDATE MUY QUIETO, AHORA MÍRAME Y HAZ EXACTAMENTE LO QUE YO HAGO, TU SERÁS MI SOMBRA, MUÉVETE MUY DESPACIO, COMO UNA FLOR ABRIÉNDOSE Y CERRÁNDOSE. MUEVE SOLO AQUELLAS PARTES DEL CUERPO QUE YO MUEVO, AHORA ANOTA EL TIEMPO QUE HEMOS EMPLEADO PARA HACER ÉSTE EJERCICIO DE SOMBRAS".</p> <p>-SE LE EXPLICA AL NIÑO QUE ES IMPORTANTE PARA HACER LA ACTIVIDAD, QUE SE RELAJE Y EMPLEE EL TIEMPO SUFICIENTE MIENTRAS ESTÉ COMIENDO. SENTADO CÓMODAMENTE PONDRÁ EN MARCHA SU CRONÓMETRO SE LE DARÁ UNA GALLETA Y EMPEZARÁ A COMERLA A PEQUEÑOS MORDISCO. OBSERVA EL TIEMPO QUE PUEDE SABOREARLA Y MASTICARLA ANTES DE TRAGARLA, CUANDO</p>		<p>HIJOS.</p> <p>LOS EJERCICIOS SIGUIENTES SE PUEDEN HACER CADA VEZ MÁS LENTAMENTE Y NECESITANDO PERIODOS MÁS LARGOS DE CONTROL CORPORAL.</p>

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
COGNITIVA	ESTIMULAR LA CAPACIDAD DE PLANEACIÓN (COMPRENDER Y VALORAR LAS SITUACIONES) RAZONAMIENTO Y JUICIO SOCIAL.	<p>HAYA TERMINADO PARARÁ EL CRONÓMETRO Y ANOTA LO QUE HA COMIDO Y CUANTO TIEMPO LE HA LLEVADO. LA PRÓXIMA OCASIÓN QUE LO INTENTE PROCURA EMPLEAR MÁS TIEMPO EN COMER.</p> <p>-PROPORCIONAR AL NIÑO HISTORIAS, NARRACIONES, FÁBULAS O CUENTOS, A TRAVÉS DE LA LECTURA EN VOZ ALTA O EN UNA CINTA MAGNETOFÓNICA CON AYUDA DE AURICULARES AL TERMINAR DE ESCUCHAR LA NARRACIÓN DEBERÁ GRABAR EL RELATO DEL NIÑO EN SUS PROPIAS PALABRAS.</p> <p>-ESTANDO EN FAMILIA, AL FINALIZAR LA HORA DE LA COMIDA, POR EJEMPLO; PLATICAR SOBRE DIFERENTES SITUACIONES FAMILIARES, ESCOLARES O DE LA COMUNIDAD TRATANDO DE BUSCAR CONJUNTAMENTE SOLUCIONES O ALTERNATIVAS.</p> <p>-LLEVAR AL NIÑO A FIESTAS Y REUNIONES DONDE POR MEDIO DEL MODELAMIENTO APRENDERÁ A RESPETAR REGLAS.</p>		LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS PARA QUE LAS EJECUTEN LOS PADRES DE FAMILIA BUSCAN DESARROLLAR LA HABILIDAD DE INHIBICIÓN PERCEPTIVO MUSCULAR. (CONTROL DE LA HIPERACTIVIDAD)

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
COGNITIVA	ESTIMULAR LA HABILIDAD PARA RECONOCER Y RESPONDER A LOS ASUNTOS ÉTICOS MORALES (JUICIOS SOCIALES)	<p>-ASISTIR A MUSEOS, RESTAURANTES, TEATROS, CINES, ETC., Y MOSTRARLE QUE EXISTEN NORMAS QUE SE DEBEN RESPETAR EN CADA UNO DE ELLOS.</p> <p>-ORIENTARLO A QUE REALICE ACCIONES DE AYUDA MUTUA ENTRE SU FAMILIA, COMPAÑEROS Y COMUNIDAD.</p> <p>ORGANIZAR UNA REUNIÓN EN FAMILIA DONDE SE DISCUTA ACERCA DE LA AUTORIDAD DE LOS PADRES, LAS REGLAS DE CONDUCTA Y LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES QUE RIGEN EN EL HOGAR.</p> <p>-DISCUTIR ACERCA DE LA IMPORTANCIA GENERAL DE LA RELIGIÓN Y LA CONDUCTA APROPIADA DENTRO DE LOS GRUPOS RELIGIOSOS.</p> <p>HABLAR ACERCA DE LA CONDUCTA POSITIVA Y NEGATIVA.</p> <p>-DISCUTIR ACERCA DE LOS PROBLEMAS DE LA DROGADICCIÓN, EL ALCOHOL, EL CRIMEN, LA POBREZA, ETC.</p>		SE DEBERÁ INDUCIR AL NIÑO A LA PARTICIPACIÓN Y AL DIÁLOGO PREGUNTANDO DE MANERA CONCRETA Y SENCILLA CUALES SON SUS POSIBLES ALTERNATIVAS A LA SOLUCIÓN DE UN PROBLEMA.

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
COGNITIVA SOCIAL	<p>ESTIMULAR LA HABILIDAD PARA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD PERSONAL Y SOCIAL</p> <p>FAVORECER LA HABILIDAD PARA</p>	<p>-CONVERSAR CON EL NIÑO ACERCA DE LAS RESPONSABILIDADES DE UN BUEN VECINO.</p> <p>-PÍDALE AL NIÑO VAYA A LA TIENDA A HACER PEQUEÑAS COMPRAS, QUE ACUDA AL PARQUE Y ABORDE EL TRANSPORTE PÚBLICO EN TRAMOS CORTOS EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE.</p> <p>-PLATIQUE EN FAMILIA ACERCA DE LAS MASCOTAS Y SEÑALE REITERATIVAMENTE LA RESPONSABILIDAD DE SU CUIDADO.</p> <p>-MANDE AL NIÑO A COMPRAR LAS TORTILLAS, EL PAN, LA LECHE, ETC. Y MUÉSTRELE EL VALOR DE GUARDAR TURNO EN SILENCIO Y DE PONERSE A LA COLA.</p> <p>-DISCUTIR EN FAMILIA LOS DEBERES DEL HOGAR, LAS RESPONSABILIDADES HACIA EL HOGAR Y LAS CONSECUENCIAS DE HACER MAL EL TRABAJO O DE NO HACERLO.</p> <p>-HABLAR DE LAS CONSECUENCIAS QUE SE PUEDEN PRESENTAR SI NO</p>		<p>CON LA PRÁCTICA CONTÍNUA EL NIÑO LOGRARÁ DAR RESPUESTA ADECUADAS A SITUACIONES CONCRETAS QUE SE PRESENTAN EN LA VIDA COTIDIANA</p>

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
COGNITIVA SOCIAL	ANTICIPAR LA CONSECUENCIA PROBABLE DE UNA SITUACIÓN SOCIAL EN BASE A LA INFERENCIA LÓGICA.	<p>HACE LA TAREA, SI NO ESTUDIA PARA UN EXAMEN, SI SU PAPÁ TRABAJA O NO, SI SE SUBE A LA AZOTEA SIN TENER EL MAS MÍNIMO CUIDADO, SI PRENDE LOS CERILLOS, SI PRENDE LA ESTUFA, SI SE ACERCA A UNA OLLA DE AGUA CALIENTE, ETC.</p> <p>-INVITAR AL NIÑO A CREAR HISTORIAS ORALES Y ESCRITAS EN TORNO A "QUE PUEDE HACER PARA QUE LA FAMILIA SEA MEJOR", "QUÉ PUEDE HACER PARA MANTENER UNA MEJOR RELACIÓN CON SUS AMIGOS", ETC.</p> <p>-CON EL MODELAMIENTO (CONDUCTA DE LOS PADRES), ENSEÑE BUENOS HÁBITOS DE ESTUDIO Y COMO LLEVAR A CABO LAS TAREAS ESCOLARES: PORTARSE BIEN, CUMPLIR CON EL UNIFORME, LLEGAR TEMPRANO, ETC.</p> <p>-LOS PADRES DEBERÁN SER CONGRUENTES Y CONSISTENTES EN LA EDUCACIÓN DEL NIÑO, SI PROHÍBEN UNA ACTITUD, DEBERÁN MANTENERSE FIRMES; SI PROHÍBEN AL NIÑO ALGÚN COMPORTAMIENTO</p>		EL NIÑO CON TDAH SE CARACTERIZA POR SER IMPULSIVO Y TENMERARIO, RAZÓN QUE NO LE PERMITE ANTICIPAR SU CONDUCTA PARA LO CUAL SE HACE NECESARIO TRABAJAR EN ÉSTE RUBRO.

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
COGNITIVA SOCIAL	DAR SUGERENCIAS Y ELEMENTOS DE MANEJO CONDUCTUAL DIRIGIDO AL NIÑO, ASÍ COMO ESTABLECER REGLAS, REGULACIONES Y LIMITACIONES QUE LE PERMITAN HACER UN MEJOR CONTROL DEL IMPULSO.	<p>QUE ELLOS (PADRES) NO PUEDEN DEJAR DE HACER, COMO POR EJEMPLO: "DECIR GROSERÍAS", "AGREDIR VERBAL Y FÍSICAMENTE", "AMENAZAR A OTROS" ETC. EL NIÑO EXPERIMENTARÁ UNA CONSTANTE CONFUSIÓN Y LO LLEVARÁ A DESESTRUCTURAR SU CONDUCTA AÚN MÁ. ES DE SUMA IMPORTANCIA, RECORDAR QUE LOS PADRES QUE VERDADERAMENTE QUIEREN EDUCAR Y DISCIPLINAR A SU HIJO, TENDRÁN QUE HACERLO CON EL EJEMPLO.</p> <p>-NO CASTIGAR ACTITUDES NEGATIVAS DEL NIÑO SI SON TRIVIALES E INTRASCENDENTES YA QUE SEGUIRÁ ACUMULANDO UN GRADO IMPORTANTE DE TENSIÓN QUE A SU VEZ SE TRADUCIRÁ EN BAJA AUTOESTIMA Y CULPABILIDAD.</p> <p>-SE DEBERÁ HACER UNA LISTA DE CONDUCTAS QUE NO ESTÉN DISPUESTOS A PERMITIR, SE RECOMIENDA REDUCIRLA TANTO COMO SEA POSIBLE.</p>		LOS PADRES DEBERÁN MOSTRAR EL AUTOCONTROL QUE EL NIÑO DEBE ADQUIRIR A TRAVÉS DEL

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
COGNITIVA SOCIAL		<p>-MANTENER EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE UNA ACTITUD TOLERANTE POR PARTE DE LOS PADRES DE FAMILIA.</p> <p>-LAS ÓRDENES DEBERÁN DARSE SOLO UNA VEZ EN FORMA DIRECTA Y MIRÁNDOLO A LOS OJOS.</p> <p>-DARLE ENCARGOS AL NIÑO QUE PUEDA EJECUTAR DE MANERA EXITOSA PARA ELEVAR AUTOESTIMA Y RECUPERAR LA CONFIANZA EN SÍ MISMO.</p> <p>-CUANDO EL NIÑO PIERDA EL AUTOCONTROL, PROCURAR NO AGREDIRLO O ENCERRARLO ESPERAR A QUE SE RECUPERE Y PLATICAR ACERCA DE QUE SE DÉ CUENTA EL CÓMO LOGRÓ RECUPERAR EL CONTROL</p> <p>-RECOMPENSAR AL NIÑO SIEMPRE QUE SU COMPORTAMIENTO SEA ADECUADO; LAS RECOMPENSAS SERÁN: ACTITUDES DE ACEPTACIÓN POR PARTE DE LOS ADULTOS; EL NIÑO DEBERÁ COMPROBAR QUE SU BUEN COMPORTAMIENTO GENERAL Y SUS BUENAS ACCIONES LE</p>		<p>MODELAMIENTO DE SU CONDUCTA, HABLANDO CON ÉL DE SU DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE Y CONTROLAR SU IMPULSO.</p>

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
COGNITIVA SOCIAL		<p>PROPORCIONARÁN EL RECONOCIMIENTO Y LA APROBACIÓN DE LOS DEMÁS.</p> <p>-SE SUGIERE LA ESTRUCTURACIÓN DE UN PROGRAMA CONDUCTUAL EN DONDE SE DEBERÁ INVOLUCRAR AL NIÑO EN LAS OBLIGACIONES DEL HOGAR, CUESTIÓN QUE PERMITIRÁ POR CONSECUENCIA, DARLE ESTRUCTURA A SU COMPORTAMIENTO. EL PROGRAMA CONDUCTUAL SE PODRÍA REALIZAR DE LA SIGUIENTE MANERA:</p> <p>-SE COMENZARÁ POR UNA LISTA DE RESPONSABILIDADES QUE PUEDE REALIZAR EN CASA Y QUE NO ESTÁ ACOSTUMBRADO A EJECUTAR:</p> <p>-LEVANTARSE TEMPRANO POR SÍ SOLO, BAÑARSE, TENDER LA CAMA, HACER LA TAREA, BOLEAR LOS ZAPATOS, LAVAR LA VERDURA, TIRAR LA BASURA, ETC. SE HARÁ UNA LISTA DE LAS OBLIGACIONES PARTIENDO DE LA MÁS PRIORITARIA, SE ESCRIBIRÁN EN FORMA DE COLUMNA EN UNA CARTULINA DURANTE UNA SEMANA, EL NIÑO DEBERÁ REALIZAR DIARIAMENTE LAS ACTIVIDADES (OBLIGACIONES) YA</p>		

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
	<p>FOMENTAR LA CAPACIDAD PARA CONCENTRARSE REDUCIENDO EN LA</p>	<p>QUE POR CADA REQUERIMIENTO HECHO ADECUADAMENTE SE GANARÁ UNA CARITA FELIZ LAS CUALES SE IRÁN ACUMULANDO, POR EL CONTRARIO, SI EL NIÑO NO CUMPLE CON LAS TAREAS REQUERIDAS SE HARÁ ACREEDOR A UNA CARITA TRISTE QUE DE LA MISMA MANERA SE IRÁN ACUMULANDO. SI EN EL TRANSCURSO DE LA SEMANA EL NIÑO ACUMULÓ MÁS DE CINCO CARITAS TRISTES, NO PODRÁ GOZAR DE UNA GRAN RECOMPENSA QUE PODRÁ SER: IR AL BOSQUE, ACUDIR AL CINE, JUGAR AL AIRE LIBRE, ACUDIR A ALGÚN MUSEO Y POR CONSECUENCIA LA ACEPTACIÓN SOCIAL DE PARTE DE LA FAMILIA, AMIGOS Y MAESTRO DE GRUPO, ETC. SI EL NIÑO ACUMULA MENOS DE CINCO CARITAS TRISTES SE HARÁ ACREEDOR AL PREMIO QUE EL PROPIO PADRE ESTIPULARÁ PARTIENDO DE LOS INTERESES DEL NIÑO.</p> <p>-LA RUTINA ES BÁSICA PARA UN CAMBIO CONDUCTUAL FAVORABLE, NO DEBERÁN CAMBIARSE LOS HORARIOS DEL DESAYUNO, LA</p>		

AREA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
	<p>MEDIDA DE LO POSIBLE LOS ESTÍMULOS ALTAMENTE PERTURBADORES.</p>	<p>LA COMIDA, CENA, MOMENTO DE HACER LA TAREA, ETC., ES NECESARIO ESTABLECER HORARIOS FIJOS PARA DICHAS ACTIVIDADES.</p> <p>-ARREGLAR SU DORMITORIO DE LA FORMA MÁS SIMPLE Y CON LO MÁS INDISPENSABLE.</p> <p>-ADECUAR LA HABITACIÓN DONDE HACE LA TAREA SUPRIMIENDO OBJETOS, JUGUETES, CUADROS, ETC, QUE LO DISTRAIGAN DE SU ACTIVIDAD.</p>		

V CONCLUSIONES

Siendo el propósito de éste estudio, desarrollar una propuesta de programa de apoyo que permita informar y formar a maestros y padres de familia acerca del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y poder ofrecer al sujeto que lo padece un tratamiento más efectivo, se pudo concluir lo siguiente: partiendo de la experiencia laboral, se pudo observar que tanto los padres de familia como el maestro de educación regular no cuentan con información suficiente acerca de la problemática que enfrenta un niño que es diagnosticado con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Para atender dicha situación, se hace necesario informar y formar en la medida de lo posible, tanto al padre de familia como al maestro de grupo para que hagan conciencia de que se enfrentan a una entidad que incapacita al niño para desarrollar su potencial natural; ya que las acciones que frecuentemente son tomadas en su tratamiento, tienden a agudizar las condiciones del mismo, más que a favorecerlas, para lo cual se hace urgente implementar y aplicar un programa de atención dirigido específicamente a padres y maestros para que dichas estrategias contribuyan a mejorar la atención de los niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad..

La información, manejo y estrategias básicas que se proporcionen tienen como finalidad una "posible" detección precoz así como un manejo más adecuado del trastorno por parte del padre en el hogar y del maestro en el aula, al percatarse que el niño presenta problemas de conducta y

aprendizaje que limitan desarrollar su potencial de manera "normal"; partiendo de éste hecho, el siguiente paso a seguir es la canalización del niño a psicopedagogía para que sea evaluado y diagnosticado puntualmente.

Como se ha podido observar, se espera que tanto el maestro como los padres funcionen como un primer filtro de detección del trastorno, el cual se dará a un nivel empírico, es decir; a través de la observación directa oportuna identificando los déficits en el desarrollo motor, cognoscitivo y socioemocional tanto en el hogar como en el aula.

Así pues, el tratamiento indicado para un niño con TDAH está basado en un entrenamiento psicopedagógico (maestro y psicólogo), un manejo familiar (padres) y en casos en que la problemática sea realmente incapacitante para el individuo tendrá su tratamiento que tener una base farmacológica. Es deseable que dicho tratamiento reciba un apoyo eficiente y exista una coordinación adecuada entre los padres de familia y maestro de grupo para que, en la medida de lo posible se logre ofrecer un tratamiento que alivie los déficits del niño que obstaculizan su desarrollo integral como individuo sano.

VI GLOSARIO

Atelectacias: Falta de aire en los alveolos.

Diabetes Mellitus: Trastorno caracterizado por la presencia de niveles de glucosa elevados en sangre (hiperglusemia) y carencia o disminución a los efectos biológicos de la insulina.

Distocias: Parto anormal difícil patológico o lento.

Distocia anexial: Aquella cuya causa reside en los anexos fetales: cordón y placenta.

Distocia fetal: Debido a la forma, tamaño o posición del feto.

Distocia materna: La causa reside en la madre (no contracciones, estrechez del canal de parto).

Fibroplastos fetal; Factor Rh: Aglutinógeno que se encuentra en los glóbulos de individuos que son denominados Rh positivo; la sangre de éstos, transfundida a los Rh negativos provoca en el suero de éstos últimos la formación de anticuerpos. La incompatibilidad Rh puede desarrollarse cuando una mujer Rh negativa es fecundada por un hombre Rh positivo y se concibe un feto Rh positivo. Los hematíes del feto cruzan la placenta y

entran en la circulación materna durante el embarazo (la transferencia mayor se produce durante el parto) y estimulan la producción de anticuerpos por parte de la madre contra el factor Rh. Los anticuerpos alcanzan al feto por vía de la placenta y producen destrucción de los eritrocitos fetales. La anemia resultante puede ser tan grave que el feto puede morir en el interior del útero.

Kernicterus: Impregnación bilirubínica de la sustancia de los núcleos grises del cerebro y médula con degeneración de las células nerviosas, es una forma grave de la ictericia del recién nacido. Después del nacimiento la bilirrubina se acumula en la circulación sanguínea del recién nacido, éstos altos niveles pueden formar depósitos en los ganglios basales del cerebro y producir kernicterus, síndrome clínico de mala alimentación, facidez, convulsiones, apnea y muerte neonatal. Los que sobreviven pueden tener atetosis, retraso mental y pérdida de audición.

Meningitis: Inflamación de las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal.

Meningoencefalitis: Inflamación del cerebro y las meninges.

Neoplasia: Crecimiento nuevo de tejido en el que la multiplicación de las células, no está totalmente controlado por los sistemas regulares del

organismo y tiene un carácter a veces agresivo. Sinónimo de tumor o cáncer

Neumonía: Inflamación del pulmón con formación de exudado alveolar .

Panencefalitis esclerosante subaguda: Es una enfermedad cerebral crónica previamente inexplicada de los niños y adolescentes que se presenta meses o años (por lo general años). Después de un ataque de sarampión, causa deterioro intelectual, crisis convulsivas, alteraciones motoras y por lo general es mortal.

Parotiditis: Inflamación de la glándula parótida (oídos).

I. DATOS GENERALES

NOMBRE: _____ SEXO (M) (F)
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ E.C.: _____ AÑOS: _____ MESES: _____
 DIRECCIÓN: _____ TEL _____
 ESCUELA DE PROCEDENCIA: _____
 ULTIMO GRADO DE ESTUDIOS: _____

II. AMBIENTE FAMILIAR**ESTADO CIVIL DE LOS PADRES:**

CASADOS () SEPARADOS () DIVORCIADOS () UNIÓN LIBRE ()
 MADRE SOLTERA () AMBOS AUSENTES ()
 PERSONAS CON QUIENES VIVE EL PACIENTE: _____

DATOS DEL PADRE

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____
 HORARIO DE TRABAJO: _____ TELÉFONO: _____
 INGRESOS MENSUALES APROXIMADOS \$ _____

DATOS DE LA MADRE

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____
 HORARIO DE TRABAJO: _____ TELÉFONO: _____
 INGRESOS MENSUALES APROXIMADOS \$ _____

TIENE HERMANOS EL PACIENTE: (SI) (NO)

ESPECIFIQUE: EDAD SEXO

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

TIPO DE VIVIENDA:

CASA () DEPARTAMENTO () No. DE HABITACIONES ()
 RENTA () PROPIA () VIVIENDA CON UN FAMILIAR ()

III. MOTIVOS DE LA CONSULTA

1. ¿Cuál es el problema que el paciente presenta actualmente?

2. ¿Cómo fue detectado?

3. ¿A qué edad se detectó?

4. ¿Se le han realizado estudios previos? SI () NO ()

TIPO DE ESTUDIO

FECHA

ID

NEUROLÓGICO

PSICOLÓGICO

AUDITIVO

VISUAL

FONIATRICO

OTROS

5. Presenta el niño algún problema físico (pie plano, problemas motrices, sobre peso, etc.)

IV. ANTECEDENTES FAMILIARES

6. Existen antecedentes en la familia de enfermedades como:

DIABETES ()

EPILEPSIA ()

DEFICIENCIA MENTAL ()

ALCOHOLISMO ()

FÁRMACO DEPENDENCIA ()

ENFERMEDADES VENÉREAS ()

OTRA ()

7. ¿Existe algún caso semejante en la familia?

V. ANTECEDENTES PRENATALES

8. ¿Se planeó el nacimiento del paciente? (SI) (NO)

9. Se encontraba la madre en tratamiento anticonceptivo

10. El embarazo se detectó inmediatamente

11. ¿Qué número de embarazo fue? hubo abortos previos

12. Durante el embarazo, se vio la madre expuesta a:

ENFERMEDAD () TRAUMATISMO () INGESTIÓN DE MEDICAMENTOS ()

PROBLEMAS DE TIPO EMOCIONAL ()

VI. ANTECEDENTES PERI NATALES.

13. Edad de la madre al nacer el niño _____
Edad del padre al nacer el niño _____
14. El parto ¿fue? A término () Prematuro () Postérmino ()
-
15. Tipo de parto: Natural () Cesárea () Uso de fórceps ()
-
16. Se utilizó algún tipo de anestesia? _____
17. Cuál fue la duración aproximada del parto? _____
18. Hubo llanto inmediato del niño al nacer? _____ APGAR: _____
19. Cuál fue el peso del niño al nacer? _____
20. Se observó alguna característica anormal del niño al nacer?
Cianosis () Ictericia () Hipotonicidad () malformaciones ()

VII. DESARROLLO GENERAL DEL NIÑO

21. Aproximadamente a qué edad logró el niño:
Sostener la cabeza _____ Sentarse s/ayuda _____
Gatear _____ Caminar s/ayuda _____
Balbucear _____ decir sus primeras palabras _____
Utilizar frases cortas _____ oraciones _____
Controlar esfínteres _____
22. Alguna vez el niño se ha accidentado o enfermado? _____
-
23. Ha presentado temperaturas altas? _____
24. Ha presentado crisis convulsivas? _____
25. Ha recibido algún tratamiento? _____
26. Cuenta con el esquema básico de vacunas? _____

VIII. COMPORTAMIENTO DEL NIÑO

27. Qué características tiene la conducta del niño? _____
-
- Nivel de actividad _____
- Nivel de atención _____
- Existen alteraciones en el sueño _____

IX. HISTORIA ESCOLAR DEL NIÑO

PREESCOLAR, adaptación, socialización, características del proceso de aprendizaje

EDUCACIÓN PRIMARIA BÁSICA (adquisición del proceso de lecto-escritura rendimiento académico y adaptación)

EDUCACIÓN MEDIA

X. ASPECTOS GENERALES RELACIONADOS CON EL PROBLEMA

¿Cuál es el problema que les preocupa a los padres en la actualidad?

¿Cómo ha afectado este problema a la dinámica familiar?

XI. COMENTARIOS FINALES DEL ENTREVISTADOR

¿Quiénes asistieron a la entrevista?

XII. CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados de la entrevista se decidió?

Evaluar al niño ()

Canalizar al niño a otro u otros especialistas

XIII. OBSERVACIONES.

ANEXO 2**ESCALA DE ACTIVIDAD DEL NIÑO***Cualquier puntuación superior a 15 puede considerarse significativa***En el hogar (durante las comidas)**

	<i>nunca</i>	<i>algo</i>	<i>mucho</i>
1 Sube y baja de las sillas	0	1	2
2 Interrumpe la comida sin razón	0	1	2
3 Se mueve en su asiento	0	1	2
4 Juega nerviosamente con objetos	0	1	2
5 Habla excesivamente	0	1	2

En el hogar (mientras ve la televisión)

	<i>nunca</i>	<i>algo</i>	<i>mucho</i>
6 Se levanta y se sienta	0	1	2
7 Balancea el cuerpo	0	1	2
8 Juega con objetos	0	1	2
9 Habla incesantemente	0	1	2
10 Interrumpe a los demás	0	1	2

En el hogar (durante el juego)

	<i>nunca</i>	<i>algo</i>	<i>mucho</i>
11 Muestra agresividad	0	1	2
12 No se mantiene quieto	0	1	2
13 Cambia de actividad constantemente	0	1	2
14 Busca la atención de los padres	0	1	2
15 Habla excesivamente	0	1	2
16 Interfiere con el juego de otros	0	1	2
17 No mide el peligro	0	1	2
18 Muestra impulsividad	0	1	2
19 Muestra perseveración	0	1	2

En el hogar (durante el sueño)

		<i>nunca</i>	<i>algo</i>	<i>mucho</i>
20	Dificultades para iniciar el sueño	0	1	2
21	Sueño insuficiente	0	1	2
22	Muestra inquietud mientras duerme (movimientos, rechinar los dientes, etc.)	0	1	2

Fuera del hogar (no en la escuela)

		<i>nunca</i>	<i>algo</i>	<i>mucho</i>
23	Inquietud en los vehículos	0	1	2
24	Inquietud durante las compras (tocar todo, jugar, etc.)	0	1	2
25	Inquietud en la iglesia y/o el cine	0	1	2
26	Inquietud durante las visitas	0	1	2
27	Desobediencia constante	0	1	2

CUESTIONARIO PARA PADRES

I: Características de los niños

- 1.- Nervioso (se muerde las uñas, se tuerce los dedos, se jala la ropa y mueve las manos y los pies)
- 2.- Impúdicos (hace señas obscenas, emplea un vocabulario soez y practica juegos sexuales)
- 3.- Impulsivo (no mide las consecuencias de sus actitudes)
- 4.- Gritón
- 5.- Agresivo y peleonero (molesta a sus hermanos a otros niños)
- 6.- Deficiente para el aprendizaje (tiene dificultad para aprender y obtiene bajas calificaciones)
- 7.- Miedoso (tiene miedo a la oscuridad, a los ruidos, a los espantos, etc)
- 8.- Intranquilo (no puede permanecer sentado al comer, ni al ver televisión, ni al hacer las tareas, etc)
- 9.- Destructivo (desarma y rompe los juguetes, cuadernos, etc)
- 10.- Fantasioso (tiende a crear fantasías e inventa historias)
- 11.- Infantil (se comporta como niño más pequeño)
- 12.- Mentiroso (miente al tratar de encubrir sus maldades o incapacidades)
- 13.- Latoso (molesta a la gente que lo rodea, interrumpe la plática de los adultos, etc)
- 14.- Desobediente (no obedece a pesar de que se le castigue o se le golpee)
- 15.- Desidioso (nunca termina lo que inicia, como tareas, trabajos, juegos de mesa etc)
- 16.- Platicador (Interrumpe a los demás, pues sólo él quiere hablar y no deja que los demás hablen)
- 17.- Descuidado (tiene un mal arreglo personal, pierde útiles y juguetes, no cuida su ropa, etc).
- 18.- Cruel (muestra crueldad con los animales, hermanos o compañeros)
- 19.- Distruido (muestra falta de concentración en sus tareas)
- 20.- Susceptible (cambia de estado de ánimo con facilidad, al mostrar tristeza, alegría, enojo, etc.)
- 21.- Tramposo (hace trampas en los juegos, pues no sabe perder)
- 22.- Conflictivo (se lleva mal con sus hermanos y amigos)
- 24.- Trepador (se trepa a los árboles, bardas, postes, etc)
- 25.- Egoísta (no comparte con nadie).
- 26.- Egocéntrico (le gusta llamar la atención de la gente que lo rodea)
- 27.- Caprichoso (se muestra terco, testarudo y voluntarioso)

II. Según su criterio, ¿dónde colocaría usted a su hijo?

- El más problemático de sus hijos
 En que otro lugar
 Hijo único

III. Considera usted que su hijo tiene una inteligencia

- Abajo del promedio Normal Arriba del promedio

IV. ¿Considera usted que su hijo es el principal problema de la familia?

- SI NO

V. Otras observaciones:

VIII BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Psiquiátrica Americana (1995). Manual diagnóstico y estadístico DSM IV, (4ª. Ed.), Barcelona España, Masson.
2. Barbaranne J. (1994). Un niño especial en la familia, México, Trillas.
3. Cruickshank W. M. (1994). El niño con daño cerebral, México, Trillas.
- 4 Fundación para la Atención e Investigación Psicopedagógica. (2000) Equipo para el diagnóstico y tratamiento del déficit atencional. Barcelona España. <mailto:abrofnan@retina.ar>
- 5 García P. E.& Magáz L.A. (2000). Actualidad sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. México. www.tda-h.com.
6. Lapierre A. (1990) Los contrastes y el descubrimiento de las nociones fundamentales. Barcelona; Científico Médica.
7. Merk & Co. (1989) El manual merck (8a. ed.). Ediciones Doyma Barcelona España.
8. Oaklander V. (1992). Ventanas a nuestros niños. Santiago de Chile. Cuatro Vientos.

- 9.-Prandi F. (2000). Déficit de Atención con hiperactividad.
w.w.w.fadana.org/.
- 10.-Roper N. (1982) Diccionario de enfermería. México. Interamericana.
- 11.- Ruiz A. A. (1995), Separata de hiperkinesia. México Instituto de Investigaciones de Problemas de Aprendizaje. México, 1995.
12. Ruiz A. A. (1995) 300 Juegos y ejercicios para apoyar el aprendizaje de la lectura escritura y aritmética. IIPA. México.
- 13.- Salvat. (1994) Diccionario terminológico de ciencias médicas, México, Salvat.
- 14.- Saucedo G. (2000), Rompan Filas Mitos y Realidades Acerca del Niño. Hiperkinético. México. <http://www.tda-h.com>.
- 15.- Serrano A. & Col. (2000). Trastorno de la Atención en los Niños
<http://www.mi.pediatra.com.mx/infantil/atencion.htm>.
16. Uriarte B.V. (1989). Hiperquinesia. México. Trillas.
- 17.Uriarte B.V. (1989). Psicofarmacología, 4a. edición, México Trillas.

18. Valett E. R. (1990). Tratamiento de los problemas de aprendizaje, Manual de Programas y Métodos Psicopedagógicos.

19. Valett E.R. (1998). Niños Hiperactivos. Madrid España. Cincel Kapelusz.

20.- Velasco F. V. (1995). El niño hiperquinético. México. Trillas.