



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROYECTO DE TESIS

**PROPUESTA DE UN TALLER PARA PROFESORAS DE NIVEL PREESCOLAR
PARA EL TRATAMIENTO DE NIÑOS CON DÉFICIT DE ATENCIÓN EN EL
AULA.**

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

QUE PRESENTA

GUADALUPE LAURA JIMÉNEZ DUARTE

DIRECTOR: LIC. DAMARIZ GARCÍA CARRANZA

México, D.F.

Junio, 2006



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.

Ante todo quiero agradecer a Dios, todo lo que he recibido, las bendiciones, los dones, vivencias que me han acompañado a lo largo del camino.

A mis padres, por darme la vida, porque en los momentos difíciles siempre he contado con su apoyo.

Mamá: gracias por tu amor, comprensión y apoyo en todo momento.

Papá: gracias por estar en el momento preciso, por tu cariño, por tus sabias palabras cuando solicité un consejo.

A mi tío Quique †, que fue mi guía, mi segundo padre, mi consentidor, serás un modelo de honestidad, trabajo y rectitud siempre.

A mi tío Rafa †, cuyas virtudes fueron tantas que temo olvidar alguna, pero tu camino por esta tierra dejó mucho amor a todos los que te conocimos.

A mis hijos Ángel Enrique y Ana Laura, por su paciencia, apoyo y amor en la realización de este trabajo, quienes son además mi mayor motivación.

A mis hermanos; Jorge, Elsa, Humberto, Pedro y Georgina, por acompañarme en el camino, por ser mis amigos, confidentes y compartir conmigo tantos sucesos.

A mi Directora de tesina, la Profa. Damariz García Carranza, quien con sus sugerencias, me apoyó enormemente en la realización de este trabajo, además de ser una guía emocional muy valiosa.

A mi jefa; Directora del CA.P.E.P. Tláhuac II. Psic. Margarita Colado por su apoyo y calidad humana que fue uno de los mayores incentivos para llegar a la meta.

A mis compañeras de la célula de titulación; Margarita, Laura, Seny, y a mis compañeros del taller de motivación; Ángeles, M^a. Antonieta, Consuelo, Adriana, Modesto, Norma, Judit, Leti, Martha, Claudia, quienes con su escucha comprensiva, y motivación fueron valiosísimas en el logro de este objetivo.

Al Lic. Mario Martínez, Lic. Juan Manuel Gálvez y Lic. Leticia Trejo, que con su apoyo, acompañamiento y motivación fueron pilares básicos en la realización de este trabajo.

A mis sinodales: Lic. Araceli Mendoza, Lic. Patricia de Buen, Lic. Leticia Bustos, Lic. Guadalupe Santaella, por sus sugerencias, comentarios y la revisión de mi trabajo.

INDICE

INTRODUCCIÓN

MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1. Trastorno por Déficit de Atención con o sin hiperactividad.

1.1 Introducción al concepto de atención.

1.2 Antecedentes históricos.

1.3 Definición

1.4 Síntomas

1.5 Etiología

1.6 Comorbilidad y prevalencia

1.7 Diagnóstico

1.7.1. Diagnóstico psicológico

1.7.2. Diagnóstico neurológico

1.8 Tratamiento

1.8.1. Psicológico en el salón de clases

1.8.2. Farmacológico

1.8.3. Tratamiento cognitivo conductual.

Reflexión.

CAPÍTULO 2. La educación preescolar en México.

Introducción.

2.1 La educación preescolar en México.

2.2 Programa de Educación Preescolar 2004

Reflexión.

PROPUESTA.

- Justificación.
- Descripción del taller
- Cronograma del Taller para profesoras de nivel preescolar para el tratamiento de niños con déficit de atención en el aula.
- Descripción de las sesiones del Taller para niños con déficit de atención.

CONCLUSIONES

REFERENCIAS

ANEXOS

- 1.- Escala Evaluativo Abreviada de Connors para maestros (ATRS)
- 2.- Escala de Evaluación de Swanson- Nolan- Pliham
- 3.- Cuestionario para maestros (Hospital Psiquiátrico Infantil. “Dr. Juan N. Navarro”)
- 4.- Cuento: La Oruga
- 5.- Cuento: La tortuga

INTRODUCCIÓN.

Actualmente en las escuelas del nivel preescolar; se ha detectado un alto porcentaje de niños que presentan Trastorno por déficit de atención, siendo este el síndrome más común en la infancia. De acuerdo a la Secretaría de Salud, en México la prevalencia es casi de dos millones de niños en edad escolar que padecen el trastorno por déficit de atención de los cuales menos del dos por ciento recibe tratamiento (Anaya, 2003).

La atención es un proceso esencial para la supervivencia de las especies, este proceso resulta ser una protección, ya que ningún individuo está preparado para manejar conscientemente un sinnúmero de estímulos exteriores, por lo que nuestro cerebro realiza un filtro de esa información y realiza una selección de lo que resulta útil para las acciones que se estén realizando, (Solovieva, Quintanar y Flores, 2002).

Se afirma que los síntomas más importantes del trastorno por déficit de atención (TDAH), son la falta de atención, hiperactividad e impulsividad, los cuáles son un problema serio para el niño que lo tiene y para las personas de su entorno social, padres, profesores, compañeros, por las implicaciones que conlleva en el funcionamiento cognitivo y social del sujeto. En ocasiones los niños no han recibido tratamiento específico por desconocimiento de los padres y de los profesores, deseando que los síntomas desaparezcan en cuanto el niño madure al crecer y aunque su empeño sea grande, no se obtiene el éxito esperado al no tener claro lo que se tiene que hacer en estos casos.

Por lo que se menciona, surge la necesidad de realizar este trabajo enfocado a la labor que se realiza en el Jardín de Niños, ya que entre más rápido se detecte el TDAH en los niños, se realice un diagnóstico y se siga un plan de atención, mayores serán las posibilidades de que el menor logre un control de sus emociones, centre su atención y mejoren sus relaciones interpersonales.

En el jardín de niños se promueve una escuela para todos, esto corresponde a que todos los niños aprendan sin importar sus características. La educación preescolar tiene como propósito fundamental contribuir a la creación de un ambiente de aprendizaje, a fin de que se brinden acciones en las que el niño se desenvuelva en su medio. La integración educativa en el jardín de niños presenta las condiciones necesarias que le permiten al niño desarrollar el aprendizaje de acuerdo a sus potencialidades, con respeto a las diferencias y equidad. También se reconoce y atiende a la diversidad.

Por lo que se hace necesario que los docentes responsables de grupo actúen con estilos de enseñanza diversificados. Esto es que se sensibilicen ante la presencia de niños con necesidades educativas especiales, se capaciten y haya una mayor contribución positiva en el proceso de enseñanza – aprendizaje.

Este trabajo es una contribución al quehacer educativo de las maestras de educación preescolar para atender las necesidades del menor que presenta el Trastorno por déficit de atención. El trabajo se divide en:

Capítulo 1. En el cual se mencionan antecedentes históricos, definición, síntomas, etiología, comorbilidad y prevalencia, diagnóstico, tratamiento y técnicas conductuales que se van a utilizar en la propuesta

Capítulo 2. En este capítulo se retoman los diferentes programas de educación preescolar desde 1903 hasta el que actualmente está en vigor, PEP 2004.

Se hace un análisis de los fundamentos, importancia de la educación preescolar y los propósitos fundamentales del programa actual.

Y se presenta finalmente la propuesta que consiste en un Taller para profesoras de educación preescolar para el tratamiento de niños con déficit de atención en el aula, el cual consta de 12 sesiones, en cada una de ellas se encontrarán dinámicas, diversas técnicas, información teórica y se intenta que las docentes experimenten muchas de las situaciones que se sugiere trabajar con el niño.

CAPÍTULO 1.

Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.

1.1 Introducción al concepto de atención.

Es un proceso esencial para la supervivencia de las especies. En los vertebrados con cerebros filogenéticamente primitivos como algunos animales marinos, existe ya la capacidad de poner atención, por ejemplo; cuando van a cazar tienen que enfocar su atención para atrapar a su presa, de lo contrario si no lo hicieran, la presa escaparía. Este mismo proceso se repite en las especies superiores de la escala de la evolución.

En el ser humano la atención determina la posibilidad de contar con una *experiencia consciente*, sin embargo no se tiene un control absoluto sobre este proceso. Esto es fácilmente observable por ejemplo; durante un evento que resulte aburrido, nuestra atención al cabo de un rato se desvía hacia otras cosas; los pendientes, la hora de la comida, la cita con el dentista, etc.

Si analizáramos la vida de cualquier persona por un breve período de tiempo nos daríamos cuenta de que suceden un sinnúmero de estímulos; ruidos de motores de autos, nuestra respiración, cambios en el clima, en la iluminación, el canto de los pájaros, alguien pregunta algo, etc. sin embargo, la mayoría de esos estímulos nos resultan inconscientes, pues tan solo a unos pocos de ellos les ponemos atención es decir los hacemos conscientes. Esto resulta ser una protección, ya que ningún individuo está preparado para manejar conscientemente tal cantidad de estímulos. Por lo que nuestro cerebro realiza un “filtro”, de toda esa información, es decir realiza una selección.

Resulta necesario presentar una compilación de las diferentes corrientes y teorías que han surgido a partir de la interrogante: ¿Qué es la atención?,

En el siglo XVII Descartes, es el representante más claro en lo que se refiere a la orientación dualista filosófica, propuso la *teoría motora de la atención*, según la cual, la atención constituye el resultado de la adaptación motora, lo que mejora la percepción del objeto en un momento dado.

En la segunda mitad del siglo XIX, la psique, con todos sus elementos, se convirtió en objeto de estudio científico, como otros procesos psicológicos, la atención se encontraba bajo estudio del Asociacionismo. La atención se entendía en términos del transcurso de las asociaciones. Entre más fuertes eran las asociaciones, más atención requerían.

Algunos representantes como Hartly y Brown, decían que la atención era el resultado de las emociones y no podía ser un proceso independiente. Fueron los primeros en señalar la relación entre los intereses y la atención. (Galperin y Kabilnitskaya, 1974)

Wundt, creador de la psicología experimental, continuador de las ideas de Kant, comprendía a la atención como una manifestación de *apercepción*, es decir como una capacidad espiritual elemental que permite diferenciar y percibir algunas características estables del mundo externo.

Entre los autores que más aportaron a la comprensión del problema psicológico de la atención están; Vigotsky y Luria.

Vigotsky (1991) entendía a la atención como dos tipos de disposición; la sensorial, que garantiza la percepción y motora, que garantiza la respuesta hacia la percepción. El proceso de atención adquiere un carácter superior a través de la función reguladora del lenguaje (Luria, 1997), la cual se encarga de dirigir toda la actividad del niño hacia un objetivo determinado.

1.2 Antecedentes históricos.

Este padecimiento no es nuevo ni ha sido descubierto recientemente. Su historia se remonta al año 1902 cuando George Still y Alfred Tredgold en Inglaterra, realizaron investigaciones científicas acerca de la conducta de los niños, lo que conceptualizaron como “defectos en el control moral”, señalaron también la mayor incidencia de este trastorno en niños que en niñas de la misma edad y puntualizaron, como sintomatología más destacable en el cuadro, los trastornos del aprendizaje, la hiperactividad, los trastornos generales de conducta, las dificultades para mantener la atención (Spencer, 2002) e identificaron un tipo de comportamiento que se asemeja a lo que actualmente conocemos como TDA. Según Still (1909), estos niños mostraban fundamentalmente un “déficit en el control moral”. Tal como lo indicaba el criterio médico de aquella época, él asoció estos trastornos a malformaciones congénitas que se evidenciaban en diferencias de los diámetros craneanos, etc. Además señaló el alto porcentaje de alcoholismo, criminalidad, depresión y suicidios entre los familiares de estos niños, intentando hallar causas hereditarias como la etiología de éste. Puso de manifiesto la frecuente asociación que aún hoy en día observamos en niños con TDAH y tics o enfermedad de la Tourette.

En Estados Unidos de América, después de la primera Guerra Mundial, el interés en torno a este trastorno surgió después de una epidemia de encefalitis entre 1917 y 1918. Cuando los científicos descubrieron a los niños que sobrevivieron, notaron que presentaban secuelas serias tanto en su conducta como en su capacidad cognoscitiva, pero como resultado de una secuela post encefalítica, las cuales incluían muchas de las características que hoy se consideran parte del TDA. (Benavides Tijerina de Adame 2002)

Kahn y Cohen propusieron en 1934 (Taylor 1991) que la hiperactividad y la conducta impulsiva frecuentemente acompañadas de agresividad se debían a factores orgánicos localizados en el tallo cerebral a menudo causados por un trauma o una encefalopatía prenatal o lesión en el parto.

En el año 1937, Bradley, descubrió el “efecto paradójico tranquilizante” de los psicoestimulantes, en los niños hiperquinéticos tratados con benzedrina, para aumentar la presión sanguínea y aliviar los dolores de cabeza y en lugar de esto observó una mejoría espectacular en el rendimiento escolar y en una conducta dócil.(Taylor 1991).

Éste es un momento fundamental en la historia de la psiquiatría pues se considera el comienzo de la psicofarmacología infanto-juvenil. Sobre la base de estas experiencias tempranas, a partir de 1970 las anfetaminas se convirtieron en la droga de elección en el tratamiento de TDAH.

En 1947, Strauss y Lehtinen delinearon el síndrome, introduciendo el término “daño cerebral”, pero muchos de los niños estudiados no presentaban daño cerebral que hubiera sido demostrado a través de un examen neurológico.

Ya para las décadas de 1950 y 1960 el departamento de salud y bienestar de los Estados Unidos de América adoptó el término: niño con daño cerebral mínimo, o con disfunción cerebral mínima, lo que define a los niños de inteligencia normal, casi normal o superior a lo normal con trastornos conductuales y de aprendizaje que van de moderados a severos y que se encuentran asociados a desviaciones de las funciones del sistema nervioso, sin embargo, surgieron dudas acerca de lo acertado del concepto, ya que en ocasiones no se presentaba un historial que sugiriera que tal daño existía.

En 1968 se incluyó una definición de “hiperactividad” en la segunda edición del: Manual de Diagnósticos y Estadística de Trastornos mentales) DSM-II; American Psychiatric Association, 1968).

En la década de 1970, este trastorno acaparó la atención de los investigadores, científicos y público en general, por lo cual se publicaron estudios y libros de texto científicos. El uso de medicamentos y la hipótesis de que la hiperactividad podía ser el resultado de factores ambientales, fueron aspectos que cobraron importancia, (Van Wielink, 2004):

- Se habló de dietas y del efecto de determinadas sustancias en los alimentos.
- De un desarrollo cultural excesivamente rápido y cambiante que dejaba atrás a algunos miembros de la sociedad.
- También se mencionaron “fallas” en la educación que los padres brindaban, entre otras posibles causas.

Un acontecimiento trascendental para Estados Unidos de América fue la aprobación de la Ley Pública 94-142, la cual estipula que deben brindarse servicios de educación especial a niños con discapacidades conductuales, además de los que ya se encontraban disponibles para quienes padecen retraso mental.

En 1987, en la tercera edición del DSM, de la Asociación Americana de Psiquiatría, se sustituyó el concepto de hiperactividad por el de Trastorno de Déficit de Atención (con o sin hiperactividad). En su edición revisada de ese mismo año, se consideró al déficit de atención sin hiperactividad ya no como un subtipo, sino como una categoría independiente; allí se clasificó de acuerdo a tres criterios de gravedad para dicho trastorno: leve, moderado y grave.

En 1991 , el Departamento de Educación de Estados Unidos, así como su Departamento de Educación Especial, revisando los estatutos de la ley, permitieron que los niños con

TDA también pudieran recibir servicios y programas educativos especializados.(Benavides Tijerina de Adame 2002)

El criterio diagnóstico adoptado por la Asociación Psiquiátrica Americana en 1994 (DSM-IV) estableció el diagnóstico con base en dos dimensiones de la conducta: hiperactividad-impulsividad y falta de atención, ya que la mayoría de los estudios realizados no pudieron discriminar a la impulsividad como dimensión separada de la hiperactividad. Por lo tanto se reconocen tres subtipos: un TDA predominantemente desatento, TDA predominantemente hiperactivo-impulsivo, TDA combinado.

1.3 Definición.

- El TDAH es un trastorno fisiológico que causa dificultad para inhibir el comportamiento orientado a una meta.
- El TDAH es una ineficiencia neurológica que controla los impulsos, ayuda a seleccionar la información sensorial y enfoca la atención.
- En el DSM IV (1994) existe un apartado específico para trastornos presentados en la infancia, niñez o adolescencia, dentro de los cuales se encuentra “trastorno por déficit de la atención y conducta disruptiva”, cuyas siglas en inglés son ADD (Attention Deficit Disorder) y ADHD (Attention Deficit Hiperactivity Disorder) para el caso de déficit de atención con hiperactividad. Lo considera como un síndrome neurológico con una alta probabilidad de ser transmitido genéticamente.
- Anicama (1997) señala que el trastorno por déficit de atención se caracteriza por la falta de atención, exceso de actividad motora e impulsividad, siendo un problema

crónico no vinculado a problemas de retardo, deterioro sensorial, problemas de lenguaje o motor, ni a perturbaciones emocionales severas.

- El TDAH es un trastorno que causa un nivel excesivo de actividad, distracción excesiva, sensibilidad y exageradas reacciones emocionales (Rief, 2000)

1.4 Síntomas.

Para iniciar sobre la revisión de los síntomas del TDAH, cabe mencionar que; dos son los ejes principales sobre los que incide este trastorno: 1) **el déficit de atención** y 2) **la hiperactividad-impulsividad**. La mayoría de los niños presentan un trastorno de tipo combinado con características significativas de ambos ejes, pero también se puede encontrar niños con una sintomatología cuyo peso recae en el primero de los ejes, el déficit de atención y que no tienen síntomas en el segundo de los ejes, o viceversa.

Para poder pensar en formular el diagnóstico de alguno de estos tipos, el individuo debe manifestar los síntomas fundamentales, recordando que los niños que cursan con TDA pueden o no ser hiperactivos, (Van Wielink, 2004)

- **Inatención o Distracción fácil.**

Es el síntoma central del TDA, se hace más evidente si la actividad es aburrida para el niño como las tareas, escolares, cuando la actividad es novedosa o divertida, los períodos de atención pueden llegar a ser normales. La distracción fácil es consecuencia de la falta de atención y puede deberse a estímulos sensoriales; auditivos (voces, pájaros, música), visuales (si está sentado frente a una ventana o cerca de la puerta), o con la fantasía de sus pensamientos.

- **Hiperactividad.**

Es el aumento exagerado de la actividad motora, los niños varones suelen mostrar una gran actividad motora y en las niñas pueden evidenciarlo en aumento de la actividad verbal.

- **Impulsividad.**

Falla para inhibir los impulsos nerviosos instintivos o reflejos. Los niños impulsivos con TDA actúan sin pensar en las consecuencias, frecuentemente estos niños hacen lo primero que les pasa por la mente y no calculan los resultados.

- **Sobre excitación emocional.**

Parece no tener un término medio en sus emociones. Además, las transmite fácilmente; cuando está alegre es la alegría de la fiesta, pero si se enoja hace rabietas y puede ser agresivo. A este estado psicológico se le llama también labilidad emocional.

- **Parece no tener una noción clara del tiempo.**

El niño con TDA no posee este concepto del tiempo que en mucho depende del buen uso de la memoria inmediata.

- **Desorganización.**

Para realizar una actividad se requiere de orden y estructura para poder llevarla a término, estas funciones dependen de la capacidad de memoria y del entrenamiento de las habilidades para dicha aptitud. Por lo tanto en el trastorno de déficit de atención se observa una deficiente memoria inmediata ya que; olvidan o pierden útiles, prendas de vestir como suéter, bufandas o pierden objetos que piden prestados y extravían.

- **Desobediencia.**

Estos niños tienen problemas con la disciplina ya que olvidan las reglas de conducta o las ignoran, por una mezcla de impulsividad, impaciencia y sobre excitación emocional. Por lo que se sugiere que a estos niños se les solicite realizar una cosa a la vez.

- **Problemas sociales.**

No tienen amigos de su edad porque su impulsividad y temperamento hace que sus compañeros los rechacen, incluso es posible que sean “etiquetados” como problema y se evite el contacto con ellos.

- **Impaciencia.**

No saben esperar con calma su turno, o alguna actividad que tarda tiempo en realizarse o no sabe sufrir el tiempo necesario para llevar a cabo algún trabajo o tarea.

El DSM-IV (1994) propone un protocolo para detectar el Síndrome de Déficit de Atención e hiperactividad:

1. Seis o más de los siguientes indicadores de problemas de atención deben haber estado presentes por lo menos durante seis meses en un grado que no va de acuerdo con su nivel de desarrollo.

Problema de atención:

- a) Suele no prestar atención a detalles o comete errores por descuido en sus trabajos escolares u otras actividades.
- b) Continuamente tiene dificultad para mantenerse atento durante actividades que lo requieren.
- c) Parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d) Es frecuente que no siga todas las instrucciones y no termine su trabajo escolar, tareas o deberes (aunque no debido a un Desorden de Conducta Oposicional, o a no haber comprendido las instrucciones).
- e) Constantemente tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
- f) A menudo evita, le disgustan o se muestra renuente para realizar tareas y actividades que requieren de un esfuerzo mental.
- g) Frecuentemente extravía los útiles necesarios para realizar tareas y actividades (por ejemplo; cuadernos, útiles, juguetes y herramientas)
- h) Lo distraen con facilidad los estímulos externos.
- i) Es olvidadizo en sus actividades diarias.

2. Seis o más de los siguientes indicadores de *hiperactividad e impulsividad* han estado presentes, durante más de seis meses, en un grado que no va de acuerdo con su nivel de desarrollo.

Hiperactividad:

- a) Juguetea continuamente con sus manos y/o pies y se retuerce en su asiento.
- b) A menudo se levanta de su lugar durante las clases o en otras situaciones en las que se requiere que permanezca sentado.
- c) Corre y trepa excesivamente en situaciones en las que no es apropiado (en adolescentes y adultos puede limitarse a actitudes de agitación o inquietud).
- d) Con frecuencia se le dificulta participar en silencio en juegos y actividades.
- e) Está en constante movimiento y actúa como impulsado por un motor.
- f) Habla en exceso (verborrea)

Impulsividad:

- a) Es frecuente que responda antes de que se termine de formular la pregunta.
- b) Con frecuencia se le dificulta esperar su turno
- c) Interrumpe o se entromete (en juegos, actividades o conversaciones ajenas).

La impulsividad está muy relacionada con el grado de tolerancia a la frustración. La conducta impulsiva junto con la falta de conciencia del riesgo los hace más propensos a los accidentes.

- A. Algunos síntomas o indicadores de problemas de atención, hiperactividad y/o impulsividad estuvieron presentes antes de los siete años de edad.
- B. Los síntomas o indicadores deben afectar o perjudicar a la persona en situaciones distintas (por ejemplo; en casa, en la escuela o el trabajo).

- C. Debe existir evidencia clínica clara de que el desempeño o rendimiento académico, social u ocupacional de la persona se ve afectado o perjudicado.
- D. Los indicadores o síntomas no se presentan exclusivamente durante el transcurso o padecimiento de algún trastorno mental serio o de algún problema de desarrollo.

1.5 Etiología:

NEUROLÓGICA:

Muchas han sido las teorías que han surgido a lo largo de los años como intentos de explicación de las causas del trastorno por déficit de atención.

En un momento se pensó en la intoxicación crónica con plomo o que se debía al alto consumo de conservadores en los alimentos. Para otros la explicación debía buscarse por el lado del consumo de los azúcares refinados. Vale la pena subrayar que hasta el momento no se ha podido demostrar que estas hipótesis tengan un fundamento ya que la reducción del consumo de estas sustancias no se tradujo en una mejoría significativa de los síntomas.

El sistema límbico y el lóbulo frontal son las principales localizaciones anatómicas del sistema encargado de la atención, función muy importante del sistema nervioso central. Desde allí las células nerviosas envían sus proyecciones a diferentes áreas del cerebro, por lo que una gran parte de éste participa en las tareas de atención y aprendizaje.

Actualmente la teoría explicativa respecto de la etiología sitúa la dificultad en un trastorno de la neurotransmisión de la corteza prefrontal, zona que desempeña un papel trascendental en la planificación y regulación de la conducta y sirve fundamentalmente para planificar y anticipar futuros eventos. Los neurotransmisores son aquellas sustancias químicas, dentro del cerebro que actúan como **mediadores** para permitir la transmisión de señales o información entre las neuronas.

Los neurotransmisores involucrados en el proceso de atención, según señala el doctor Guillermo van Wielink, (Van Wielink, 2000) son:

- Dopamina: es un neurotransmisor que se sintetiza por medio de las neuronas del Sistema Nervioso Autónomo y por las neuronas de la pars compacta de la sustancia negra mesencefálica. Está asociada con aspectos ejecutivos de la atención tales como la fijación o el cambio de atención, es decir, la facultad de cambiar nuestra atención de un estímulo a otro en forma voluntaria. Otra función de la dopamina es su relación con la sensación de placer (recompensa) al realizar una tarea.
- Norepinefrina, relacionada con los procesos de atención e impulsividad.
- Serotonina, relacionada con los procesos de impulsividad y motivación. Está involucrado este sistema en la inhibición de diversas áreas cerebrales, como respuesta al esfuerzo de atención (Schultz, 1998). Sirve para enfocar la atención.

Estas dificultades de la atención hacen que la persona sea fácilmente distraíble, afectando también su organización cognoscitiva y el control de la conducta, con lo cual manifiesta un cuadro complejo que afecta el desarrollo general de las habilidades. De esta manera se observa una gran discrepancia entre las capacidades potenciales de la persona y la ejecución que logra.

En las más recientes investigaciones neurofisiológicas se ha observado que las personas con TDA tienen un menor flujo sanguíneo hacia la corteza frontal, a diferencia de las personas que no lo padecen y que el consumo de glucosa en esta área es también menor durante la ejecución de funciones intelectuales superiores (Biederman, 2001)

En los estudios de resonancia magnética se produce una imagen del interior del cerebro utilizando magnetismo, muestra con mayor detalle las estructuras finas del cerebro.

Se abrevia con las siglas RNM.

En las pruebas de electroencefalograma puede observarse que las ondas alfa (característicamente producidas al atender) , se presentan de manera insuficiente (o en menor cantidad) a lo esperado para el sexo y la edad de la persona.

1.6 Comorbilidad.

Se llama **comorbilidad** cuando dos o más padecimientos, asociados entre sí se manifiestan en un mismo individuo por ejemplo; TDA y depresión.

La comorbilidad incluye condiciones de muchos tipos, se ha llegado a la conclusión de que el TDA es un desorden que se origina de muchas maneras y por tanto es factible identificar varios tipos de TDA.

A través de diversas investigaciones se ha descubierto que el déficit de atención continúa hasta la edad adulta en la mayoría de los sujetos, al igual que los padecimientos asociados, por lo que resulta conveniente que estos últimos sean diagnosticados y tratados oportunamente durante el tiempo necesario.

Según (Biederman 1991) sugiere que la mitad, o poco más de los niños tiene TDA “puro”, es decir, sin otros padecimientos.

Pero estudios más recientes (Halperin, Newcorn y Matier, 1993) indican lo contrario, que tan solo menos del 10% de los pacientes tienen TDA “puro”, en general se acepta que, además de los síntomas típicos del TDA, se presentan desórdenes asociados de conducta en 40 a 70% y trastornos de aprendizaje en un promedio de 20 a 25%.

Los *trastornos específicos del desarrollo* pueden dividirse de varias formas, entre las más importantes según (Van-Wielink 2004)

a) trastorno del lenguaje. Incluyen problemas de la pronunciación, expresión, comprensión, afasias adquiridas y otros.

El desarrollo del lenguaje es determinante para la evolución de diversas habilidades mentales superiores, como las funciones ejecutivas. Específicamente, el lenguaje permite que analicemos en una forma fácil y rápida los pensamientos (propios y de otros) y por lo tanto facilita la consolidación y actualización de diversas habilidades que aparecen en la infancia temprana.

b) Trastorno del desarrollo en el aprendizaje escolar. Podemos hablar de problemas en la lectura, ortografía, aritmética.

Cualquiera de los trastornos anteriormente mencionados pueden ser causa de que el niño repita el año escolar, y/o necesite acudir a clases de regularización. Los trastornos del aprendizaje son la causa más habitual por la que se envía al niño con el psicólogo, médico o terapeuta.

DESÓRDENES PSIQUIÁTRICOS.

El niño o adulto con TDA, puede o no presentar desórdenes psiquiátricos asociados. Una vez realizado el diagnóstico, si se encuentra cualquier desorden psiquiátrico, se trata primero y después el TDA.

TRASTORNO DE OPOSICIÓN DESAFIANTE. (TOD)

Es el síntoma psiquiátrico más comúnmente reportado, ya que representa el 65% de la población que acude a clínicas especializadas en trastornos de conducta. (Loney, 1982), este trastorno se caracteriza por ser un problema de la conducta, es recurrente y se

manifiesta durante el desarrollo, se identifica en particular porque los niños presentan niveles inadecuados de comportamiento negativo, desafiante, desobediente y hostil hacia las figuras de autoridad (ver manual DSM IV, cap.4).

TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

En estos casos son individuos que suelen experimentar crisis de pánico, son dependientes de la reafirmación externa, son extremadamente tímidos, y evitan las interacciones sociales no estructuradas.

TRASTORNOS AFECTIVOS.

De acuerdo con Parker (1999, citado por Litner, 2003, p.141) el 30% de los adolescentes con TDA presentan depresión. Este trastorno se caracteriza por una persistente y profunda tristeza, largos períodos de tiempo en que los individuos experimentan dificultad para obtener placer, aún en las actividades que antes eran placenteras. Puede existir sueño excesivo o insomnio, disminución de apetito, pérdida de energía y sentimientos de inferioridad.

1.7 Diagnóstico.

En la actualidad el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención (TDA) se basa, en primera instancia, en los síntomas que se obtienen de informaciones que proporcionan el sujeto y/o sus padres o profesores, con estos datos se elabora su *Historia Clínica*.

Para realizar el diagnóstico y tratamiento adecuado para un niño o adulto con TDA, estos deben realizarse por el médico, el neurólogo y el psicólogo, a través de:

1. Una entrevista completa con los adultos que están encargados del niño.

2. Una evaluación de las funciones cognoscitivas.
3. Una evaluación general del estado médico y neurológico del niño.
4. Una evaluación de las habilidades y logros académicos del niño.
5. El uso de escalas dirigidas al TDA, para profesores.
6. Los reportes escolares

Con relación al punto 1 se puede decir que es una fuente de información por demás valiosa, porque con ellos es donde se centran la mayoría de las relaciones del menor, con los padres hay que ser positivos y cautelosos al recabar información ya que se debe recordar que muchas veces debido al comportamiento del menor la dinámica familiar está muy deteriorada, y es fácil tender a culpar por el comportamiento del menor a los padres de familia, que son agentes importantes en la historia de neuro- desarrollo del niño, que es tan importante para el diagnóstico. Un cuestionario que a menudo es aplicado a los padres de familia es la Escala de Conners.

Los cuestionarios de Conners se elaboraron en el año 1969, con la finalidad de evaluar las mejoras comportamentales de los niños hiperactivos que recibían tratamiento. Conners confeccionó dos versiones de este cuestionario. Una para ser llenada por los padres y otra para los profesores. A estos cuestionarios se les ha realizado una versión castellana, en el año 1997 Farré-Riba y Narbona, porque estudiaron que en la escala original se evalúa más la carga comportamental y hay menor eficacia para la detección de niños cuyo peso sintomatológico recae en el déficit de atención, esta escala revisada consta de 20 ítems.(Orjales 1998).

En cuanto al punto 2, se debe recordar que los menores que tienen este trastorno pueden ocultar los síntomas en el consultorio, porque la mayoría de estos niños si tienen autocontrol en situaciones especiales como ir a visitar al médico.

Otra situación como lo es la evaluación mental se sugiere que se enfoque para descartar problemas más serios como psicosis.

1.7.1 Diagnóstico psicológico.

EVALUACIÓN COGNOSCITIVA:

Un diagnóstico diferencial ayuda a establecer hasta que punto la sintomatología detectada responde a un trastorno por déficit de atención con hiperactividad, o a otro cuadro sintomatológico distinto: depresión infantil, trastorno por ansiedad, problemas de conducta, etc.

Una vez confirmado el cuadro hiperactivo queda por determinar en qué medida afecta al niño y en qué áreas:

- ¿presenta retraso escolar por haber perdido base académica?
- ¿en ese caso, cuáles son esas “lagunas” académicas?
- ¿es capaz de mantener la atención en tareas de atención continua y de atención selectiva?
- ¿tiene estrategias adecuadas de solución de problemas?, ¿trabaja por ensayo y error?, o ¿cuáles son sus estrategias?
- sus relaciones sociales, ¿son adecuadas?
- ¿tiene estrategias sociales adecuadas?, ¿es capaz de pedir (no exigir), lo que necesita?, ¿puede recurrir a estrategias como el intercambio, la amenaza, utiliza argumentos convincentes, etc.?

Para responder a estas y otras preguntas, el psicólogo o pedagogo, deben realizar una exploración completa que incluya tantas pruebas como se consideren necesarias, teniendo en cuenta que no todas son imprescindibles para todos los niños.

PRUEBAS DE INTELIGENCIA.

Las pruebas de inteligencia permiten explorar diferentes aspectos como son: el intelectual, perceptual, emocional, académico, nivel de madurez en diferentes áreas y algunos otros. (Esquivel Fayne A, Heredia Ma. Cristina, Lucío Emilia, 1992)

Es un parámetro necesario para validar el diagnóstico del TDA. Los niños con TDA tienen más probabilidad de tener un CI de 7 a 15 puntos más bajo que los niños “normales” (Faraone, Biederman y Lehman 1993). Pero se debe considerar varios factores artificiales que pueden ocasionar puntajes bajos, por ejemplo en el TDA, la inteligencia verbal es la que está más afectada y la mayoría de las escalas de CI, se basan en pruebas escritas y leídas, así como en las pruebas de aritmética, retención de dígitos.

Las pruebas más utilizadas en el psicodiagnóstico de niños son: **ESCALAS DE INTELIGENCIA DE WECHSLER (WISC Y WPSSI), BENDER, DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA, DIBUJO DE LA FAMILIA Y CAT.**

ESCALAS DE EVALUACIÓN PARA NIÑOS PREESCOLARES Y ESCOLARES.

El **sistema multidimensional para evaluación de la conducta** (Behavior Assessment System for Children) (Lett y Kampaus 1997), citado en (Van-Wielink, 2004), esta escala ha demostrado ser muy útil para diagnosticar el TDA, la realizan los padres a sus hijos, y ha demostrado ser confiable.

Este instrumento de evaluación tiene dos escalas estandarizadas, multidimensionales; una que contestan los profesores y otra los padres. Se divide en tres grupos de aplicación como sigue: a) 4 a 5 años, b) 6 a 11 y c) 12 a 18 años. Aunque presenta el inconveniente de que los cuestionarios son muy largos, y que en ocasiones se requiere que la prueba se aplique por encuesta a los padres de familia.

Las dos escalas que conforman el sistema multidimensional son: La escala clínica, que agrupa a los comportamientos que pueden considerarse como anormales y la Escala adaptativa, que engloba a los comportamientos que pueden considerarse como positivos y deseables en los niños y adolescentes. Actualmente existen versiones autorizadas y validas en idioma español (Pineda, Kampahaus y Mora, 1998).

1.7.2. EL DIAGNÓSTICO NEUROLÓGICO:

Este diagnóstico incluye dos tipos de valuación: clínica y paraclínica.

EVALUACIÓN NEUROLÓGICA CLÍNICA.

No hay un signo ni tampoco un examen de laboratorio: electroencefalograma, estudios de neuroimagen, que puedan dar un diagnóstico definitivo. El diagnóstico básico se determina mediante la **historia clínica**. Es importante contar también con una **evaluación pediátrica completa**, incluyendo las funciones visual y auditiva.

- **Resonancia Magnética.**

Overmeyer et al (2001) realizaron una comparación de las imágenes de resonancia magnética de 18 niños con TDA y 16 niños control y encontraron una disminución en la substancia gris en el giro frontal derecho y en el giro del cíngulo posterior derecho, así como en la substancia blanca central izquierda.

- **Técnicas de neuroimagen.**

De acuerdo a los últimos estudios, se ha observado que la localización anatómica de las alteraciones conductuales en el TDA, se sitúan en la vía frontobasal, esto se debe a la similitud encontrada entre los niños con TDA y los pacientes con lesiones frontales (Barkley, Grodzinsky y Du Paul, 1992).

- **Evaluación Neurológica Paraclínica.**

La evaluación paraclínica se refiere a los métodos de laboratorio: sangre, orina, rayos X, electroencefalografía, resonancia nuclear magnética

1.8 Tratamiento.

Como recordaremos se ha revisado anteriormente que el *Déficit de Atención con Hiperactividad* es un cuadro psicopatológico complejo que afecta a la totalidad del desarrollo psicoemocional, cognitivo y social del niño, por lo que la intervención es interdisciplinaria y debe tomar en cuenta un amplio número de dimensiones.

1.8.1. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN EL SALÓN DE CLASES.

Un programa de intervención adecuado debe:

1. **Ser elaborado de forma individualizada:** se deberá partir de la información obtenida en el informe diagnóstico.
2. **Debe incluir, todas aquellas áreas en las que el niño hiperactivo manifiesta algún problema;** como pueden ser:
 - **Cognitivo,** en los que se reportará el tipo de estrategias que utiliza en tareas, solución de problemas, si su funcionamiento cognitivo es impulsivo o reflexivo.

- **Emocional**, aquí se observará el nivel de tolerancia a la frustración, el tipo de reacciones que presenta tras una experiencia frustrante, como reacciona ante una tarea que no logra realizar, etc.
- **Comportamental**, en el que se valorará el tipo de refuerzo que parece ser más eficaz, si existen problemas de conducta y cuales son, si hay hiperactividad motriz, etc.
- **Analizar, en que medida éstas dificultades afectan al ámbito escolar, y social.** Es decir; su nivel de comprensión, como resuelve sus tareas, etc. y en el aspecto social; como se relaciona con sus pares, como soluciona sus problemas con los compañeros, si hay agresividad, si se adapta a las normas.
- **El tratamiento debe ser dirigido al niño, al ámbito escolar y a su entorno familiar:** es decir se basa en el niño a cargo de especialistas, en las escuelas con técnicas diseñadas para el aula, y hacia la familia con asesoramiento educativo y programas específicos para los padres.

Desde el punto de vista de la intervención dos son los tratamientos que han demostrado mayor efectividad en la hiperactividad infantil:

- 1) el tratamiento farmacológico y
- 2) el tratamiento cognitivo- conductual

Aunque a veces, se pueden aplicar de forma separada, la aplicación conjunta ha dado mejores resultados. Aunque existen otros métodos que se mencionaran también.

1.8.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los fármacos no eliminan el Déficit de atención con hiperactividad pero reducen sus manifestaciones y facilitan la adaptación social y escolar del niño, así como sus progresos

académicos. Los fármacos deben ser prescritos por el neurólogo o el psiquiatra después de haber realizado un estudio individualizado al menor.

Es frecuente que los padres sean reacios, a administrar fármacos a sus hijos, porque existen creencias al respecto:

- que les va a crear adicción,
- no creen que un fármaco vaya a tener un efecto en la concentración y conducta de sus hijos.

Sin embargo el apoyo farmacológico optimiza el rendimiento de las terapias colaterales, y este se recomienda en niños mayores de 5 años, tras un estricto diagnóstico y acompañado del tratamiento psicológico.

1.8.3 TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL.

El tratamiento conductual del retardo en el desarrollo presupone la manipulación de una serie de procedimientos que tiendan a diseñar el ambiente general e individual del sujeto.

El tratamiento conductual abarca tres aspectos fundamentales: 1º. La creación de nuevas conductas; 2º. El aumento de frecuencia en conductas ya existentes, y 3º. La supresión de conductas objetables. (Ribes Iñesta Emilio,2004).

La finalidad del tratamiento del niño hiperactivo es conseguir que sea capaz de alcanzar una total **autonomía en la regulación del comportamiento, física, cognitiva y emocional.**

La mayoría de las técnicas conductuales en niños con Déficit de Atención con Hiperactividad están dirigidas a: mantener al niño trabajando en la tarea, controlar la impulsividad, terminar las tareas, obedecer e incrementar sus habilidades sociales al mismo tiempo que tratan de reducir la hiperactividad motriz.

Las técnicas conductuales se centran en la manipulación de las contingencias ambientales para subsanar la escasa sensibilidad del niño con TDA al refuerzo y optimizar los procedimientos de disciplina en la familia y la escuela (Miranda et al., 1999).

A continuación se mencionaran algunas de estas técnicas:

- Para aumentar conductas positivas: **el refuerzo positivo**: que es todo objeto o experiencia que seguida a una conducta hace que aumente la probabilidad de que esa conducta se repita en el futuro. Por ejemplo: dar puntos por buen comportamiento.
- Para reducir conductas negativas: **“el castigo”**: no hay que confundirse con este término, que se refiere a cualquier actividad negativa que, seguida a una conducta negativa que deseamos eliminar, hace que disminuya la probabilidad de que esa conducta se repita en el futuro; por ejemplo: tiempo fuera, o, coste de refuerzo (coste de premio)

LAS TECNICAS COGNITIVAS.

Entre las técnicas se pueden mencionar:

- **Ofrecer modelos de conducta reflexiva con aplicación de buenas estrategias de solución de problemas**: Se ha demostrado que la influencia que algunos adultos y compañeros tienen sobre la conducta de los niños hiperactivos es por demás importante, por esto es muy eficaz ofrecer a estos niños modelos de trabajo que muestren conductas reflexivas, que verbalicen en voz alta buenas estrategias de observación y trucos para resolver conductas cotidianas (Ridberg y col.1971).

- **Técnicas para aprender a autoevaluarse correctamente:** Para los niños hiperactivos se puede decir que les resulta difícil reflexionar sobre los acontecimientos que viven. Se podría decir que para ellos la vida es como una película con pedazos de rollo sueltos. Cada momento es cada momento y no está conectado necesariamente al anterior ni al posterior. Por ejemplo: La madre de un niño ha repetido varias veces que tenga cuidado porque puede tirar el vaso que está cerca de su brazo, el niño voltea y ve el vaso y parece haberse enterado, sin embargo no quita el vaso, poco después tira el vaso y la madre dice “Te lo dije, nunca haces caso” después del regaño, el niño llora viendo el vaso sorprendido. A partir del ejemplo anterior se puede decir que una de las tareas de los especialistas durante las sesiones de tratamiento individual consistirá en enseñar al niño hiperactivo a autoevaluar su propia conducta; tanto la positiva como la negativa, autoevaluar sus estilos de aprendizaje, tanto los inadecuados como los adecuados y sus propios errores.
- **La autoevaluación general del comportamiento del niño;** que le va a permitir tomar conciencia de aquellas cosas que hace bien, de aquellas en las que tiene dificultad y de sus posibles soluciones, de esta manera se empieza a involucrar al niño en su propia rehabilitación: 1) hacer junto con el niño una lista de las cosas que se le dan bien. Es importante ayudarlo a encontrar cosas positivas tanto en su comportamiento escolar, como su rendimiento, aspecto físico y su relación con los demás.
- **Realizar una segunda lista de cosas que le cuesta hacer como:** esperar turno, preguntar en clase levantando la mano, no levantarse de su asiento mientras trabaja, terminar las tareas, no enojarse cuando los demás no quieren seguir su juego, reconocer cuando pierde, etc.

- **Cuestionarse posibles soluciones para cada uno de los aspectos destacados en la lista anterior:** Se debe intentar que el niño de probables soluciones y ayudarlo a perfilarlas o a descartarlas si no son coherentes, esto también ayudará al terapeuta para proponer técnicas de trabajo.

- **Utilización de autoinstrucciones para aprender a pensar:** Además de servir para comunicar ideas y sentimientos, una de las funciones del lenguaje es la de ayudarnos a regular nuestra conducta y organizar nuestro pensamiento. Los niños hiperactivos como todos los niños utilizan el lenguaje para regular su conducta y ordenar su pensamiento, sin embargo, no parecen ser tan hábiles como los niños reflexivos, ya que piensan de forma impulsiva; reciben la información (en muchas ocasiones incompleta) , responden intuitivamente sin reflexionar y se frustran cuando los resultados no son satisfactorios. Para ayudar a frenar y organizar el pensamiento de estos niños impulsivos, el Dr. Meichenbaum (1974), consideró necesario pedirles que verbalizaran en voz alta sus pensamientos para después ayudarles a organizarlos siguiendo una serie de pasos que denominó autoinstrucciones. Estas suponen ser una guía para ayudar al niño a pensar de forma reflexiva sin saltarse ningún paso. Los pasos o autoinstrucciones de Meichenbaum fueron cambiando hasta convertirse en instrucciones generales que pudieran ser aplicadas a todo tipo de problema:

PRIMER PASO: Debo saber ¿qué es lo que tengo que hacer?

SEGUNDO PASO: ¿Cómo lo voy a hacer? Estableceré un plan de acción.

TERCER PASO: Recordaré y diré en alto “tengo que estar muy atento y ver todas las posibilidades de respuesta”.

CUARTO PASO: Daré la respuesta

QUINTO PASO: Evaluaré el resultado y diré:

Si es correcto: “¡me ha salido bien!”, ¡estupendo soy genial!”

Si no es correcto: “¡Vaya, ¿por qué me ha salido mal?” (Para responder a esta pregunta deberé analizar en qué paso he fallado), “Ah, ¿fue por eso?, bueno, ahora que lo sé ¡la próxima vez me saldrá mejor!”.

(Orjales, 1998), añade a este cuadro un paso más que es: “**Antes de hacer nada digo todo lo que veo**”. Este paso permitirá entrenar a los niños a observar y analizar el material con el que van a trabajar, antes de que sepan lo que deben hacer con él.

- **Entrenamiento en estrategias de solución de problemas:** Cada tarea requiere un tipo de estrategias de análisis y solución de problemas. Utilizando las autoinstrucciones, el terapeuta podrá aprovechar el segundo paso: ¿cómo lo voy a hacer? Para enseñar estrategias específicas para cada tarea. De este modo, el niño aprenderá, estrategias generales que le servirán para abordar cualquier problema.

REFLEXIÓN:

El síndrome de déficit de atención con hiperactividad, ha sido estudiado desde principios del siglo XX, ha cambiado de nombre y se ha comparado con algunos cuadros patológicos, como la enfermedad de la Tourette, etc. y se intentó desde entonces descubrir su etiología: algunos teóricos hablaban de causas prenatales, otros de causas hereditarias, algunos más hablaron del diámetro craneal, contaminación por plomo, efectos de la dieta, etc., sin embargo los estudios no se han detenido y actualmente se continúan realizando estudios y se habla de una deficiencia en la neurotransmisión y también se ha aceptado en un mayor porcentaje la administración de fármacos por parte de los padres de familia a sus hijos y se hace necesaria también la terapia psicológica de manera conjunta como apoyo a la dificultad en la atención, impulsividad e hiperactividad.

CAPITULO 2.

2.1 La educación preescolar en México.

La educación preescolar en México ha presentado distintas concepciones sobre los niños, que se han visto reflejadas en los programas de educación preescolar en México, y que resulta importante mencionar para entender lo que se espera que alcance un preescolar al egresar del jardín de niños. Así mismo nos podrá llevar al análisis de lo que un niño que presenta trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad no logra de acuerdo con el programa actual.

En 1903 el programa consideraba que la finalidad era “educar al párvulo de acuerdo con su naturaleza física, moral e intelectual, valiéndose para ello de las experiencias que adquiere el niño en el hogar, en la comunidad y en la naturaleza”.

En el programa de 1942, el planteamiento central era procurar que el trabajo se fincara en las experiencias que el párvulo tenía a través de sus relaciones con el hogar, la comunidad y la naturaleza, a fin de capacitarlo para dar respuesta a las demandas que la vida misma le haría.

En 1962, el programa introdujo en sus fundamentos los intereses, las necesidades, el desenvolvimiento biopsíquico y la adecuada conducción emotiva del niño.

En el programa de 1981, se adoptó el *enfoque psicogenético*; una interpretación que pretendía traducir y aplicar los hallazgos científicos de Jean Piaget sobre el desarrollo del pensamiento en los niños al campo de la educación y la didáctica.

En el programa de 1992, se hacía hincapié en el respeto a las necesidades e intereses de los niños, así como a su capacidad de expresión y juego para favorecer su socialización

En el programa nacional de Educación 2000-2006 se realiza un análisis de las competencias a lograr en el nivel básico.

En el año 2000 en el Diario oficial de la Nación se le otorga la obligatoriedad a un año de educación preescolar.

2.2 PROGRAMA DE EDUCACIÓN PREESCOLAR 2004:

En el Programa de Educación Preescolar 2004, se ha hecho una revisión de la evolución histórica de la educación preescolar, los cambios sociales y culturales, los avances en el conocimiento acerca del desarrollo y el aprendizaje infantil, así como la organización y el funcionamiento de la escuela, tomando en cuenta las demandas hacia los planteles escolares por parte de la sociedad.

Este programa está organizado en los siguientes apartados:

Fundamentos: una educación preescolar de calidad para todos

- I. Características del programa
- II. Propósitos fundamentales
- III. Principios pedagógicos
- IV. Campos formativos y competencias
- V. La organización del trabajo docente durante el año escolar
- VI. La evaluación.

Como en este capítulo nos ocupa el niño preescolar y como es percibido en el actual programa de Educación Preescolar, se tocarán solo algunos de los apartados del programa a fin de tener una visión más clara de lo que se espera que alcance un niño o niña en esta

edad, es decir con que habilidades, conocimientos y competencias se espera que egrese un menor a través de esta formación educativa.

Para esta reflexión se tomarán los puntos I, y II del Programa de Educación Preescolar, para comprender el sentido y el propósito de la presente revisión.

I. **Características del programa.**

Fundamentos: una educación preescolar de calidad para todos.

El aprendizaje infantil y la importancia de la educación preescolar.

Los primeros años de vida de todos los niños son de suma importancia ya que durante estos se desarrolla: *su identidad personal*, por lo que adquieren capacidades fundamentales aprendiendo las pautas básicas para poder integrarse a la vida social que implica; normas y costumbres diferentes dependiendo del estrato social, nivel cultural de sus familias, esto no podría ser posible sin el aprendizaje del lenguaje, el cual es una conquista intelectual de orden superior. Este intercambio entre sus pares y con adultos, los niños pueden lograrlo en el Jardín de Niños, en el cual las experiencias comunicativas y de convivencia social son ricas y promueven la autonomía y resultan de suma importancia, porque estimulan el desarrollo de la capacidad de pensamiento que constituye la base del aprendizaje permanente y de la acción creativa y eficaz en diversas situaciones sociales.

Durante las tres últimas décadas del siglo XX han ocurrido en nuestro país un conjunto de cambios sociales y culturales de gran impacto en la vida infantil entre los que se pueden identificar: el proceso de urbanización, los cambios en la estructura familiar, la pobreza y la desigualdad creciente, los medios de comunicación masiva, que en el Programa de Educación Preescolar 2004, son vistos como un reto para la educación preescolar a nivel nacional, a continuación se abordarán estos puntos:

a) ***El proceso de urbanización;***

Este se refiere a la migración de millones de personas del campo a la ciudad o de unas ciudades a otras, lo que implicó el crecimiento de la densidad poblacional, así como la construcción de unidades habitacionales, la inseguridad y la violencia. Este fenómeno ha llevado a minimizar los espacios destinados al juego y la convivencia con otros niños y adultos. Lo que ha traído como consecuencia una menor posibilidad de exploración del medio natural y social.

b) ***Los cambios en la estructura familiar:***

Debido entre otras razones, al incremento de las familias uniparentales, un menor número de hijos, y las mujeres que tienen que trabajar porque son jefas de familia, lo que trae una reducción del tiempo de atención y convivencia de padres con sus hijos, por lo que hay una privación estimulativa en lo que se refiere a su comunicación, un intercambio afectivo y social menor.

c) ***La pobreza y la desigualdad creciente:***

Cada vez es mayor el número de niños que carecen de satisfactores para sus necesidades básicas como; alimentación y salud, entre otros son un factor de riesgo para no poder alcanzar un desarrollo pleno.

d) ***Los medios de comunicación masiva:***

Especialmente la televisión, es un elemento que difícilmente puede faltar en la mayoría de los hogares en zonas urbanas y rurales, y esta ejerce una influencia muy importante proporcionando pautas de conducta, a los menores. Por lo que la escuela se ve obligada a ayudar a los niños a procesar la información que reciben y ayudarlos a interpretar los mensajes recibidos.

La extensión en la cobertura de la educación preescolar ocurrida en las tres últimas décadas , ha traído consigo la diversidad en la población atendida que conlleva un conjunto de transformaciones sociales y culturales, por lo que la educación preescolar se ve obligada a mejorar la calidad dando una adecuada atención a las características de las niñas y de los niños tanto individualmente así como aquellas que se derivan de ambientes familiares y sociales en que se desenvuelven y a las grandes diferencias culturales:

- la pertenencia étnica
- niños en “situación de riesgo”
- niños con necesidades educativas especiales

Quienes generalmente carecen de un ambiente seguro y estimulante para su desarrollo y aprendizaje.

La educación preescolar como primera etapa y fundamento de la educación básica, no puede sustraerse a los desafíos de concentrarse en el desarrollo de las competencias intelectuales, en la capacidad de aprender permanentemente y en la formación de valores y actitudes que permitan avanzar en la democratización social y hacer sustentable el desarrollo humano.

Ya que debe de hacerse la reflexión de que los niños que ahora están en este nivel en dos décadas tendrán que enfrentarse a un mundo en constante cambio, y deberán afrontar los desafíos del futuro, por lo que resulta de suma importancia trabajar sobre estos aspectos en la educación básica.

II. Propósitos fundamentales:

Estos definen en conjunto, la misión de la educación preescolar y expresan los logros que se espera tengan los niños y las niñas que la cursan., a la vez que son la base para definir las competencias a favorecer en ellos mediante la intervención pedagógica.

De acuerdo a las características individuales de los niños, durante su tránsito por la educación preescolar en cualquier modalidad; general, indígena o comunitario, y reconociendo la diversidad lingüística y cultura, social y étnica que caracteriza a nuestro país se espera que vivan experiencias que contribuyan a sus procesos de desarrollo y aprendizaje y que gradualmente:

1. Desarrollen un sentido positivo de sí mismos; expresen sus sentimientos, empiecen a actuar con iniciativa y autonomía, a regular sus emociones, muestren disposición para aprender y se den cuenta de sus logros al realizar actividades individuales o en colaboración.
2. Sean capaces de asumir roles distintos en el juego y en otras actividades; de trabajar en colaboración; de apoyarse entre compañeras y compañeros; de resolver conflictos a través del diálogo, y de reconocer y respetar las reglas de convivencia en el aula, en la escuela y fuera de ella.
3. Adquieran confianza para expresarse, dialogar y conversar en su lengua materna; mejoren su capacidad de escucha, amplíen su vocabulario y enriquezcan su lenguaje oral al comunicarse en situaciones variadas.
4. Comprendan las principales funciones del lenguaje escrito y reconozcan algunas propiedades del sistema de escritura.

5. Reconozcan que las personas tenemos rasgos culturales distintos (lenguas, tradiciones, formas de ser y de vivir), compartan experiencias de su vida familiar y se aproximen al conocimiento de la cultura propia y de otras mediante distintas fuentes de información (otras personas, medios de comunicación masiva a su alcance: impresos, electrónicos)
6. Construyan nociones matemáticas a partir de situaciones que demanden el uso de sus conocimientos y sus capacidades para establecer relaciones de correspondencia, cantidad y ubicación entre objetos; para estimar y contar, para reconocer atributos y comparar.
7. Desarrollen la capacidad para resolver problemas de manera creativa mediante situaciones de juego que impliquen la reflexión, la explicación y la búsqueda de soluciones a través de estrategias o procedimientos propios, y su comparación con los utilizados por otros.
8. Se interesen en la observación de fenómenos naturales y participen en situaciones de experimentación que abran oportunidades para preguntar, predecir, comparar, registrar, elaborar explicaciones e intercambiar opiniones sobre procesos de transformación del mundo natural y social inmediato y adquieran actitudes favorables hacia el cuidado y la preservación del medio ambiente.
9. Se apropien de los valores y principios necesarios para la vida en comunidad, actuando con base en el respeto a los derechos de los demás; el ejercicio de responsabilidades; la justicia y la tolerancia, el reconocimiento y el aprecio a la diversidad de género, lingüística, cultural y étnica.
10. Desarrollen la sensibilidad, la iniciativa, la imaginación y la creatividad para expresarse a través de los lenguajes artísticos (música, literatura, plástica, danza, teatro) y para apreciar manifestaciones artísticas y culturales de su entorno y de otros contextos.

11. Conozcan mejor su cuerpo, actúen y se comuniquen mediante la expresión corporal, y mejoren sus habilidades de coordinación, control, manipulación y desplazamiento en actividades de juego libre, organizado y de ejercicio físico.
12. Comprendan que su cuerpo experimenta cambios cuando está en actividad y durante el crecimiento; practiquen medidas de salud individual y colectiva para preservar y promover una vida saludable, así como para prevenir riesgos y accidentes.

El logro de los propósitos de un programa educativo, solo puede verse reflejado en la práctica, si su aplicación se realiza en un ambiente propicio y bajo prácticas congruentes con esos propósitos, por lo que se ha incluido en el programa de Educación Preescolar un conjunto de principios que den sustento al trabajo educativo, y estos son:

a) Características infantiles y procesos de aprendizaje.

Las teorías actuales del aprendizaje que tienen influencia sobre la educación, comparten con distintos matices la idea central de que los seres humanos, en cualquier edad, construyen su conocimiento, es decir, hacen suyos saberes nuevos cuando los pueden relacionar con lo que ya sabían.

b) Diversidad y equidad

Entre las diferencias personales, las que tienen su origen en las condiciones socioeconómicas y culturales en las cuales han crecido y viven los niños y las niñas, reclaman una atención especial de las escuelas y las educadoras. Tomar en cuenta esas dimensiones del desarrollo de la infancia y su influencia sobre los procesos cognitivos y lingüísticos, emocionales y de relación social, permite superar una visión de la niñez como un sector homogéneo y crear la conciencia de que las formas de existir de la infancia son plurales y socialmente construidas.

c) Intervención educativa.

Una intervención educativa que pretenda favorecer el desarrollo de competencias en los niños requiere tener, como rasgo organizativo, una amplia flexibilidad que le permita a la educadora definir cómo organizará su trabajo docente y qué tipo de actividades realizará., para que los niños aprendan gradualmente a mirar con atención su proceso de trabajo y valoren los resultados.

Los efectos formativos de la educación preescolar sobre el desarrollo de los niños serán más sólidos en la medida en que, en su vida familiar, tengan experiencias que refuercen y complementen los distintos propósitos formativos propuestos en este programa.

REFLEXIÓN:

Como se ha visto con la revisión que se ha realizado del Programa de Educación Preescolar 2004, lo que se espera de un menor al egresar del nivel preescolar es principalmente:

- que desarrollen un sentido positivo de sí mismos, que logren expresar sus sentimientos, que empiecen a actuar con iniciativa y autonomía, a regular sus emociones, que realicen actividades de manera individual o en colaboración con otros.
- Que sean capaces de asumir distintos roles en el juego, que se apoyen entre compañeros, que sean capaces de resolver conflictos a través del diálogo y reconocer y respetar las reglas de convivencia en el aula, en la escuela y fuera de ella.
- Que adquieran confianza para expresarse, dialogar y conversar, mejorando su capacidad de escucha, que amplíen su vocabulario.

- Desarrollen la capacidad para resolver problemas de manera creativa mediante situaciones de juego que impliquen la reflexión, la explicación y búsqueda de solución a través de diversas estrategias.
- Se apropien de valores y principios necesarios para la vida en comunidad, actuando con base en el respeto a los derechos de los demás, el ejercicio de responsabilidades, la justicia y la tolerancia, el reconocimiento y el aprecio a la diversidad de género, lingüística, cultural y étnica.
- Que conozcan mejor su cuerpo, actúen y se comuniquen mediante la expresión corporal y mejoren sus habilidades de coordinación, control, manipulación y desplazamiento en actividades de juego libre, organizado y de ejercicio físico.

Y si recordamos las características de los menores con el Trastorno de déficit de atención con hiperactividad, nos encontramos con que muchas de estas son incompatibles con los objetivos que se pretende lograr en base al Programa de Educación Preescolar 2004.

- **Inatención o distracción fácil:** lo que significa que no completan actividades, no escuchan las instrucciones de lo que tienen que realizar, no encuentran los materiales que hay que utilizar, que platican con sus compañeros, etc.
- **Hiperactividad:** es el aumento exagerado de la actividad motora, que muchas veces no permite a los menores estar quietos mucho tiempo, se salen del aula continuamente, durante las actividades se levantan constantemente de su lugar.
- **Impulsividad:** Falla para inhibir los impulsos nerviosos instintivos o reflejos. Los niños impulsivos con TDAH, actúan sin pensar en las consecuencias, no miden el peligro, frecuentemente estos niños hacen lo primero que les pasa por la mente y no calculan los resultados.

Ahora si estos síntomas son detectados en etapas tempranas, resulta ser una buena oportunidad, para que se logre canalizar, y dar atención, rápida, eficientemente y empezar a trabajar dando respuesta a estas necesidades, además los padres de familia muchas veces no logran identificar por sí solos las dificultades que presenta su hijo, es entonces la maestra del menor quien resulta ser un agente muy importante para detectar y apreciar desde sus primeros estadios el trastorno.

JUSTIFICACIÓN.

Las profesoras de educación preescolar desempeñan para los niños pequeños un rol semejante a un segundo padre o madre. Por este motivo ven en él o ella un modelo a contrastar con el familiar, una nueva fuente de autoridad, a la que se podrá aceptar o contra la que hay que enfrentarse, un nuevo punto de referencia sobre su escala de valores y un nuevo reflejo de su propia imagen.

A menudo a los profesores les cuesta menos que a los padres percatarse de que las cosas con un niño no van del todo bien, porque en ocasiones en casa pueden existir dificultades en la dinámica familiar, con los hermanos, o entre los padres lo que obstaculiza ser objetivos. Mientras que los profesores tienen a su favor el punto de referencia del resto de los niños del grupo, por lo que, cuentan con más elementos para:

- Que sea detectado a tiempo el cuadro de Déficit de atención con Hiperactividad
- Que se informe a los padres de familia de una manera objetiva sobre las señales que la profesora observa en el aula.
- Solicitar el apoyo del docente especialista en caso de que su plantel cuente con este servicio, (C.A.P.E.P., USAER, etc.)
- Iniciar estrategias en el aula que ayuden a controlar los efectos negativos del comportamiento del niño con sus compañeros.

Una vez que todo esto se haya realizado, sería conveniente que la profesora abra un expediente individual para el seguimiento, recordar a los padres en caso de administrar

fármacos al menor la importancia de darlo en el horario establecido y ser constantes, en caso de tener contacto con el neurólogo o el médico, integrar los informes que estos envíen, archivar también trabajos realizados por el menor, durante el ciclo escolar que darán cuenta de los avances que presente. Por lo que resulta de suma importancia que las maestras conozcan que es el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, identifiquen cuáles son sus características, que tipo de conductas observar en el aula y, como abordar la situación con los padres; con el propósito de que las profesoras de educación preescolar cuenten con una herramienta eficaz para ello.

Tomando en cuenta que un grupo de preescolar tiene más de 30 niños y que la prevalencia de acuerdo a la Secretaría de Salud, en México es de casi dos millones de niños en edad escolar que padecen el trastorno por Déficit de Atención de los cuales menos del dos por ciento recibe tratamiento (Anaya, 2003), será probable que en su aula se presenten uno o varios casos entre sus alumnos, por lo que las profesoras deben estar preparadas para hacer frente a las expresiones del trastorno de manera adecuada.

Con este taller se pretende que las educadoras, conozcan, acepten, y apliquen diversas técnicas que sirvan de apoyo a su labor pedagógica, faciliten la relación del menor con ella, con los compañeros de grupo y, con otros docentes del plantel; en el afán de que para el menor resulte en un auto conocimiento, auto aceptación, que le permita aprender a regular su actividad motriz, verbal, de impulsividad, ser capaz de cuidarse a sí mismo y, establecer relaciones interpersonales más satisfactorias.

Descripción del Taller.

Objetivo General:

Este taller está dirigido a profesoras de educación preescolar, y se pretende que al finalizar logren identificar, canalizar y apoyar en el aula a niños en edad preescolar que presenten el trastorno de déficit de atención con hiperactividad.

Aspecto físico:

- integrantes: 15 a 20 docentes de educación preescolar.

- se requiere una aula amplia con el siguiente material:

- 1 pizarrón y gises

- 10 mesas

- 15 a 20 sillas para las profesoras de educación preescolar

- cartulinas u hojas de rotafolio

- plumones de colores

- fotocopias con información por escrito para algunas de las sesiones.

- Duración de cada sesión : 1 hora y media

SESIONES:

- El taller consta de 12 sesiones, en las que se abordarán los siguientes temas:
 1. ¿que es el trastorno de déficit de atención?
 2. El trastorno de déficit de atención del subtipo inatento.
 3. El trastorno de déficit de atención del subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo.
 - 4 y 5. Cómo pueden las docentes de educación preescolar; detectar y canalizar a los menores con TDAH.
 6. como generar empatía con estos menores que presentan TDAH.
 7. como informar a los padres de familia del menor que presenta TDAH.
 - 8 y 9. Técnicas conductuales aplicadas en el aula (1ª. parte).
 10. técnicas conductuales aplicadas en el aula (2ª. Parte)
 11. técnicas conductuales aplicadas en el aula (3ª. Parte)
 12. cierre

Cronograma de actividades:

Sesión	Objetivos Específicos.	Actividades	Materiales
1	- conocer que es el trastorno de déficit de atención	- Dinámica de integración: :”acitrón” - Expectativas de este Taller. - ¿qué es el TDA?	Tarjetas plumones porta gafetes
2	- explicar el trastorno por déficit de atención del subtipo inatento	- dinámica: de integración: “maremoto”. - Exponer las características de este trastorno según DSM-IV	Lámina con la descripción del TDA, sin hiperactividad.
3	- explicar el TDA del subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo	- Dinámica, coescucha: - ¿qué es hiperactividad? - Describir las características de este trastorno según DSM-IV.	Lámina con la descripción del TDA, con hiperactividad.
4 y 5	- capacitar a las docentes de educación preescolar, para detectar y canalizar a los menores con TDAH.	Dinámica: se repartirán hojas con información de casos de niños con algunos síntomas y detectarán si se trata o no de TDAH. - Proporcionar y mostrar como	Fotocopias de casos de menores con TDAH, y otros que presentan PA. Fotocopias de los

		<p>se aplican algunos instrumentos para apoyar la detección como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escalas evaluativas, cuestionarios para maestros. 	<p>cuestionarios para maestros.</p> <p>Fotocopias del Hospital Psiquiátrico Infantil para los maestros.</p>
6	<p>Sensibilizar a las maestras de educación preescolar sobre las diferencias de los preescolares, con su alumno de TDAH y generar empatía.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámica: El dragón (cohesión) - Dramatización <p>Exposición: el desarrollo socioemocional del niño hiperactivo.</p>	<p>Lámina: con la información de la exposición.</p> <p>- 1 paliacate.</p>
7	<p>Informar a los padres de familia del menor que presenta TDAH.</p>	<p>- dramatización: diálogo entre padres y maestra para informar sobre el TDAH.</p>	<p>Fotocopias de los roles.</p> <p>Lámina con las sugerencias para la reunión.</p>
8 y 9	<p>Técnicas conductuales aplicadas en el aula (1ª. parte)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Porque establecer límites? • Los premios • Auto registro de rendimiento • Refuerzo positivo colectivo • <u>Tarea:</u> se solicitará por escrito que las docentes 	<p>Hojas bond.</p> <p>Tarjetas</p> <p>Plumones</p> <p>Rotafolio con las técnicas por escrito.</p>

		registren las técnicas que utilicen a partir de esta sesión a fin de entregarla en la sesión de cierre.	
10	Técnicas Conductuales aplicadas en el aula (2ª. parte)	<ul style="list-style-type: none"> • Utilización de autoinstrucciones en el aula. • Como mejorar la autoestima 	<p>Hojas rotafolio</p> <p>Plumones</p>
11	Técnicas conductuales aplicadas en el aula (3ª. parte)	<ul style="list-style-type: none"> • La “técnica de la tortuga” para favorecer el autocontrol. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lectura del cuento • Una tortuga grande dibujada en una cartulina
12	Cierre.	<ul style="list-style-type: none"> • Lluvia de ideas: ¿que les brindó este taller? • ¿Que técnicas aplicaron? • ¿qué funcionó y que no funcionó? • Sugerencias para próximos talleres. • Charla amena: por equipos comentarán que lograron con 	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas • Plumones • Pelota suave.

		<p>su alumno.</p> <ul style="list-style-type: none">• <u>Trabajo final:</u> se realizarán comentarios sobre el trabajo realizado con su alumno y se entregará a la coordinadora.• <u>Evaluación:</u> por escrito escribirán lo que ya se comentó en esta sesión, a fin de tenerlo por escrito.	
--	--	---	--

SESIÓN 1 :

¿qué es el déficit de atención?

Objetivo:

Conocer las expectativas de su asistencia al taller por parte de las asistentes y explicar que es el trastorno de déficit de atención.

Encuadre:

El coordinador se presentará y mediante un rotafolio expondrá el objetivo del Taller, haciendo notar que está elaborado para atender a los niños que presentan déficit de atención con hiperactividad, en lo que se refiere a la detección, canalización, como informar a los padres de familia y algunas técnicas para aplicar en el aula.

Se comentará sobre el lugar, hora de inicio, número de sesiones y acuerdos sobre puntualidad y respeto a las participaciones de los integrantes del grupo.

Dinámica de presentación, “Acitrón”:

Se solicitará a todos los participantes que coloquen su nombre en un lugar visible y sentados todos en círculo se les dará 2' para observar los nombres de todos los integrantes, después se les pedirá que se quiten el gafete y se cantará la canción de “Acitrón de un fandango...” hacia la derecha y cuando termine la canción se tratará de localizar a la persona a la que pertenece el gafete, se hará varias veces, empezando hacia la derecha y después hacia la izquierda, cambiando de lugar para que conozcan al mayor número de integrantes.

Expectativas del taller, (técnica de coescucha):

Sentados en semi-círculo, se explicará a los integrantes la actividad que consiste en platicar por parejas, se sentarán frente a frente y primero hablará uno y luego la persona que escuchó, hablará. Para cada pregunta se darán 2'.

1. ¿por qué estoy aquí?
2. ¿en mi experiencia docente ha habido casos difíciles de atención en mis alumnos?
3. ¿qué he hecho ante esas situaciones?

Reflexión en asamblea:

Se solicitará a los integrantes que deseen expresar sus sentimientos sobre la dinámica anterior y se hará énfasis en las diferentes estrategias utilizadas por las docentes que han sido de apoyo para sus alumnos, y ahora se tratará de aprender técnicas que lleven una secuencia.

¿Que es el trastorno por déficit de atención?:

Se hablará sobre los siguientes aspectos:

- ¿qué es atención?
- antecedentes históricos
- definición
- síntomas
- etiología
- prevalencia en la población preescolar.

Estos puntos se plantearán en base a la información presentada en el capítulo 1 de este trabajo.

Cierre:

En círculos tomados de la mano brevemente se dirá que nos llevamos de la sesión de hoy.

SESIÓN 2:

Trastorno de déficit de atención del subtipo inatento.

Objetivo:

Que las profesoras de educación preescolar conozcan las características de este trastorno según el DSM- IV.

ACTIVIDAD 1:

Dinámica de integración: “maremoto”.

El grupo sentado en sillas formando un círculo será guiado por una persona de pie al centro. Cuando la persona del centro diga: “ola a la derecha”, los(as) que están sentados(as) deberán recorrerse un lugar a la derecha, dice: “ola a la izquierda”, se recorrerán un lugar a la izquierda y en caso de decir maremoto todos(as), tendrán que cambiar de lugar, en ese momento la persona del centro buscará ocupar una silla. Quien se quede sin asiento se colocará en medio del grupo y de nueva cuenta comenzará a dar indicaciones; puede ser 2 veces “ola a la derecha”, o 3 veces “ola a la izquierda”, o decir 2 veces seguidas maremoto.

.

ACTIVIDAD 2:

Se presentará una lámina con el cuadro de características de este trastorno según el DSM- IV. (Este aparece en el capítulo 1).

ACTIVIDAD 3:

Se formarán equipos con las integrantes del grupo y se les entregarán casos de niños con las características mencionadas en la actividad anterior. Lo analizarán y concluirán que características presentan los niños de esos casos. Finalmente lo presentará una integrante de cada equipo.

CASO A : (equipos 1 y 3)

Juanito es un niño de 4 años, con quien no quieren sentarse a trabajar sus compañeros, porque se mueve constantemente, se cae de la silla, da patadas sin darse cuenta, se levanta constantemente de su lugar, habla en voz alta, no trabaja y molesta. Además quiere ser siempre el centro de atención por lo que muchas veces; hace bromas, se ríe o hace comentarios fuera de lugar.

CASO B: (equipos 2 y 4)

Tomás es un menor preescolar que cursa 3er. Grado, cuando ve que no puede realizar alguna actividad, o un dibujo no le sale bien, se desespera, tiene falta de autocontrol de sus emociones (baja tolerancia a la frustración), es un niño cognitivamente preparado para realizar una tarea, sabe como hacerla, pero no puede concluirla, se levanta constantemente a mostrar a la profesora lo que ha realizado y se dispersa con facilidad, no escucha las indicaciones completas.

CIERRE:

Sentados en círculo se comentará brevemente que se llevan de la sesión de hoy.

SESIÓN 3:

OBJETIVO: explicar el trastorno de déficit de atención del subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo

ACTIVIDAD 1:

Dinámica de coescucha: ¿que es hiperactividad?

Se solicitará que trabajen por parejas, se sienten una frente a otra lo más cerca posible y que por 2' hable primero una integrante y la otra persona escuche con atención, sin preguntar, ni interrumpir, al terminar el tiempo la persona que escuchó, tendrá su turno para hablar y la que habló en esta ocasión escuchará con las reglas mencionadas.

Al terminar el tiempo se solicitará que se coloquen en círculo y si alguien quiere hacer algún comentario sobre lo que se trabajó, se darán algunos minutos.

ACTIVIDAD 2:

Exposición:

En una lámina se presentarán las características del menor con trastorno de déficit de atención del subtipo predominantemente hiperactivo- impulsivo.

ACTIVIDAD 3:

De acuerdo a las características del DSM- IV, del subtipo hiperactivo- impulsivo, se dividirá al grupo por equipos a fin de que con cada característica se generen diferentes actividades que se puedan aplicar en el aula.

REFLEXIÓN:

Después de analizar las sugerencias que se han generado en la actividad anterior, se sugiere aplicar en el aula.

CIERRE:

En círculo se comentará brevemente que se llevan de esta sesión.

SESIÓN 4 y 5:

Objetivo: Capacitar a las docentes de educación preescolar para detectar y canalizar a los menores con TDAH.

MATERIALES: - fotocopias con la información que se trabajará por equipos.

- hojas bond para rotafolio
- plumones de colores

ACTIVIDAD 1:

Se dividirá al grupo en 4 equipos. A cada uno de los equipos se les dará información diferente que tendrán que revisar, analizar y presentar una síntesis a sus compañeras de grupo después de 20'. (Al equipo 1 y 3, se les dará la información del equipo 1, al equipo 2 y 4 se les dará la información del equipo 2, así al final habrá más alternativas para cada una de las situaciones).

EQUIPO 1 y 3: El funcionamiento cognitivo del niño hiperactivo:

La atención es necesaria porque procesar la información que recibimos del entorno es un proceso, secuenciado y que requiere esfuerzo. En la actualidad, parece que la mayoría de los autores se inclinan por afirmar que los niños hiperactivos no tienen una menor capacidad de atención que los niños normales (Schachar y Logan, 1990), sino que difieren en la forma en que focalizan y dirigen su atención.

A continuación se mencionan algunas de las dificultades atencionales que se pueden presentar, según (Orjales Villar, 1998):

- Dificultad en la atención controlada frente a la automática. Cuando una tarea es nueva o no ha sido bien aprendida realizamos un procesamiento controlado, toda nuestra corteza cerebral está concentrada en la realización de la tarea y eso requiere un esfuerzo,

cuando la tarea ya es conocida se pasa a sistemas automáticos realizando un menor esfuerzo, por ejemplo: cuando estamos aprendiendo a manejar no permitimos que nos hablen porque esto nos distraería de la conducción, cuando ya somos hábiles en la conducción podemos platicar y se atiende automáticamente a la conducción. Experimentalmente se ha comprobado que los niños hiperactivos muestran un buen rendimiento en pruebas de procesamiento automático y peor rendimiento en aquellas que requieren esfuerzo.

- Dificultad en procesar varios estímulos de forma simultánea: A este proceso se le llama atención focalizada y obliga al niño a seleccionar de entre los distintos estímulos que recibe, aquellos que son más relevantes para realizar la tarea. Se ha comprobado que el rendimiento de los niños hiperactivos es peor cuantos más estímulos irrelevantes presente la tarea que se le ha encomendado (Zentall, 1985). Por lo que hay que poner atención al proporcionar material a un niño hiperactivo, ya que por motivadores que parezcan, puede dificultar enormemente su rendimiento.
- Dificultad para mantener la atención de forma continua: La mayoría de las investigaciones constatan que los niños hiperactivos en comparación con los niños no hiperactivos no tienen más dificultades para concentrar su atención en tareas simples, pero sí tienen dificultades para mantener este grado de atención durante períodos largos de tiempo.

A partir de la información anterior que estrategias planearían para poder trabajar con la atención del menor en el aula y/o en las diversas actividades de la escuela.

EQUIPO 2 y 4: El predominio del procesamiento impulsivo sobre el procesamiento reflexivo.

Al hablar de impulsividad, (estilo cognitivo impulsivo), se refiere a la rapidez, inexactitud y pobreza en los procesos de percepción y análisis de la información de los niños hiperactivos cuando se enfrentan a tareas complejas. Por ejemplo; un niño responde antes de que se termine la pregunta, empieza la actividad antes de escuchar las instrucciones completas, pega antes de saber porque lo empujaron, etc.

En el año 1970, Drake empleó una cámara de ojos que le permitió analizar los movimientos oculares de los niños al explorar una serie de dibujos. Los resultados fueron los siguientes.

COMO EXPLORAN LA INFORMACIÓN VISUAL LOS NIÑOS IMPULSIVOS.

- Los niños impulsivos se detienen menos veces a observar cada dibujo,
- Por lo tanto, recogen menos información que los reflexivos.
- Sus ojos recorren menos figuras,
- Realizan menos comparaciones entre las figuras.

Los niños impulsivos también reflejaron tener peores estrategias de pensamiento.

COMO PIENSAN LOS NIÑOS IMPULSIVOS.

- En juegos de asociación lógica de palabras cometen más errores,
- Para adivinar cuál es un objeto oculto, hacen preguntas más simples que no les permiten eliminar un grupo de respuestas posibles.

A partir de la información anterior planear estrategias para trabajar en el aula.

ACTIVIDAD 2:

En esta actividad se presentarán diversos documentos que ayudarán en la detección y canalización a las profesoras, estos son:

- a) Escala evaluativa abreviada de Connors para maestros (ATRS) (Anexo 1)
- b) Escala de evaluación de Swanson-Nolan-Pliham (Anexo 2)
- c) Cuestionario para maestros del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (Anexo 3).

Se les entregará fotocopias de estos instrumentos, se leerán y se comentarán dudas.

TAREA: Para la siguiente sesión aplicar la escala abreviada de Connors con el menor que probablemente presente TDAH, en su aula.

CIERRE: - Brevemente comentar que se llevan de la sesión de hoy.

SESIÓN 6:

Sensibilizar a las maestras de educación preescolar sobre las diferencias de los preescolares, con su alumno de TDAH, y generar empatía.

Actividad 1:

Dinámica: El dragón. (cohesión)

Se explica al grupo que se jugará al dragón, se les pedirá que se formen uno tras otro, formando el cuerpo del dragón, la primera de la fila será la cabeza y al último se le colocará un paliacate o mascada, figurando la cola del dragón. Se cantará una pequeña canción:

“Yo soy un dragón, muy grande y muy fuerte, con unos ojotes y unos cachetotes, con una bocota, que quiere comerse su colota”, y en este momento la que lleva la fila, trata de alcanzar corriendo al último que tiene la mascada, para tratar de quitarla, los que integran la fila no se pueden soltar. Se puede jugar varias veces, cambiando a los que llevan la fila y a los últimos.

ACTIVIDAD 2:

Dramatización.

Se dividirá al grupo en equipos de 4 o 5 integrantes cada uno y al azar se le dará a cada uno un papel en donde se especifique cual va a ser su rol. Cada grupo elegirá la situación en donde quiere realizar la presentación: en el aula, en una clase de música, en el arenero, etc.

Los roles son:

a)Maestra: de acuerdo a la situación que elijan, conducirá la actividad, dando las respuestas que considere pertinentes de acuerdo a la actitud de sus alumnos.

b) alumna inteligente: representará su papel, de una forma espontánea, apoya a la maestra, y rechaza a su compañero que presenta TDAH,

c) colaboradora: es la niña que quiere ayudar en todo, que quiere realizar las comisiones y apoya a todos, cuando algo sucede ella dice que fue su compañero que tiene TDAH.

d) tímido: este alumno no participa, si lo molestan no dice nada, tampoco pregunta si no entiende, si el alumno que presenta TDAH, le hace algo, no dirá nada, solo hará como que llora, hasta que la maestra le pregunte, dirá que sucedió.

e) niño(a) con TDAH, su papel lo realizará de acuerdo a las características que se han revisado de: hiperactividad, impulsividad, inatención, sus diálogos son espontáneos, así como su conducta.

f) docente de otro grupo: que participa, en algún momento de la dramatización, para hablar con la maestra responsable del grupo del menor que presenta TDAH, para darle la noticia de algún evento: algo roto, alguien lastimado, etc, y que fue realizado por el alumno de TDAH. (diálogos espontáneos)

REFLEXIÓN:

Al terminar la dramatización se solicitará que los que actuaron como niños de TDAH, expresen como se sintieron: tal vez por no sentirse aceptados, o por no poder parar en su actividad, o si algo sucede que siempre digan que fue el menor que presenta TDAH.

Sería importante que se reflexione sobre lo que se genera en los sentimientos del menor, al no entender porque alrededor de él siempre hay dificultades, en casa, con familiares, en la escuela con sus compañeros, maestras, etc., sentirse excluidos de invitaciones a paseos, fiestas, eventos, debido a que no puede regular su conducta, y rechazado por niños, adultos, es también difícil de comprender para él.

Por lo que sería conveniente como docentes, realizar un mayor esfuerzo para conocer, apoyar, y establecer empatía a fin de apoyar a estos menores.

ACTIVIDAD 3.

EXPOSICIÓN:

El desarrollo socioemocional del niño hiperactivo.

Los niños hiperactivos muestran un desarrollo emocional más inmaduro en relación con otros niños de su edad. Algunos de los comportamientos más frecuentes son:

- baja tolerancia a la frustración; una actividad o tarea se convierte en frustrante cuando el menor no puede responder correctamente a las exigencias de la misma.
- Aparición de sentimientos depresivos; se ha observado que se presenta un mayor índice de sentimientos depresivos en los niños con hiperactividad en comparación con los niños no hiperactivos de su misma edad y condición social, (Orjales 1991)
- La necesidad de llamar la atención; una de las características de los niños hiperactivos es la desobediencia, para el adulto es de suma importancia saber que detrás de esa conducta se esconde el deseo de llamar la atención, aún a costa de un castigo o un regaño.
- Las dificultades en las relaciones sociales; como se ha señalado con anterioridad en este trabajo, los niños hiperactivos tienen dificultades para establecer relaciones interpersonales con sus compañeros. Para tener más clara esta idea se mencionan a continuación resultados de 2 investigaciones:
 - A. Los niños hiperactivos agresivos parecen mantener una conducta de interacción inadecuada con sus compañeros de forma más estable y duradera que los niños que sólo son hiperactivos. Estos últimos mejoran con los años (Johnston y Pelhman, 1986).
 - B. Los niños hiperactivos son más rechazados por sus compañeros (Pope, Bierman y Mumma, 1989)
- Los niños hiperactivos al comportarse impulsivamente no pueden predecir los efectos sociales de su comportamiento; por ejemplo durante una competencia el menor es capaz de aventar fuera del campo la pelota antes de que se la quiten, y si sus compañeros se molestan con él y lo sacan del juego, él negará su acción y culpará a los demás.

PLENARIA Y CIERRE.

En círculo se solicitará a los integrantes de grupo que expresen las emociones que surgieron con las actividades de hoy. Se sugerirá que apliquen en el aula lo que aprendieron hoy.

Para concluir la sesión brevemente dirán que se llevan hoy.

SESIÓN 7 :

Informar a los padres de familia del menor que presenta TDAH.

ACTIVIDAD 1:

- **dramatización.** Se solicitarán 3 voluntarios del grupo y se les pedirá que salgan del salón. Al resto de los integrantes se les explicará que esta será una dramatización de la reunión que tiene la docente de grupo para informar a los padres de familia que su niño presenta probablemente TDAH.
- De los 3 integrantes que están fuera del salón se les entrega una tarjeta a la que va a ser maestra del grupo en la que se le dice que tiene el rol de maestra de grupo y va a informarles a los padres de Mario que presenta probablemente TDAH. Ella tiene que imaginar como le informaría a los padres.
- En otra tarjeta se les explicará a los 2 integrantes que serán los papás de Mario y que van a asistir a la escuela porque la maestra los citó para darles una información muy importante. Su actitud va a ser de sorpresa, incredulidad ante lo que les diga la maestra.
- REFLEXIÓN: Después del tiempo de la dinámica se pedirá que se sienten todos en círculo y se analizará que sucedió, como se sintió la maestra, utilizó conceptos claros, ¿fue objetiva? ¿y los papás que sintieron al recibir la noticia?, ¿les quedó lo expresado por la maestra claro?

ACTIVIDAD 2 :

Exposición de las sugerencias que deben considerarse antes de hablar con los padres de familia de un menor que probablemente presenta TDAH

- a) El docente debe asegurarse de plantear el caso previamente al colegiado del plantel escolar, los objetivos y la estrategia de la reunión con los padres de familia.
- b) Si el niño ya es atendido o los padres han recibido algún asesoramiento profesional (médico, psicológico, etc.), sería conveniente solicitar reporte e integrarlo a su expediente individual.
- c) En caso de que el plantel cuente con servicio de psicología, sería importante que se encuentre presente en la reunión, y que aporte los datos obtenidos en su informe.
- d) A los padres hay que decir la razón de la entrevista, dando alguna descripción del tipo de dificultades que el niño tiene.

DURANTE LA REUNIÓN:

- a) Al iniciar la reunión no inicie con aspectos negativos del niño; seleccione situaciones y aspectos positivos del menor, explicando que está haciendo para ayudar al niño.
- b) no utilice términos abstractos, sea específico y de ejemplos concretos.
- c) Motive a los padres para realizar preguntas y dar su opinión.
- d) Es importante que el psicólogo escolar exprese también los resultados que hasta ese momento se han encontrado
- e) Manifieste que el docente no hace diagnósticos, sino que identifica situaciones problemáticas y/o de riesgo.
- f) Se comentarán con los padres las acciones que se han realizado en el aula: cambio de lugar cercano a la maestra, lejos de ventanas y puertas, instrucciones cortas, etc., y que se han logrado algunos cambios pero dista de ser satisfactorio por lo que sería necesario, la búsqueda de ayuda profesional, en caso de contar con un diagnóstico médico, neurológico y/o psicológico.

g) Ahora se podrán proponer actividades para el hogar como; apoyar con situaciones que se están trabajando en el aula por ejemplo:

- si en el aula se está trabajando que mantenga el contacto visual, se solicitará en casa que para realizar la tarea ubiquen al niño en un lugar cómodo, iluminado, bloqueando distractores como televisores, radios, y los padres manteniéndose ellos mismos cerca y disponibles.

.h) La reunión se concluirá dejando abierta la posibilidad de un intercambio continuo y que se espera contar con el apoyo en casa y poder trabajar como un equipo a favor del menor.

REFLEXIÓN:

Durante esta actividad se puede conducir la reflexión hacia la importancia del papel de la docente, y que de la actitud positiva, de escucha y comprensión puede ser el punto de unión para que un menor con TDAH, sea apoyado, comprendido y reciba la atención que requiere.

CIERRE:

Comentar brevemente que se llevan de la sesión de hoy.

SESIÓN 8 y 9 :

Técnicas conductuales aplicadas en el aula (1ª. Parte).

Materiales:

- tarjetas con las actividades a trabajar anotadas en desorden:
- hojas bond para rotafolio
- plumones.

ACTIVIDAD 1:

Dinámica de coescucha.

¿Qué quiero modificar del comportamiento de un niño hiperactivo?

Después de la dinámica se pedirá que hable un miembro de cada pareja y se anotarán las principales conductas que se quieren modificar. Resaltando que son muchas tal vez las que se quieran trabajar, por ejemplo; esperar turno, no distraer a sus compañeros, no salir del salón, terminar actividades, etc., y resulta muy importante iniciar con la observación de su conducta, y una planificación.

ACTIVIDAD 2:

Trabajo por equipos

Se dividirá al grupo por equipos se les proporcionarán hojas para rotafolio y plumones y la consigna será. “En esta hoja anotarán una lista en orden de prioridad de las siguientes actividades, antes de empezar a trabajar con un niño con trastorno de déficit de atención, considerando lo que se trabajó en la actividad anterior, al terminar presentarán al grupo su análisis”.

Las actividades se anotan a continuación y se le entregarán a cada equipo anotadas en desorden:

1. Observar el comportamiento del alumno.
2. Hacer una lista de las dificultades de conducta que presenta
3. Ordenar esa lista por orden de prioridad
4. De acuerdo a esta lista, iniciar con una o dos de las conductas que se desea modificar, se sugieren las menos complicadas o las menos frecuentes, en las que se puede obtener un resultado más rápido.
5. Elaborar un plan individual, sobre las técnicas a utilizar con el niño, por ejemplo: en caso de que el niño funcione positivamente (positivas) y en caso de que lo haga mal (negativas).
6. Se explicará al niño la situación, es decir se explicarán las nuevas normas, y como se van a trabajar.
7. Ser constantes en la puesta en práctica.

ACTIVIDAD 3:

Exponer las técnicas conductuales positivas aplicadas en el aula:

Para esta actividad se puede utilizar láminas en donde se exponen las siguientes técnicas ejemplificando cada una de ellas.

- **Normas muy claras y definidas, para cada niño según su edad.**

Para un niño tener puntos de referencia claros sobre lo que debe o no debe hacer es vital.

Tener claros los límites educativos es importante por tres motivos:

1. Porque le ayuda a entender e integrar las normas que rigen el mundo en el que vive.
2. Porque le ayuda a sentirse seguro

3. Porque les ayuda a tener un buen concepto de sí mismos.

Se sugiere que las maestras hagan una revisión de las normas del aula, que las definan funcionalmente, a continuación se muestran algunos ejemplos:

Norma no definida	Norma definida
Quedarse sentado en su lugar	Quedarse sentado en su lugar es: Permanecer en su asiento mientras, la Actividad no termine, tampoco puede Ir a otra mesa, con otros compañeros.
Escuchar con atención:	escuchar con atención es: cuando la Maestra explica como realizar una ac- Tividad y poder contestar que hay que Hacer.

¿Cómo saber cuando premiar y cuando castigar?

Si el menor se levanta frecuentemente de su lugar y llamarle la atención todos los días no ha dado resultado entonces, entonces se puede pensar en darle 1 punto y cambiarle los puntos por un premio. Si el menor ya permanece sentado y de repente empieza a levantarse aplicar un “castigo” puede ser útil. “si no permaneces sentado durante la actividad, no podrás jugar con el material de construcción, en el recreo”.

Para resumir, se puede decir que; con cada niño hay que analizar la situación y cual será la mejor opción. Los premios o refuerzos se clasifican en dos tipos: materiales y sociales.

REFUERZOS MATERIALES:

Comestibles: dulces, helados, chocolate, refrescos, frutas, pasteles, etc.

Juegos: rompecabezas, juegos de construcción, lotería, memorama, etc.

Juguetes: muñecos, lego, pelotas, calcomanías, disfraces, cintas de música, etc.

Fichas: puntos escritos en trozos de papel que se le entrega al niño de acuerdo a su comportamiento y que puede luego cambiar por otro tipo de premios por ejemplo:

1 dulce = 2 puntos

ir al cine = 15 puntos.

REFUERZOS SOCIALES:

La atención de la maestra: en cualquiera de sus formas tanto positivas: abrazos, reconocimiento público, aprobación, así como negativas: llamadas de atención, tiempo fuera, etc.

La aprobación de los demás: un aplauso de toda la clase, un comentario de la maestra, una felicitación de los abuelos, un privilegio (observar que es lo que más gusta al menor y proporcionarlo como por ejemplo: sentarse junto a un niño en especial, ser el primero para iniciar una actividad, etc.).

Deportes: ir a un balneario, montar en bici, acompañar a los papás a algún evento, ir a la feria.

Recuerda;

- **Los premios deben estar relacionados con la conducta.**
- **Los premios deber ser algo deseado por el niño**
- **No es necesario que los premios sean caros. El niño puede ganarse puntos para obtener privilegios como:** material para el colegio, invitar a un amigo a jugar, su comida favorita.

- **Debemos ser conscientes de lo que premiamos: premiar el proceso es más útil que premiar el fin.**
- **Cuanto más pequeño es el niño más inmediato debe ser el premio.**
- **Al principio, los premios se deben conseguir con poco esfuerzo para que el niño gane confianza, después para conseguir EL MISMO PREMIO, deberá hacer algo más difícil o de igual dificultad, pero durante más tiempo.**
- **Los premios materiales deben tender a extinguirse.**

Nota: De la información anteriormente mencionada, se escribirán ideas principales para entregarle a las profesoras fotocopias.

REFLEXIÓN.

Mediante la técnica de lluvia de ideas se solicitará a las profesoras que comenten que se llevan de la sesión de hoy y como lo aplicarán en el aula.

CIERRE.

En círculo tomadas de la mano, se pedirá que las profesoras expresen que se llevan de la sesión del día de hoy.

SESIÓN 10:

Técnicas conductuales aplicadas en el aula (2ª. Parte):

ACTIVIDAD 1.

Materiales:

Hojas de rotafolio

Plumones de colores.

Se dividirá al grupo en pequeños equipos (3 o 4 integrantes cada uno), a fin de que trabajen los aspectos que a continuación se mencionan:

- a) realizar la lista de prioridades
- b) definir normas
- c) explicar al niño, las normas que se van a trabajar
- d) aplicar refuerzos materiales o refuerzos sociales.

Al terminar escribirán en consenso, lo que se realizó en el aula, y después de elegir a un representante, lo presentarán a los demás integrantes. De esta manera se podrán observar nuevas ideas, diferentes estrategias, de lo que se haya realizado en cada plantel.

ACTIVIDAD 2:

La importancia de la autoestima (actividad con los miembros del grupo),

Materiales: - “sarapes”, hechos de papel manila o pellón para cada uno de los integrantes.

- plumones de colores.
- Espejos pequeños

- Cartones al tamaño de los espejos doblados a la mitad, para formar una cartera.
- Papeles pequeños con la inscripción: “Aquí se encuentra la persona más importante del universo”. (estos se pegarán al frente de la cartera, para que al abrirlos la persona que se vea corresponda la inscripción)
- Anexo: el cuento: “La oruga”

Díada: Por parejas y dando 2’ a cada uno de los integrantes se solicitará que hablen de;

¿Qué es autoestima?

¿Cómo te percibes?

Dinámica: - técnica: “el sarape”.

Se le entregará a cada integrante un sarape y se les pedirá que anoten por adelante sus cualidades, se les pedirá que lo decoren con dibujos o papeles de colores, después en círculo se les pedirá a todos que anoten las cualidades de cada persona en la parte de atrás. Al terminar se solicitará que cada uno lea, lo que escribieron sus compañeros en su sarape, y finalmente se solicitará que algunos miembros comenten que descubrieron con esta actividad.

ACTIVIDAD 3:

Reforzar la autoestima del menor con TDA.

Mediante láminas, se realizará la exposición de que es autoestima, y como se puede estimular en un menor con TDA.

Autoestima: puede ser descrita como la capacidad o actitud interna con que me relaciono conmigo mismo y lo que hace que me perciba dentro del mundo, de una forma positiva o

bien con una orientación negativa, según el estado en que me encuentre. (Montoya Miguel Ángel, 2004)

Autoconcepto: es la imagen que tenemos de nosotros mismos.

La autoestima puede ser positiva, si la imagen que tengo de mí mismo me gusta y la acepto, o negativa, si la imagen que tengo de mí mismo no me gusta y la rechazo.

Recomendaciones para afirmar la autoestima de los niños con TDA:

- a) resaltar los aspectos positivos de su conducta; ya que generalmente estos niños llaman más la atención por su comportamiento negativo que positivo. Por lo que hay que estar atentos a sus pequeñas mejoras para reforzarlas (con afecto, con un comentario).
- b) Comunicarse con el niño, permitiendo que exprese su opinión, escucharlo atentamente cuando hable. No sólo hablarle a él, sino hablar con él.
- c) Motivarlo para que considere el punto de vista y los sentimientos de los demás. Alentarlo a esta actitud es positivo. Esto se puede practicar con juegos como; usando títeres de mano.
- d) No acusarlo injustamente o apodarlo con adjetivos negativos, ya que esto puede quedar en él como un abuso
- e) Ayudarle a auto evaluar su conducta correctamente: 1. Se le puede ayudar a recordar paso por paso que fue lo que pasó. 2. Ayudarle a interpretar las conductas de los demás y la él mismo. 3. Se le ayuda a reflexionar sobre que otra actuación podría haber sido adecuada también.
- f) Ayudarles a aceptar sus limitaciones. Por ejemplo; si no son muy buenos corriendo o bailando, etc.

Al concluir la exposición se les solicitará a las profesoras, mediante la técnica de lluvia de ideas, sugieran con que juegos o actividades se pueden reforzar las sugerencias mencionadas, resaltando la importancia de que la autoestima se refuerce en los menores que presenten TDA, ya que son menores que han sido rechazados, o poco valorados.

ACTIVIDAD 4:

Utilización de auto instrucciones en el aula.

A través de exposición, se presentaran las estrategias para trabajar auto instrucciones y se solicitará que se traten de aplicar en el aula.

Según Meichenbaum, el entrenamiento en auto instrucciones puede enseñar a los niños con dificultades en el control inhibitorio a comprender las situaciones, a generar espontáneamente las estrategias y a utilizar tales mediadores en la guía y control del aprendizaje y del comportamiento

El habla auto-dirigida suministra medios para la reflexión, descripción y auto interrogación. Este tipo de programas implican enseñar al niño a hablarse a sí mismo en voz alta, darse instrucciones sobre lo que deben hacer y recompensarse verbalmente por su buena ejecución. Las auto instrucciones incluyen:

- a) Que el niño se diga a sí mismo en que consiste su trabajo.
- c) decirse a sí mismo la estrategia que va a utilizar para realizar su trabajo, o solucionar un problema,
- d) Durante la ejecución de la tarea debe auto-observar su ejecución, manteniendo su atención en la tarea.
- e) Decirse a sí mismo cómo ha hecho su trabajo, comprobando todo el proceso.
- f) Si la solución es correcta se autorrefuerza y si es incorrecta se le enseña a darse palabras de ánimo como: “la próxima vez lo haré mejor porque me fijaré más”.

g) Al principio el adulta enseña al niño como darse las auto instrucciones mientras realiza el trabajo, después el niño realiza la misma tarea guiado por las instrucciones del adulto y después se da a si mismo las auto instrucciones en voz alta y progresivamente el lenguaje externo se sustituye por habla susurrante y posteriormente silenciosa. Se realizará plenaria.

CIERRE:

A cada integrante se le obsequiará un espejo con la inscripción: “Aquí se encuentra la persona más importante del universo”, se les solicitará que lean con detenimiento y después abran la carterita .

Se solicitará que mencionen que se llevan de esta sesión y finalmente un abrazo entre todos los participantes.

SESIÓN 11:

Técnicas conductuales aplicadas en el aula 3ª. Parte.

Actividad 1:

Dinámica de co-escucha: se dividirá al grupo por parejas y lo que trabajará cada una por 3'

será: 1. ¿Qué ha sucedido con la dinámica de autoestima en el ámbito personal?

3 ¿He logrado aplicar algunas de las sugerencias para reforzar la autoestima de un menor que presente TDA en el aula?

Actividad 2:

“El protagonista de la semana”. (Orjales Villar,1998)

Materiales:

- papeles pequeños para hacer un “sorteo”
- un calendario (en el que se marcará cada lunes, que es el día que cambiará el protagonista).
- Un formato dirigido a los padres para informar sobre la importancia de esta actividad se incluye como anexo.
- 1 cartulina.

Esta actividad tiene como finalidad continuar reforzando la autoestima de los menores y se lleva a cabo de la siguiente manera:

- El viernes anterior, el niño que ha sido elegido recibe una carta en la que se les comunica a los padres la finalidad de la actividad y se solicita su colaboración. (se anexa formato).

- Se colocará una cartulina en un lugar previamente seleccionado, en la que se hablará del protagonista y todos sus compañeros podrán tener información sobre quién es, como vive, que le gusta, se pueden pegar: fotos, boletos de algún evento que haya sido importante para el niño, se pueden llevar dibujos, etc.
- Se les solicita a los padres del menor que participen, enviando anécdotas, situaciones por escrito que se puedan incluir en la cartulina.
- Se reservarán en la cartulina 3 espacios que llevarán por título: “lo que le gusta comer”, “le gusta jugar a...” y “cosas buenas de...”, en este espacio los compañeros de clase podrán pedir a la maestra que anote lo que le gusta de su compañero y ponga el nombre de quien expresó su opinión.
- En caso de que algún compañero comente algo negativo: se llevará a debate, recordando que este espacio contiene las cosas buenas que tiene cada uno, aquellas que queremos que cambien. Por ejemplo: si Pepe no comparte materiales, vamos a poner un letrero que diga: “comparto materiales” y cada vez que lo haga le pondremos una carita feliz. Se pretende que el niño protagonista acepte la crítica como algo constructivo y que los compañeros se acostumbren a proponer soluciones.
- Al final de la semana el cartel se descuelga, se recorta, se engrapa en forma de álbum para que el niño se lo lleve a casa de recuerdo.

Nota: esta actividad debe ser moderada por el profesor, realizada con todos los niños de la clase, los niños creerán que el orden de aparición del protagonista es por sorteo, se sugiere empezar por un niño(a) muy aceptado(a) por la clase, lo cual servirá como entrenamiento y motivación para todos. Después se puede elegir a un niño rechazado o aislado del grupo, así tendrán 2 ejemplos diferentes, para después elegir al niño hiperactivo, esta actividad

funcionará como un refuerzo social muy importante (para aquel niño que acaba de tener un hermanito, etc.)

- Se sugiere que esta actividad se empiece a trabajar en el aula, desde esta semana, informando a los niños y realizar el “sorteo”, para comentar en la próxima sesión como va el proceso.

ACTIVIDAD 3:

La “Técnica de la tortuga”, para favorecer el autocontrol. (M. Schneider 1974).

Para esta actividad se requiere:

- Fotocopias de: “Historia de una tortuga”.
- Un dibujo en cartulina de una tortuga grande. El caparazón de la tortuga estará cubierto de “escamas” –casillas- que serán los puntos a conseguir. (de acuerdo al conocimiento que tiene el profesor del control de su grupo, podrá dibujar más o menos “escamas”).

Se iniciará la actividad realizándola con las profesoras, tal y como se indica en los pasos descritos en la exposición, para que ellas vivan la sensación de tensión-relajación de la tortuga.

Se procederá a invitar a que expresen sus sensaciones con el ejercicio.

Exposición:

Esta técnica se ha utilizado como un método eficaz para el autocontrol de la conducta impulsiva en el aula, y se puede utilizar en situaciones de descontrol por carga emocional , se ha comprobado su eficacia en niños preescolares y hasta los 7 años de edad.

Se trabaja con todo el grupo y se inicia leyendo la historia de la tortuga (en la cual se observa el comportamiento que refleja la falta de control emocional en los niños hiperactivos).

El procedimiento será el siguiente:

- a) La maestra lee la historia de la tortuga (Anexos).
- b) A partir de lo que provoca mentalmente en los niños, se les invita a dramatizar la sensación de frustración de la tortuga, su enojo contenido y cuando intenta meterse en su caparazón. También cuando la tortuga se introduce en el caparazón para vencer los sentimientos de: rabia y furia, esto se sugiere que los niños lo escenifiquen pegando la barbilla al pecho, colocando los brazos a lo largo del cuerpo y presionando fuertemente la barbilla, brazos y puños cerrados mientras cuentan hasta diez. La distensión posterior provoca una relajación inmediata.

TAREA: se les solicitará a las profesoras que apliquen la técnica esta semana en su aula.

CIERRE: expresarán como se sintieron en la sesión de hoy y que se llevan.

SESIÓN 12.

Cierre del Taller.

Actividad 1:

Dinámica: La pelota encantada

Materiales: 1 pelota suave.

Esta dinámica permite que los niños sigan reglas y además utilicen su imaginación.

Con todo el grupo en círculo se explica que tenemos una pelota mágica y que todos tienen que correr y evitar que la pelota cuando sea lanzada los toque. Pero si esto sucede entonces la que lo tocó puede decir en que se convierte: un pájaro, un carro, etc. otra modalidad puede ser cuando el que es tocado por la pelota decida en que se convertirá.

La regla es: cuido mi cuerpo y el de los demás.

ACTIVIDAD 2.

Técnica: lluvia de ideas.

En círculo se explicará a los integrantes del grupo que siendo esta la última sesión sería conveniente escuchar a cada uno y conocer su punto de vista en relación a los siguientes aspectos:

- ¿Que les brindó este taller?
- ¿Que técnicas de las que se trabajaron en el taller , aplicaron en el aula?
- ¿Que les función y que no funcionó?
- Sugerencias para próximos talleres.

ACTIVIDAD 3.

Charla amena:

Se dividirá al grupo en equipos de 4 integrantes y comentarán que lograron con su alumno que presenta TDAH. (tiempo 10')

ACTIVIDAD 4.

Trabajo final:

Antes de entregar el trabajo solicitado en la sesión 9 acerca de la aplicación de las técnicas comportamentales, se escucharán comentarios sobre lo que se realizó en su escuela con su alumno que presenta TDAH.

La coordinadora recogerá los trabajos.

ACTIVIDAD 5.

Evaluación.

Se le entregará una hoja y pluma a cada uno de los integrantes para que escriban brevemente lo que se ha dicho en esta sesión.

Cierre:

Se solicitará que comenten brevemente que se llevan de este taller, y se terminará con un abrazo entre todos los integrantes.

CONCLUSIONES:

El síndrome de déficit de atención implica dificultades en las funciones cognitivas lo que genera problemas en el ámbito escolar y a nivel familiar afectando sus relaciones sociales, desempeño escolar, entre otros. Por lo que es de suma importancia que la docente de educación preescolar identifique las características de los niños que presentan trastorno de déficit de atención, es decir; el menor que no puede mantener su atención por períodos largos, puede presentar hiperactividad e impulsividad, además es importante para las docentes conocer diversas alternativas para detectar en el aula.

Se brindan elementos para acercarse a los padres del menor y establecer un puente entre los especialistas como el médico, psiquiatra o neurólogo, especialista de C.A.P.E.P. también estrategias para trabajar en el aula, como: reforzar autoestima del menor, reforzar conductas positivas, también eliminar otras, y trabajar auto instrucciones en las actividades que realice el menor para que él mismo vaya moderando su actividad motriz, centrando más su atención, etc. y la importancia de establecer empatía, en vez de generar rechazo, o exclusión de las actividades por parte de los compañeros y sobretodo de la docente, que es central en el tratamiento del menor, y un gran apoyo en el tratamiento interdisciplinario.

Además se puede observar en el menor que presenta trastorno por déficit de atención con hiperactividad, cambios importantes en su atención; la cual puede mantener por períodos de tiempo más largos; en situaciones como esperar su turno en las actividades y aprender a controlar su impulsividad e iniciar el establecimiento de mejores relaciones con sus compañeros.

En cada sesión del Taller, se proponen diversas dinámicas, varias de ellas tienen el propósito de que la docente de educación preescolar pueda vivenciar situaciones, emociones que puede en determinada situación vivir uno de sus alumnos con TDAH.

Considero que atender y procurar el conocimiento de las necesidades educativas especiales, generan más confianza y seguridad en el docente responsable del grupo y por ende en el menor que presenta TDAH.

Puede decirse que el beneficio de esta propuesta alcanzará a las profesoras de educación preescolar que tengan un alumno con las características ya mencionadas, a su familia; papá, mamá, sus hermanos, familiares cercanos y al menor que presenta este trastorno ya que aprenderá a conocerse, aprenderá a controlar sus emociones, su impulsividad y podrá poner mayor atención, todo esto reforzará su autoestima y concepto de sí mismo.

REFERENCIAS

- Asociación Psiquiátrica Americana (1994). Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (4ª. Ed.) Madrid: Ed. Masson.
- Anaya, N. (2003, 5 de marzo). Dos millones de niños padecen déficit de atención. El financiero. P. 39.
- Avila de Encio Carmen y Polaina-Lorente Aquilino (2002) Niños hiperactivos, comportamiento, diagnóstico, tratamiento, ayuda familiar y escolar. México Ed. Alfa Omega S.A. de C. V.
- Bautista Rafael (compilador) (1993) Necesidades Educativas Especiales Capítulo VII, España. Ed. Aljibe.
- Benavides Tijerina de Adame Greta (2003) El niño con déficit de atención e hiperactividad: guía para padres. México, Ed. Trillas
- De Quirós, G. (2000). Síndrome de Déficit de Atención con o sin hiperactividad. En Joselevich, E. (Ed.) ADHD en niños, adolescentes y adultos. Buenos Aires. Paidós
- Esquivel Fayne, Heredia Ma. Cristina, Lucío Emilia (1992). Pruebas Psicológicas para niños. Interpretación clínica. Facultad de Psicología. U.N.A.M.

- Figueroa Duarte Ana y Campbell Araujo Oscar (1993). Evaluación del coeficiente intelectual en niños con trastorno del déficit-atención hiperactividad. Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora. (10).
- Gratch Luis Oscar (2003) El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD). (2ª. Ed.) Madrid. Ed. Médica Panamericana.
- Juárez Ramírez Silvia Oralia (2004). Una propuesta a padres para mejorar la autoestima en niños con trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Tesina de Licenciatura. México. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Martínez Vázquez Rosa María (2006). El jardín de niños y la lucha contra las exclusiones. Tesina de Licenciatura. México. Universidad Pedagógica Nacional.
- Mediavilla- García, C. (2003). Neurobiología del trastorno de hiperactividad. Revista de Neurología, 36.
- Mendoza Estrada María Teresa (2003). ¿Qué es el trastorno por déficit de atención? Una guía para padres y maestros. México, Ed. Trillas.
- Miranda Casas, Amado Luz y Jarque Fernández (2001) Trastornos por déficit de atención con hiperactividad. Una guía práctica. Málaga. Ed. Aljibe.

- Montoya Miguel a. y Sol Carmen Elena (2004). Autoestima; estrategias para vivir mejor con PNL y Desarrollo Humano. (2ª. Ed.) México. Ed. Pax.
- Orjales Villar Isabel. (1998) Déficit de Atención con Hiperactividad: Manual para padres y educadores. España. Ed. Ciencias de la Educación preescolar y especial.
- Ortiz Luna J. A. y Acle Tomasini G. (2006) Diferencias entre padres y maestros en la identificación de síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños mexicanos. Revista Neurología. 41: 17-21.
- Penilla Muñoz Susana (2005) “Propuesta de un taller de sensibilización a profesores para el adecuado manejo de niños con TDA con o sin hiperactividad, desde el enfoque cognitivo conductual”. Tesina de licenciatura. México. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ribes Iñesta Emilio (2004) Técnicas de Modificación de conducta, su aplicación al retardo en el desarrollo. (19ª. Ed.) México. Ed. Trillas.
- Salmina N. G. y Filimonova O. G. (2001) Diagnóstico y corrección de la actividad voluntaria en la edad preescolar y escolar. México. ED. Universidad Autónoma de Tlaxcala.

- S.E.P. Subsecretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal. Secretaría de Educación Básica. Dirección General de Educación Preescolar, Programa de Educación Preescolar 2004. México 2004.
- Solovieva Yulia, Quintanar Rojas Luis y Flores Olvera Dulce (2002) Programa de Corrección Neuropsicológica del déficit de Atención (1ª. Ed.) México. Ed. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Stevens Laura J. (2002) Cómo ayudar a los niños con déficit de atención (ADD/ADHD). (2ª. Ed.). México. Ed. Aguilar.
- Van- Wielink Guillermo (2004) Déficit de atención con hiperactividad. (2ª. Ed.) México. Ed. Trillas.

ANEXOS.

ANEXO 1

ESCALA EVALUATIVA ABREVIADA DE CONNERS PARA MAESTROS (ATRS)

Nombre del niño (a): _____

Llenado el: _____ Maestro: _____

Instrucciones: Marque el espacio que corresponda a la cantidad de actividad: Ninguna, Sólo un poco, Bastante o Mucha, que más se ajuste a la valoración del niño.

O b s e r v a c i ó n	Cantidad de actividad			
	Ninguna	Sólo un poco	Bastante	Mucha
1. Inquieto o demasiado activo				
2. Excitable, impulsivo				
3. Molesta a los demás niños				
4. No termina lo que empieza, capacidad de atención corta				
5. Se mueve constantemente				
6. Distráido, su atención se desvía fácilmente				
7. Desea satisfacción inmediata de sus demandas, se frustra con facilidad				
8. Lloro con frecuencia y ante cualquier situación				
9. Su estado de ánimo varía rápidamente y de manera drástica				
10. Arranques de mal genio, conducta explosiva y caprichosa				

Comentarios: _____

ANEXO 2

ESCALA DE EVALUACION DE SWANSON-NOLAN-PLIHAM

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ GRADO: _____

PADRE: _____ MADRE: _____

PROFESOR: _____ OTROS: _____

COMPLEMENTADO POR: _____

FECHA DE CALIFICACION: _____ FECHA DE ENTREGA: _____

OBSERVACION	ALGO	MUCHO	DEMASIADO
-------------	------	-------	-----------

1. HIPERACTIVIDAD

1.1	Corre o trepa excesivamente			
1.2	Dificultad para estar quieto en la silla o inquietud excesiva			
1.3	Inquietud durante el sueño			
1.4	Siempre camina o actúa como si estuviera manejado por un motor			

2. INATENCION

2.1	No concluye lo que inicia			
2.2	A menudo parece no escuchar			
2.3	Su atención es dispersa			
2.4	Dificultad para continuar una actividad			
2.5	Dificultad para concentrarse en el trabajo escolar y otra actividad			

OBSERVACION	ALGO	MUCHO	DEMASLADO
-------------	------	-------	-----------

3. IMPULSIVIDAD

3.1	A menudo actúa antes de pensar			
3.2	Cambia de una actividad a otra			
3.3	Dificultad para organizar trabajo			
3.4	Requiere de supervisión constante			
3.5	Frecuentes llamadas de atención			
3.6	Dificultad para aguardar su turno o situaciones de grupo			

4. RELACIONES CON SUS COMPAÑEROS

4.1	Pleitos, golpes, etc.			
4.2	Es disgustado por otros niños			
4.3	Interrumpe las actividades de otros niños con frecuencia			
4.4	Es dominante; siempre dice a otros niños lo que hay que hacer			
4.5	Molesta a otros niños			
4.6	Se rehusa a participar en actividades o juegos de grupo			
4.7	Pierde el temperamento fácilmente y a menudo			

COMENTARIO DEL MAESTRO: _____

ANEXO 3



**HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL
"DR. JUAN N. NAVARRO"**



CUESTIONARIO PARA MAESTROS

NOMBRE DEL ALUMNO _____

NOMBRE DE LA ESCUELA _____

DOMICILIO _____

FECHA _____

AÑO ESCOLAR _____

NUMERO DE ALUMNOS DEL GRUPO _____

GRADO _____

MARQUE CON UNA CRUZ LA RESPUESTA QUE USTED CONSIDERE MAS ADECUADA PARA CADA PREGUNTA

CONDUCTA.

	Nunca	Ocasional	Frecuente	Muy frecuente
DISTRAIDO: Dificultad para concentrarse, se distrae con cualquier cosa.*				
DESIDIOSO: No termina las cosas que inicia, tareas, trabajos, etc.				
DESCUIDADO: Mal arreglo personal, no cuida su ropa, sus útiles, juguetes, etc.				
DESMEMORIADO: Olvida fácilmente lo aprendido.				
IMPULSIVO: No mide las consecuencias de sus actitudes.				
DESAFIANTE: No obedece las instrucciones del maestro o las autoridades escolares y los reta.				
MENTIROSO				
GRITON.				
DESORGANIZA AL GRUPO				
INTRANQUILO: Constantemente se levanta de su asiento.				
EGOCENTRICO: Busca llamar la atención de los demás niños y maestros				
Toma objetos que no le pertenecen de sus maestros o compañeros.				
BAJA AUTOESTIMA: Se expresa mal de el mismo.				
Es necesario sacarlo del salón de clases.				
Ha sido necesario suspenderlo temporalmente.				
TENDENCIA A LA FANTASIA. Inventar historias.				
SOMNOLIENTO: Se duerme en clases o bosteza.				
AGRESIVO: Molesta a otros niños y busca pleito.				
DESTRUCTIVO: Rompe los útiles o materiales escolares.				
CRUEL: Con sus compañeros o con los animales.				
IMPUDICO: Hace señas obscenas, vocabulario soez, practica conductas de desinhibición sexual.				
REBELDE: No obedece las normas escolares, es terco, testarudo, etc.				
TORPE: Para sus trabajos manuales, los ensucia, rompe materiales.				
Dificultades para desarrollar algún tipo de ejercicio o juego.				
Se cae con frecuencia.				
Tropezca con muebles o con sus compañeros.				
No espera su turno en los juegos.				
Es tramposo.				
No sabe perder en los juegos				
INFANTIL: Se comporta como un niño más pequeño.				
ANTIPATICO: Es rechazado por los demás niños.				
Nada lo satisface.				
EGOISTA.				

LA ORUGA. (anexo 4)

En realidad no sabía cómo había llegado a aquella encrucijada del camino: lo cierto es que un impulso en la oruga le instaba a cruzarlo. Así, de forma decidida se encaminó a hacerlo. Su primer intento fue un verdadero fracaso; por más que insistía en arrastrarse, sus esfuerzos eran vanos y sólo lograba, después de mucho intentarlo, avanzar unos centímetros, para luego quedar agotada, totalmente exhausta.

Descansaba unos momentos, para disponerse a intentarlo de nuevo. Se decía: “algo del otro lado del camino me está llamando, por lo que debo ir hacia allá”.

Día tras día lo intentó: ponía en cada intento su mejor esfuerzo, pero al final quedaba de nueva cuenta sin lograrlo. La frustración y la ira se apoderaban de ella.

Se preguntaba; “¿no habrá otra forma de pasar al otro lado del camino?”

En esos momentos deseó no ser una oruga. Imaginó que era diferente, que podía ir y venir con facilidad de un lado a otro del camino.

Esa noche soñó que podía volar y experimentó como si algo que le estorbaba se estuviera desprendiendo de ella; era algo que le pesaba y que solamente dejaba de tocarlo.

Cuando se levantó, se dispuso de nueva cuenta a intentar cruzar el camino, pues tenía la motivación que proporciona el descanso. Sabía de forma vaga que algo había pasado en su sueño. Ese día se arrastró varias veces, con tanto esfuerzo que, sin darse cuenta siquiera, sintió que una parte de ella se extendía: experimentó que algo se alejaba y lo que vio le maravilló y a la vez inquietó. “¿Qué está pasando?”, se preguntó, dirigió su mirada hacia el otro costado y de igual forma, algo le estaba ocurriendo....

Se sentía cada vez más ligera. Era ella y al mismo tiempo era diferente. Como otros días, sintió dentro de sí el impulso de cruzar el camino; atendiendo a este llamado, se dispuso a intentarlo de nuevo, pero ahora, al impulsarse, unas grandes y hermosas alas se extendieron, sintió como se elevaba su cuerpo y tuvo una visión panorámica del camino que tanto había anhelado cruzar. Visitó con gran facilidad el otro lado del camino; fue y vino de un lado a otro, se sentía feliz, pues estaba experimentando lo que era volar.

De cuando en cuando la mariposa recordaba que en cierta época fue una oruga, que se gestó en ella lo que hoy era.

Agradecía los esfuerzos que hizo cuando oruga, pues fueron los momentos en que la mariposa se fue formando poco a poco.

En seguida pensó: podemos pasarlos la vida arrastrándonos, pero si hacemos caso a nuestro interior, descubriremos el placer de ser una mariposa.

(Montoya y Sol, 2004, p. 35,36)

HISTORIA DE UNA TORTUGA (ANEXO 5)

En una época muy remota vivía una tortuga joven y elegante. Tenía... años de edad y justo entonces acababa de empezar el... grado. Se llamaba Tortuguita.

A Tortuguita no le gustaba ir al colegio. Prefería estar en casa con su madre y su hermanito. No quería estudiar ni aprender nada de nada: sólo le gustaba correr y jugar con sus amigos o pasar las horas libres viendo la televisión: Le parecía horrible tener que hacer dibujos y recortar; y aquellas horas en el salón encerrado. Odiaba las tareas que le mandaban y se olvidaba de llevarlas a la escuela.

En clase, jamás escuchaba a la profesora y se pasaba el rato haciendo ruidos que volvían locos a todos. Cuando se aburría, y sucedía muy a menudo, interrumpía la clase llorando o diciendo tonterías que hacían reír a todos. En ocasiones, intentaba trabajar, pero lo hacía rápido para acabar cuanto antes y se volvía loca de rabia cuando, al final, le decían que lo había hecho mal. Cuando esto sucedía arrugaba las hojas o las rompía en mil pedazos. Así transcurrían los días.

Cada mañana, camino a la escuela, se decía a sí misma que iba a esforzarse en todo lo posible para que no la castigaran en todo el día. Pero, al final, siempre acaba metida en algún lío. Casi siempre se enfurecía con alguien, y se peleaba constantemente, aunque sólo fuera porque creía que el que le había empujado en la fila lo había hecho a propósito. Se encontraba siempre metida en dificultades y empezó a estar harta de la escuela. Además, una idea empezó a rondarle por la cabeza “soy una tortuga muy mala”, se decía. Estuvo pensando esto mucho tiempo sintiéndose mal, muy mal.

Un día, cuando se sentía más triste y desanimada que nunca, se encontró con la tortuga más grande y más vieja de la ciudad. Era una tortuga sabia, tenía por lo menos 100 años de edad y su tamaño era enorme. La tortuga sabia se acercó a Tortuguita y le preguntó que le ocurría. Tortuguita tardó en responder, impresionada por semejante tamaño. Pero la vieja tortuga era tan bondadosa como grande y estaba deseosa de ayudarla. “¡hola!”, dijo con voz profunda y atronadora. “voy a contarte un secreto, ¿no comprendes que llevas sobre ti la solución para los problemas que te agobian?”

Tortuguita no sabía de que le estaba hablando. “¡Tu caparazón, tu caparazón!”, exclamó la tortuga sabia, “¡para eso tienes una coraza!” Puedes esconderte en su interior siempre que te des cuenta de que lo que estás haciendo o diciendo te da rabia. Entonces, cuando te encuentres dentro de tu concha dispondrás de un momento de tranquilidad para estudiar tu problema y buscar la mejor solución.

(M. Schneider, 1974)