



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E  
HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS EN ETAPA ESCOLAR

T E S I N A  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:  
SALVADOR MICHAEL ARES VALDES

DIRECTOR DE LA TESINA:  
MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA



Ciudad Universitaria, D.F.

Septiembre, 2011



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.

**Agradezco:**

**A Dios por el don de la vida.**

**A mi padre y mis hermanos, porque a pesar de la distancia están siempre  
cerca de mí.**

**Al Colegio Benedictino por su apoyo y comprensión.**

**Y a mi esposa Erika, a mi hijo Arzú y a mi hija Dafne que son mi inspiración  
para superarme cada día.**

## INDICE

Resumen	4
Introducción	5
<b>Capítulo I. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad</b>	
1.1. Antecedentes Históricos	8
1.2. El TDAH en México	12
1.3. Conceptualización	13
1.3.1. Inatención	13
1.3.2. Hiperactividad	14
1.3.3. Impulsividad	14
1.4. Epidemiología	15
1.5. Etiología	17
1.5.1. Factores hereditarios	17
1.5.2. Causas neurofisiológicas	17
1.5.3. Factores ambientales	18
1.6. Diagnóstico	18
1.7. Tipos y niveles	21
1.8. Trastornos comórbidos	23
1.8.1. Trastornos de conducta	24
1.8.2. Trastorno opositorista desafiante	24
1.8.3. Trastorno de ansiedad	25
1.8.4. Depresión	26
1.8.5. Trastornos de aprendizaje	26
1.9. Tratamiento	27
1.9.1. Intervención farmacológica	29
1.9.2. Psicoterapia	30
1.9.3. Tratamiento conductual	31
1.9.4. Terapias psicopedagógicas	33
1.10. Los alumnos con TDAH desde una perspectiva inclusiva	33
1.11. Exposición de dos casos.	39

1.12. Recapitulación	42
----------------------	----

## **Capítulo II. Desarrollo de la niñez intermedia**

2.1. Desarrollo Físico	44
2.2. Desarrollo Cognitivo	46
2.2.1. Enfoque de Jean Piaget	46
2.2.2. Atención y aprendizaje	47
2.2.3. El niños en el colegio	49
2.2.4. Niños con problemas de aprendizaje	50
2.3. Desarrollo socio-afectivo	51
2.3.1. El autoconcepto	51
2.3.2. La Autoestima	54
2.2.3. Conocimiento y razonamiento social	55
2.3.4. El niño en el grupo de los pares	56
2.4 Desarrollo Moral	57
2.4.1. Enfoque de Jean Piaget	57
2.4.2. Teoría de las seis etapas de Koholber	59
2.4.3. Planteamiento de Gilligan	60
2.4.4. Planteamiento de Eisenberg	60
2.7. Recapitulación	61

<b>Capítulo III. Propuesta de taller: “Manejo de la Atención y de la conducta en el aula”.</b>	<b>63</b>
--	-----------

**Resumen:**

En esta investigación documental se revisó información acerca del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), tocando puntos como; los antecedentes históricos, la epidemiología, los tipos y niveles, la detección y el diagnóstico, la comorbilidad, además de los diferentes tipos de tratamientos, tomando como base bibliográfica principalmente el *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR, 2002)*. Posteriormente se hace una revisión bibliográfica acerca de las principales características del niño en la etapa intermedia o escolar, tratando los temas del desarrollo físico, cognitivo, social, afectivo y problemas de aprendizaje. Por último se hace una propuesta de taller para docentes a nivel de educación primaria, para el manejo de la atención y conducta en el aula.

## INTRODUCCIÓN

En nuestros días la niñez se encuentra expuesta a exigencias sociales y académicas intensas, de altos niveles de competitividad. En las aulas, los docentes tienen la difícil tarea de ir proporcionando a los alumnos las herramientas necesarias para hacer frente a los grandes retos que presenta el mundo actual.

Sin embargo esta misión puede convertirse en un verdadero desafío cuando el docente, a pesar de los esfuerzos realizados en el aula regular, se encuentra con alumnos que presentan dificultades para mantener la atención suficiente para aprender o seguir indicaciones, se distraen fácilmente con cualquier detalle del salón, no pueden esperar su turno para hablar, se la pasan fuera de su lugar molestando o distrayendo a sus compañeros y les cuesta trabajo relacionarse con los demás y que además es una situación que persiste durante mucho tiempo. Esto es razón de mucha tensión y desgaste tanto físico como psicológico.

Ante esta problemática, es común escuchar en el ambiente escolar; “¡este alumno tiene TDAH!” o incluso “¡fulanito está enfermo, no puede estar quieto!” , por lo que suele ocurrir que se haga un mal uso del término y que, en algunas ocasiones, se intente calificar a un niño con un “supuesto” TDAH. Sin embargo el proceso para el diagnóstico es mucho más complejo, es preciso un estudio especializado y profundo.

Desde el punto de vista médico, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial. El constructo de TDAH y de los problemas externalizados en su conjunto es mundialmente reconocido y no depende de factores culturales (Barragán, 2007).

De acuerdo con el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2002) esta es la afección más común entre la población infantil, aflige tanto a los niños como a las niñas y representa entre del 3 y 7% de los niños en edad escolar.

En el año 2002, la Secretaría de Salud (SSA) por medio del Consejo Nacional contra las Adicciones (CNCA) junto con los Servicios de Salud Mental (SERSAME), estima que en México existe cerca de 1 millón 500 mil niños portadores de TDAH (SERSAME, 2002).

Desde el punto de vista de la psicología y la educación estos niños son personas que tienen necesidades educativas diferentes y requieren de atención y acompañamiento especializado para que puedan alcanzar un óptimo desarrollo personal y buen desempeño académico.

El docente que desconoce las características del TDAH, puede caer en la desesperanza cuando descubre que el alumno no logra ajustarse a los programas establecidos y que su esfuerzo se ve poco compensado con los resultados que se obtienen. Además, la relación con los padres se hace hostil y no logran encontrar una respuesta adecuada para la solución del conflicto.

Del mismo modo se puede caer el grave riesgo del “etiquetamiento” lo cual excluye al niño del resto del grupo, afecta su rendimiento académico y perturba su autoestima.

Debemos precisar que en ningún momento y por ningún motivo, el docente puede dar un diagnóstico, pues no forma parte de sus competencias profesionales por tanto no está facultado para esta tarea y no es su función.

No obstante, el papel que juega el docente en la detección, es pieza importante, ya que es en los ambientes estructurados, en situaciones en las que debe conducirse según reglas establecidas y realizar algún esfuerzo cognitivo donde se presentan más claramente los síntomas del niño con TDAH (DSM IV-TR, 2002). Una vez que los profesionales (paidopsiquiatras, neurólogo) han dictaminado el diagnóstico, el psicólogo, junto con la escuela y el hogar, deben trabajar de manera conjunta (tratamiento multimodal) para que el niño adquiera conocimientos y habilidades encaminados a un proceso terapéutico exitoso.

La presente tesina se ha planteado como objetivo desarrollar los medios documentales e instruccionales en el tema, para ser un instrumento que colabore en la formación permanente del docente, ya que un educador preparado, tiene mayores posibilidades de saber qué y cómo trabajar con estos alumnos, favoreciendo su relación e integración y que, partiendo de las potencialidades del alumno, logre su realización integral.

El contenido del presente trabajo consta de dos partes; los capítulos I y II que forman parte del marco teórico de la tesina e integran la revisión bibliográfica del TDAH y del desarrollo del niño en la etapa intermedia. Por último se hace una propuesta de taller para docentes a nivel de educación primaria, para el manejo de la atención y conducta en el aula.

Este trabajo, aspira a beneficiar principalmente a los alumnos, pero sobre todo para aquellos que ya han sido diagnosticados con TDAH, quienes están a la espera de docentes preparados que les den su apoyo y su comprensión, que los acompañen en el camino para su autorrealización. Que les enseñen a descubrir el mundo bajo su misma mirada y que en medio de la turbulencia de su necesidad sean capaces de sacar lo mejor de sí mismos para integrarse al mundo que los rodea y sentirse parte de él.

## CAPITULO I

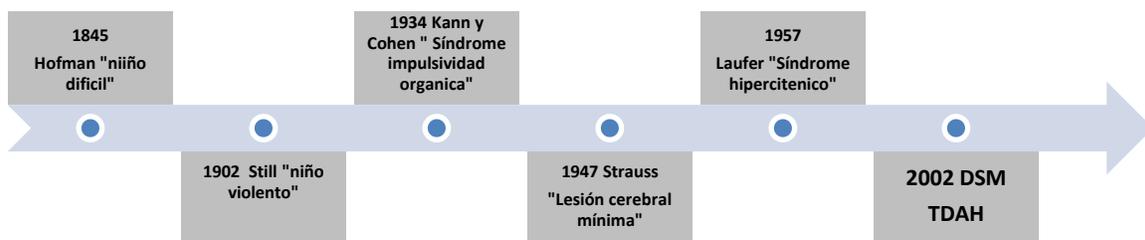
### TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

#### 1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

Los continuos avances en las investigaciones neurológicas y psiquiátricas hacen que las denominaciones del Trastorno por Déficit de Atención (TDAH) hayan sido muy diversas desde finales del siglo pasado hasta la actualidad. En el presente punto, hablaremos de manera general de los antecedentes históricos del TDAH, esto nos servirá de base para entender qué hay detrás del nombre que le damos a este síndrome y el porqué de los cambios nominales a través de la historia.

Mostramos una línea del tiempo (figura 1) con los acontecimientos más significativos de la historia del TDAH.

Figura 1. El TDAH a lo largo de la historia



La historia del síndrome está muy relacionada con los avances que la ciencia ha tenido sobre éste, por esta razón la historia y la etiología están íntimamente relacionados. Para conocer la génesis del trastorno es necesario conocer su trayecto histórico.

Al paso de la historia, el trastorno se ha abordado desde distintos enfoques. En Europa, donde se tienen registro de los primeros estudios, se vislumbran dos líneas de investigación, una que se basa en la tradición psiquiátrica psicodinámica por la psiquiatría francesa, entendiéndose como trastorno de personalidad y por otro lado la etiología orgánica en las escuelas anglosajonas de neuropediatría y psiquiatría biológica. Esta anotación es importante pues a partir de estas dos

vertientes gira el concepto que trata de explicar lo que hoy conocemos como Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Las primeras descripciones clínicas datan de 1845 con Hoffman, psiquiatra alemán, quien describe en unas viñetas para cuentos infantiles la conducta de “Zappel Philipp”. Este autor subraya la importancia de seria sobreactividad como síntoma de trastorno de niños difíciles (citado en Bauermeister y Matos, 1997).

Borneville en 1897 describe el “Niño inestable” que se caracteriza por su intranquilidad y destructividad, incapaz de controlar sus impulsos (citado en Rodríguez, 1995).

En 1902 Still, pediatra inglés, hace una descripción exacta del cuadro; “niños con temperamento violento, desenfrenados, revoltosos, perversos, destructivos, con ausencia de respuestas a los castigos, frecuentemente inquietos y molestos, con incapacidad para mantener la atención, fracaso escolar” (citado en Bauermeister 1997 y Rodríguez, 1995).

En 1934 Kann y Cohen acuñan el término “Síndrome de Impulsividad Orgánica” donde claramente deja ver la base fisiológica del trastorno. Estos autores señalan la disfunción troncoencefálica como origen de la labilidad emocional, hiperactividad, impulsividad, conducta antisocial (citado en Rodríguez, 1995).

Dentro de la vía organicista en 1947 Strauss junto con Werner y Bender intentan explicar la existencia de una etiología orgánica en la hipercinesia y recurren al concepto de lesión cerebral mínima (citado en Rodríguez, 1995).

Es a partir de la década de 1950 que el Trastorno por Déficit de Atención, comenzó a recibir nombres más relacionados con su sintomatología.

Pero en 1962 Clements y Peters (citados en Rodríguez, 1995) afirman que no tiene por qué existir un daño cerebral localizado, sino una alteración neuroquímica o neurofisiológica.

En 1957 Laufer, Denhoff y Solomons (citados en Rodríguez, 1995) introducen la denominación de Síndrome Hiperkinético o Trastorno del Impulso Hiperkinético.

La Organización Mundial de la Salud en la Clasificación Internacional de las Enfermedades<sup>1</sup> (CIE-8) incluye el Síndrome Hiperkinético de la Infancia. Por otro lado, el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales<sup>2</sup> (DSM II) incluye dentro de los trastornos de conducta de la infancia y la adolescencia la Reacción Hiperkinética de la Infancia.

En 1972 Douglas (citado en Rodríguez, 1995) establece un nuevo criterio de diagnóstico central: “el déficit atencional”, cuyo concepto es recogido por la siguiente revisión del CIE-9 (1978).

DSM III (1980) subraya más claramente el déficit atencional y el, hasta ahora conocido síndrome hiperkinético, se cataloga como “Trastorno Atencional”.

En 1987, en el DSM III-R, se estipulan los criterios diagnósticos para el “Déficit de Atención con hiperactividad” y en 1994, DSM IV, distingue dos tipos de TDA (Trastorno por Déficit de Atención) y otro conocido como TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad). En la actualidad el DSM IV-TR (2002), utiliza la denominación “Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad” (TDAH) y lo define como un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad más frecuente y grave que el observado de manera habitual en sujetos de un nivel de desarrollo similar.

---

<sup>1</sup> La **lista de códigos CIE** es la Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud y determina los códigos utilizados para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad. La CIE es publicada por la Organización Mundial de la Salud y actualmente va en su décima edición.

<sup>2</sup>“El **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales** (en inglés **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM**) de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (American Psychiatric Association) contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales”... “ La OMS recomienda el uso del Sistema Internacional denominado CIE-10 (véase la Clasificación Internacional de las Enfermedades), cuyo uso está generalizado en todo el mundo” ( <http://es.wikipedia.org/wiki/DSM-IV>).

En la tabla nº 1 se presentan las diferentes nomenclaturas que se le ha dado al TDAH a través de la historia.

**Tabla nº 1. Nombres relacionados con el TDAH (Jeselevich, 2003)**

Hoffmann (1845)		"Zappel Philipp"	
Bourneville (1847)		"Niño inestable"	
Still (1902)		"Defecto de control moral"	
Defic. Mental Tredgold (1908)	Est. Post-encefálico Hoffman	Est. Traumat: cerebral Streker y Ebaug	
Kahn Y Cohen(1934)		Sind. Impulsividad Orgánica	
Strauss (1947)		Lesión Cerebral Mínima.	
Gollnitz (1962)		Psicosíndrome orgánico	
Laufer y Colb. (1957)		Sind. Hiperquinético o Tras. Del impulso Hiperquinético.	
Clements y Peters (1962)		Disfunción Cerebral Mínima.	
DSM-II (1968)		Reacción Hiperkinética.	
CIE-9 (1978)		Síndrome Hiperkinético.	
DSM-III (1980)		Trast. Deficit Atencional c/s Hiperactividad.	
DSM-III R (1988)		Tras. Déficit de Atención Hiperactividad	
CIE-10 (1989)		Trast. Actividad y Atención Trast. Hiperkinético Disociar	
DSM-IV (1994)		Def. Atenc. / Trast. Hiper. Tipo combinado Tipo Inatento Tipo Hiperactivo- Impulsivo.	

## **1.2 EI TDAH EN MÉXICO.**

En México, la mayoría de los documentos con carácter oficial utilizan los criterios utilizados por el DSM IV-TR (2002) y CIE-10 (2003).

En la Ciudad de México en junio del 2007 se realizó el 1er Consenso Latinoamericano sobre TDAH. El resultado de este consenso es un documento que se basa en evidencia científica publicada en Latinoamérica y a nivel mundial e intenta representar la situación del TDAH desde su perspectiva diagnóstica hasta el impacto social generado por su evolución natural (Barragán, 2007).

En dicho Consenso se indica que el TDAH se caracteriza por la presencia de grados variables de inatención, hiperactividad e impulsividad que impacta en el desarrollo del aprendizaje y rendimiento escolar así como en los procesos adaptativos del individuo a su medio ambiente. Su origen es neuro-psiquiátrico y presenta formas de herencia complejas, que junto con múltiples factores ambientales, determina la forma como el trastorno se manifiesta en el individuo (Barragán, 2007).

Por otro lado en el año 2002, la Secretaria de Salud (SSA) por medio del Consejo Nacional contra las Adicciones (CNCA) junto con los Servicios de Salud Mental (SERSAME), publicó el Programa Especifico de Trastorno por Déficit de Atención, dando respuesta a las demandas y necesidades de la población en torno a su salud integral y en este caso a la salud mental (Servicios de Salud Mental SERSAME, 2002).

Dicho programa considera el TDAH como uno de los problemas de salud mental más comunes y es la causa de consulta más frecuente en los servicios de salud mental (SERSAME, 2002).

Este programa se basa en los criterios de la cuarta edición del Manual de Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), que señala el TDAH como un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad. Tiene una

base fisiológica de orígenes hereditarios, neuroquímicos y medioambientales (SERSAME, 2002)

### **1.3 CONCEPTUALIZACIÓN**

Como hemos visto anteriormente el concepto del TDAH ha cambiando a lo largo de la historia. Hoy en día, los dos enfoques, orgánico y psicológico, se complementan y dan una dimensión real del trastorno. Para poder comprender el trastorno es necesario tener claro los conceptos que lo componen. A continuación definimos cada uno de los términos para su mayor comprensión.

- **Inatención**

Déficit de atención o inatención se refiere al hecho de que los periodos en los que puede mantenerse la atención tienen una duración insuficiente, esto significa incapacidad de concentración y perseverar en tareas específicas lo cual impide al niño realizar actividades académicas o sociales efectivas (Van Wielink, 2004).

De acuerdo con el DSM-IV-TR, (2002) los niños con TDAH no prestan la atención suficiente a los detalles, pueden cometer errores por descuido en la tarea escolar. Sus trabajos suelen estar sucios y descuidados. Aparentan tener la mente en otro lado y no escuchar lo que se le dice. Los niños diagnosticados no son capaces de terminar una tarea cuando ya pasan a otra y a otra. No siguen instrucciones. Las tareas que requieren de un esfuerzo mental sostenido suelen experimentarlas como molestas y desagradables, se debe tener en cuenta que este rechazo es debido principalmente a deficiencias del niño y no a una actitud negativa, aunque en un segundo plano si pudiera existir cierta actitud. En el plano escolar, los niños pierden o tienen desorganizado su material para realizar una tarea, además cualquier ruido los distrae de una tarea.

- **Hiperactividad**

También conocida por la hipercinesia (o hiperkinesis), es la actividad psicomotora exagerada, es decir, pensamientos y actividad física ocurren a una velocidad que consideramos aumentada para la edad del sujeto (Van- Wielink 2004).

De acuerdo con las características descritas por el DSM-IV-TR (2002) el niño en edad escolar que padece TDAH es excesivamente inquieto, se la pasa retorciéndose en su asiento o no puede permanecer sentado. También existen excesos en correr o saltar en momentos inadecuados. A su vez presentan gran dificultad en dedicarse de manera tranquila a actividades de ocio o esparcimiento, presentan una característica especial de aparentar “estar en marcha” o como si trajeran un “motor por dentro”, también hablan en exceso. Constantemente están trasladando objetos de un lado a otro, mueven sus pies o piernas excesivamente. Se levantan de la mesa cuando están a la hora de las comidas, o viendo la televisión o haciendo tarea.

- **Impulsividad**

Del mismo modo, siguiendo los criterios del DSM-IV-TR (2002) la impulsividad puede manifestarse por impaciencia, responden antes de que la pregunta haya sido completada. Les cuesta trabajo esperar su turno, frecuentemente tienen problemas con otros niños por interferir o interrumpir. Es típico que hagan comentarios fuera de lugar, no atienden normas e inician conversaciones en momentos inadecuados. Se entremeten en asuntos ajenos, toman objetos que no son de ellos, llaman la atención a través de conductas que pueden resultar graciosas para sujetos de su misma edad. A todo esto la impulsividad puede dar lugar a accidentes o poner en riesgo su salud realizando actividades peligrosas.

## 1.4 EPIDEMIOLOGÍA

Para conocer la magnitud de un problema de salud mental, es necesario conocer la prevalencia de este. En el siguiente punto analizaremos la situación actual en materia de salud pública sobre el TDAH a nivel mundial y en nuestro país.

Desde el punto de vista de la medicina, el TDAH es un problema de salud pública a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>3</sup> (Citado en SERSAME, 2002), afecta entre un 5% y un 10% de la población infanto-juvenil. Representa entre el 20% y el 40% de las consultas en los servicios de psiquiatría infanto-juvenil.

Esta disfunción neurológica fue reconocida primero en la edad infantil. Sin embargo, en la medida en que fue mejor comprendida, se reconoció su carácter crónico, ya que persiste y se manifiesta más allá de la adolescencia. Los estudios de seguimiento a largo plazo han demostrado que entre el 60% y el 75% de los niños con TDAH continúa presentando los síntomas hasta la vida adulta (SERSAME, 2002).

La Secretaría de Salud (SSA) en México ha sido sensible a la importancia del problema a nivel mundial y basado en estos datos ha implementado un programa de atención específico para el TDAH en el país. Este, es una respuesta a las demandas que la población tiene sobre esta situación y están enfocados a organizar, desarrollar y dar seguimiento a diversas acciones de promoción, prevención y atención a nivel nacional (SERSAME, 2002).

---

<sup>3</sup> La OMS es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales. En el siglo XXI, la salud es una responsabilidad compartida, que exige el acceso equitativo a la atención sanitaria y la defensa colectiva frente a amenazas transnacionales (<http://www.who.int/about/es/>).

La SSA (SERSAME; 2002) ha tomado como término general la frecuencia del 5% que la OMS reporta de prevalencia a nivel mundial y partiendo de esta cifra deduce que; habiendo en México 33 millones de niños menores de 14 años estaríamos hablando de un millón y medio de niños<sup>4</sup>. Del mismo modo afirma que, la demanda de servicios pueden ayudarnos a entender la dimensión del problema, por ejemplo, la Dirección General de Servicios de Salud Mental ha publicado que en sus Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM) uno de cada tres niños consultados lo hacen por TDA y en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan Narro N. 38” constituye la primera causa de solicitud de atención en la consulta externa. En el Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) constituye una causa constante de solicitud de atención. (SERSAME, 2006).

En el caso de la frecuencia del síndrome en los sexos. Según Biedermen, López, Boellner y Chandler (citados en Rickel y Ronald, 2008), el trastorno ocurre aún con más frecuencia en varones que en mujeres, va de 2:1. Pero de acuerdo con Barkley (2002) algunos estudios muestran que existe un incremento significativo de TDAH en mujeres. Otros autores como Van-Wielink (2004) afirma que dependiendo de la población estudiada podemos encontrar variaciones de hasta 10:1 de casos en clínicas especializadas y de 3:1 en estudios a poblaciones.

Aunque los síntomas del TDAH van cambiando con el paso del tiempo, Cuando se pasa de la niñez a la adolescencia y luego a la edad adulta, la hiperactividad puede disminuir, sin embargo las dificultades con el déficit de atención aún persisten (Rickel 2008).

---

<sup>4</sup> La SSA, no señala en este documento que se haya realizado, a nivel nacional, alguna investigación que precise de manera más exacta, la cantidad de niños con este síndrome en nuestro país, sólo se considera la cifra que marca la OMS y con base a esta deduce el problema en nuestro país. No obstante que el problema está presente en las aulas no podemos precisar la frecuencia con la que se presenta.

## **1.5 ETIOLOGÍA**

Numerosas teorías se han propuesto como causa de este síndrome, en un principio se creía que se trataba de un daño cerebral, pero en la mayoría de los niños con TDAH no se encuentra daño cerebral. En el presente punto haremos mención de las diferentes teorías que se han propuesto para explicar el síndrome.

### **1.5.1 Factores hereditarios:**

El 80% de los casos de TDAH tiene una base hereditaria (Papalia 2001).

Distintos autores apoyan la transmisión genética de padres con síntomas de TDAH a sus hijos en comparación con los que no lo tuvieron. Esta línea se ha interesado en el estudio psicopatológico de los padres de estos niños, encontrándose mayor proporción en el trastorno de personalidad antisocial y alcoholismo en los padres y trastorno de personalidad histérica en las madres de niños con TDAH en comparación con grupos controles (Rodríguez, 1995).

### **1.5.2 Factores Neurofisiológicos**

Una de las estructuras cerebrales que desempeñan un papel fundamental en la atención es el lóbulo frontal. En diferentes investigaciones se ha encontrado que existe una disminución en el flujo sanguíneo y en el metabolismo de esta área. Esta disminución en la activación frontal podría ser una explicación para la dificultad de sostener la atención y la deficiencia de para regular la conducta, al disminuir la inhibición que el lóbulo frontal normalmente ejerce sobre el sistema límbico (Joselevich, 2003).

Por otro lado el sistema dopaminérgico puede estar involucrado en las causas de este trastorno, ya que el metilfenidato una de las medicaciones más efectivas en el tratamiento de los síntomas del TDAH actúa potenciando la acción de la dopamina al inhibir su recaptación<sup>5</sup> (Joselevich, 2003).

---

<sup>5</sup> Los neurotransmisores son sustancias que llevan información de neurona en neurona; los tres principales son la noradrenalina, la dopamina y la serotonina. La mayoría de las neuronas frontales utilizan la dopamina

### 1.5.3 Factores ambientales

Aunque muchos han sido los factores ambientales (tanto biológicos como psicosociales) relacionados con TDAH, hasta la fecha ninguno (ni ninguna combinación de ellos) se ha demostrado como causa necesaria y/o suficiente para la manifestación del trastorno.

Dentro de los factores biológicos destacan los eventos durante la gestación y pre-perinatales, tales como el consumo materno de tabaco, alcohol, drogas y otros problemas del embarazo, mala salud materna, menor edad de la madre, edad fetal postmadura, parto prolongado, diestrés fetal, bajo peso al nacer, hemorragias preparto, etc. Los estudios a este respecto, no obstante, distan mucho de ser concluyentes, salvo a la hora de presentar una serie de factores predisponentes a una mayor vulnerabilidad general, no específica para el TDAH (Rodríguez, 1995).

### 1.6 DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico de TDAH es bastante complejo y debe basarse en la evaluación clínica que solo puede hacer un experto en el reconocimiento y tratamiento del mismo, ya sea el neuropediatra o psiquiatra. La evaluación se obtendrá tanto de la observación de la conducta del niño, como de la información obtenida de padres, colegio, y otras personas que tengan relación directa con el niño.

El DSM-IV-TR (2002) define el TDAH de una forma amplia y requiere para el diagnóstico la presencia de síntomas de inatención (al menos seis síntomas) o de hiperactividad/impulsividad (al menos seis síntomas). Los síntomas deben estar presentes antes de los 7 años en al menos dos ambientes de la vida del niño, y durar como mínimo seis meses.

---

y por este motivo se le llaman neuronas dopaminérgicas. Cumplen un rol importante en el nivel *arousal* (activación), en la motivación y en la atención.

Los criterios de diagnóstico que define el DSM-IV-TR (2002) son:

A.1. Seis o más de los siguientes síntomas de desatención que hayan persistido durante por lo menos seis meses en grado no adaptativo e inconsistente con el nivel madurativo.

- **Inatención:**

- a) Muchas veces no presta atención con detalle o comete errores, es descuidado en su tarea escolar, trabajo u otras actividades.
- b) Muchas veces tiene dificultad para sostener su atención en tareas y juegos.
- c) Muchas veces parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d) Muchas veces no cumple con las consignas y deja incompletas las tareas escolares u obligaciones del trabajo o la casa (sin que se deba a una conducta oposicionista o a la falta de comprensión de las consignas).
- e) Muchas veces tiene dificultad para organizar sus tareas o actividades.
- f) Muchas veces evita, rechaza o le desagradan actividades que requieren esfuerzo mental sostenido (como tarea escolar o los deberes).
- g) Muchas veces pierde cosas necesarias para sus tareas o actividades (juguetes, deberes, útiles escolares, libros).
- h) Muchas veces se distrae frente a estímulos ajenos a sus tareas.
- i) Muchas veces se olvida de sus tareas diarias.

A.2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad que hayan persistido durante por los menos seis meses en un grado no adaptativo e inconsistente con el nivel madurativo.

- **Hiperactividad**

- a) Muchas veces es inquieto con sus manos y pies cuando debe permanecer sentado.
- b) Muchas veces no puede permanecer sentado en clase o en situaciones donde se espera que lo haga.
- c) Muchas veces corre o trepa en forma descontrolada, en situaciones inapropiadas (en adolescentes o adultos esto puede limitarse a una sensación objetiva de inquietud).
- d) Muchas veces tiene dificultad para jugar de manera callada.
- e) Muchas veces está en actividad constante, como si estuviera impulsado por un motor.
- f) Muchas veces habla en forma excesiva.
- g) Muchas veces responde sin que haya concluido la pregunta.
- h) Muchas veces tiene dificultad para esperar su turno.
- i) Muchas veces interrumpe las actividades o el discurso de los otros.

Otras condiciones que destaca el DSM-IV-TR (2002) son:

- Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención estaban presentes antes de los 7 años.
- Los síntomas se manifiestan en distintas situaciones y lugares (por ejemplo en el colegio o el trabajo, y en la casa).
- Existe evidencia clara de impedimento clínicamente significativo a nivel social, académico u ocupacional.
- Los síntomas no ocurren exclusivamente durante el curso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro desorden

psicótico, y tampoco pueden ser explicados por otro desorden mental (desorden afectivo, desordenes por ansiedad, desorden disociativo, o trastorno de la personalidad).

## **1.7 TIPOS Y NIVELES**

Existen dos clasificaciones psiquiátricas a nivel internacional las cuales son la CIE 10 y el DSM IV.

Por un lado para el CIE 10 (1989), el TDAH está ubicado en el apartado de trastornos hipercinético, clasificado bajo cuatro categorías.

1. Trastorno de la actividad y de la atención, subdividido en Trastorno de déficit de atención y Síndrome de déficit de atención con hiperactividad.
2. Trastorno hipercinético disocial.
3. Otros trastornos hipercinético.
4. Trastorno hipercinético sin especificación.

El DSM IV-TR (2002) utiliza la denominación Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y distingue tres subtipos de trastorno en relación al predominio de síntomas.

1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo predominio Hiperactivo impulsivo, en el que predomina la dificultad de autocontrol.
2. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo predominio déficit de atención, en el que predomina la dificultad de atención.
3. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo combinado, que presenta síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad.

- **NIVELES**

Existen tres niveles en el TDAH que a continuación describimos:

- **Leve.**

El grado de TDAH es leve cuando el comportamiento del niño interfiere en menor medida en alguna de las esferas, ya sea académica, social o personal. En este grado no se requiere ni debe suministrarse medicamento. La reeducación psicomotriz incluye trabajo psicoterapéutico como elemento esencial donde ya no se centra la mirada en el cuerpo en movimiento, sino en un sujeto con un cuerpo en movimiento (Muñiz, 2007). Como indica el DSM-IV-TR (2002) son pocos o ninguno de los comportamientos que exuden de los requeridos para establecer el diagnóstico causando otros daños relativamente pequeños. (p.ej., mentir, hacer gestos, etc.).

- **Moderado.**

En este grado, todas sus actitudes van a interferir en su desarrollo; será evidente su clasificación, así como la manera en que obstaculiza cuando menos dos de las 3 esferas pertenecientes a la vida del educando. El grado moderado requiere de especialistas como psicólogos y pedagogos, ya que invariablemente presenta problemas de aprendizaje (Muñiz, 2007).

De acuerdo con el DSM-IV-TR (2002), el número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre “leve” y “grave” (p. ej., Robo sin enfrentamiento, vandalismo etc.).

- **Grave.**

En este caso, sus actitudes interferirán severamente en las 3 esferas. Por ello, es indispensable el suministro de medicamento, toda vez que estaremos dotando al sistema nervioso central de las sustancias de las que carece y, con ello, favoreciendo el resultado de las terapias. En el caso de preescolares y escolares es fundamental contar con un neuropediatra o paidopsiquiatra, además de la

terapia de reeducación psicomotriz y del psicólogo (en caso de que así lo recomiende el médico neuropediatra) (Muñiz, 2007). De acuerdo con el DSM-IV-TR (2002), a este grado hay muchos problemas de comportamiento que exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico, o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otras personas (p. ej., robo con violencia, crueldad física, violación, etc.)

## 1.8 TRASTORNOS COMÓRBIDOS

El TDAH está asociado con otros desordenes que afectan diversas facetas de la vida del individuo. Se le llama comorbilidad cuando dos o más padecimientos típicos del TDAH se presentan en un mismo sujeto.

Existen estudios que indican que tan solo el 10% de los pacientes tiene TDAH “puro”, lo cual ha originado que muchos especialistas duden de la existencia del TDAH “puro”. En general se acepta que además de los síntomas típicos del TDAH se presentan desordenes asociados a la conducta en 40 a 70% y trastornos de aprendizaje en un promedio de 20 a 25% (Van-Wielink, 2004).

De acuerdo con la SSA (SERSAME; 2002) los trastornos comórbidos pueden volverse preponderantes e incluso opacar los originales y estima la prevalencia de los trastornos comórbidos de la siguiente forma:

**Tabla n° 2. Trastornos comórbidos, (SERSAME, 2002).**

Trastornos comórbidos	Prevalencia estimada en niños con TDAH
Trastorno oposicionista desafiante	30 – 40 %
Trastornos de conducta	30 – 50 %
Depresión	10 – 40 %
Ansiedad	25%
Trastornos de aprendizaje	10 – 30%
Trastorno bipolar	11%

### **1.8.1 Trastornos de conducta.**

Prácticamente la mitad de los niños con TDA satisfacen los criterios necesarios para el Trastornos de Conducta (TC), ya sea Trastorno Opositorista Desafiante (TOD) o Trastorno Disocial (TD). Estas personas con TDA-TC presentan un subtipo familiar bien definido, tienen más parientes con enfermedades mentales (SERSAME, 2002).

### **1.8.2 Trastorno opositorista desafiante (TOD)**

El trastorno de oposición desafiante (TOD) es un problema de conducta, periódico y se manifiesta durante el desarrollo, se puede identificar por niveles inadecuados de comportamiento negativo, provocador, retador, desobediente y hostil ante la figura de autoridad (DSM IV-R, 2002).

Las rabietas, la necedad, desobediencia, desafío de las reglas de manera tenaz, agresión verbal o física son algunas de las características de este trastorno. Estas conductas están frecuentemente asociadas a sentimiento de baja autoestima, fragilidad emocional y baja tolerancia a la frustración. Como consecuencia de esto existe deterioro de la relación afectiva y de autoridad entre los niños y quienes están a cargo de ellos (Van-Wielink, 2004).

Del 54% al 67% de los niños con TDAH presentan algún grado de TOD, además de que ambos trastornos presentan síntomas en común que están relacionados entre sí (Van-Wielink, 2004).

En el TDAH existe dificultad en el desempeño de las funciones ejecutivas, como sucede con la memoria inmediata, teniendo dificultad para guardar información de manera eficaz, la consecuencia de esto puede ser la dificultad de recordar la consecuencias de sus actos pasados para anticipar el castigo, se corre el riesgo de confundir esto con una actitud opositorista, por tal motivo es preciso tener muy en claro que es el TOD para evitar confusiones (Van-Wielink, 2004).

### **1.8.3 Trastornos de Ansiedad**

De todos los trastornos de ansiedad, los que se han mostrado más prevalentes en el TDAH son la ansiedad de separación, el trastorno de angustia, el trastorno obsesivo-compulsivo y la ansiedad generalizada.

En todo niño con TDAH debe ser contemplada la posibilidad de que sufra un grado de ansiedad. La ansiedad que presentan los niños con TDAH reviste una serie de características semiológicas específicas. Vemos que manifiestan una preocupación particularmente excesiva por el fracaso y anticipaciones ansiosas por los acontecimientos futuros. Son niños que necesitan ser tranquilizados, más miedosos y suelen sufrir alteraciones psicósomáticas de forma frecuente (cefaleas, molestias abdominales etc.). En definitiva son niños más desconfiados y sensibles en las relaciones personales y familiares (Díaz, 2006).

En un estudio realizado por Schachar y cols. en 1993, (citado por Díaz, 2006), descubre que las características diferenciales entre aquellos niños con TDAH sin comorbilidad ansiosa y aquellos que la padecen, nos encontramos que, estos últimos, presentan un mayor número de acontecimientos vitales, más baja autoestima y peor rendimiento escolar y social. Por otro lado descubrieron también que; en cuanto al funcionamiento cognitivo, los que presentan la comorbilidad suelen tener una mayor alteración en la memoria de trabajo, aunque un mejor rendimiento en los tiempos de reacción.

El trastorno de ansiedad es un síntoma común en sujetos con TDAH, puede verse de un 25 a un 30% de los niños con TDA contra sólo el 5 al 15% de aquellos que no lo tienen. Ambos trastornos pueden ser hereditarios pero de manera independiente. La ignorancia y la falta de comprensión por parte de los adultos pueden ser causa determinante para la aparición de la ansiedad, ya que el niño con TDAH se da perfectamente cuenta de que “algo anda mal” lo cual influye negativamente en su autoestima y permanentemente se sienten nerviosos, angustiados e inseguros en su forma de actuar y de la imagen o concepto que los demás tienen de él. Por tal motivo es importante en el proceso de diagnóstico

considerar la opinión de los niños puesto que su apreciación es más precisa que si se toma en cuenta únicamente la opinión de los padres (Van-Wielink 2004).

#### **1.8.4 Depresión**

La frecuencia con que se presenta esta alteración como una comorbilidad del TDAH varía de manera muy significativa, así como en algunos estudios puede ser del 3% en otros puede alcanzar hasta el 75% pero en la mayoría de los estudios la sitúan es del 25%, esto puede deberse a la dificultad de su diagnóstico, dadas las circunstancias sociales y educativas que rodean a los niños con TDA (SERSAME, 2006).

Dentro de la depresión existe un padecimiento llamado depresión bipolar en los que se alternan periodos de gran agitación (manía) con periodos de depresión, los niños con signos evidentes de TDAH con depresión bipolar deben tener atención altamente especializada pues tienen limitaciones psicológicas severas y altos índices de agresión. Un dato que contribuye es la presencia de depresión en otros miembros de la familia (Van-Wielink, 2004).

#### **1.8.5 Trastornos de Aprendizaje (TA)**

Los trastornos de aprendizaje (TA) son los más comunes por los que se envía a los niños al psicólogo, médico o terapeuta. Los métodos que se aplican para identificarlos son muy variados. Hay que considerar que en algunos casos el TA puede ser consecuencia del TDA puesto que un historial de inatención puede considerar una disminución de los logros alcanzados.

#### **1.8.6 Trastornos del lenguaje**

Este trastorno puede incluir problemas de pronunciación, expresión, comprensión, afasias adquiridas entre otros.

El lenguaje permite al sujeto analizar de forma fácil y rápida los pensamientos, ya sean propios o de otros, esto facilita la consolidación y actualización de diversas habilidades que aparecen en la infancia temprana. El lenguaje es fundamental

para el manejo de las emociones, puesto que al asignar un nombre propio a nuestros sentimientos –como odio, amor, enojo, etc.- podemos identificarlos, categorizarlos y comunicarlos. Esto nos permite a su vez analizar nuestro entorno emocional, y responder con nuestras mejores habilidades a cada caso en particular (Van-Wielink, 2004).

Cuando existe un problema de lenguaje, por lo regular son más comunes los problemas de conducta, ya que es primordial para la emergencia de habilidades relacionadas con la autorregulación y modulación del afecto, que al mismo tiempo están relacionadas con otras destrezas cognitivas (Van-Wielink, 2004).

Con el lenguaje interno y externo, les permite a los niños hablarse a sí mismos, entender claramente las órdenes y las ideas que se le transmiten y someterlas a un análisis. Es por esto que pueden tener una retroalimentación sobre las estrategias adecuadas de comportamiento que seleccionan de su memoria, permitiendo un aumento de la compilación de la misma (v.g. que hacer o que no hacer). La capacidad de pensar por medio de un lenguaje nos posibilita a reflexionar sobre las acciones pasadas, presentes y futuras, de tal manera que nos anticipamos a los resultados de nuestras posibles acciones y seleccionamos las más adecuadas (Van-Wielink, 2004).

En los niños con TDAH se ha observado que este paso de internalización tiene un proceso inicial más lento que el resto de los niños, por este motivo los niños dependen durante más tiempo de estos razonamientos autodirigidos. Este retraso en la internalización del habla resultaría en un empobrecimiento del control y planteamiento del comportamiento (Joselevich 2003).

## **1.9 TRATAMIENTO**

Debido a que el niño con TDAH presenta múltiples dificultades en el campo social, emocional y académico el tratamiento es complejo y debe ser planeado para cada caso en particular, del mismo modo debe ser un tratamiento multimodal, es decir la conjunción entre, terapia médica, psicosocial y educativa (Ruiz, 2007).

Para que el tratamiento pueda ser efectivo es preciso el trabajo en equipo entre los profesionales, los padres y el colegio. Y aunque no es función del maestro hacer diagnóstico su opinión es fundamental para hacer la recomendación a los padres de familia para la consulta profesional.

Dado que el TDAH en la mayoría de los casos acompañará al sujeto durante toda su vida son necesarias diversos tratamientos en las diferentes etapas del ciclo de vida, de acuerdo a la madurez del individuo.

Algunos aspectos que se toman en cuenta antes de indicar el tratamiento son (Ruiz 2007):

- Que cumpla con el cuadro clínico enmarcado por el DSM IV-TR (2002) entre los que incluye de manera obligatoria: la edad infantil del inicio del síntoma, y cronicidad e intensidad suficiente de los síntomas para causar trastornos sociales, escolares o familiares.
- Registro mediante cuestionarios donde estén registrados la descripción de síntomas inapropiados para la edad y que afecten el desarrollo del niño en diferentes ambientes.
- Análisis integral de la problemática social que rodea al niño (expectativas familiares, antecedentes de psicopatología familiar, habilidades individuales, comorbilidad del problema, expectativas y exigencias escolares, etc.)
- Conocimiento y experiencia amplia del problema y sus tratamientos (en especial de la eficacia y riesgo de los fármacos) por parte del médico tratante.
- Familiares informados ampliamente de los beneficios de instaurar un tratamiento integral y de los riesgos de no aceptarlo.

Es muy importante tener en cuenta que el maestro tiene la obligación de conocer el estado médico del niño que está siendo tratado por TDAH ya que quizá pueda influir en las habilidades del aprendizaje y la conducta de los niños.

Aunque el médico tratante es el encargado de dar las indicaciones sobre los aspectos que deben incluir la terapia de manera general, una terapia integral deberá incluir: la intervención escolar, manejo social, el apoyo emocional y familiar, terapia de aprendizaje, el tratamiento médico, el apoyo de habilidades físicas y de coordinación y terapias especiales (Ruiz, 2007).

En México la Secretaría de Educación Pública (SEP) ha implementado en las escuelas oficiales grupos de apoyo de psicólogos y pedagogos que se trasladan a las escuelas para apoyar a niños TDAH y otras necesidades educativas diferentes. Del mismo modo se han implementado en escuelas grandes grupos paralelos de menos de 15 alumnos donde un pedagogo experimentado y un auxiliar brindan un programa que cumple con los requisitos básicos de la SEP. También existen los grupos de inserción; es un sistema frecuente en escuelas bilingües con sistema de ingreso restrictivo, donde el alumno identificado con TDAH, es inserto en un grupo normal, donde una maestra capacitada podrá manejarlo de manera sistemática. Los talleres de apoyo corresponden a grupos de niños que después de las actividades normales acuden para aclarar dudas o reforzar alguna materia de modo personalizado (citado en Ruiz, 2007).

### **1.9.1 Intervención farmacológica.**

No en todos los casos diagnosticados de TDAH implican necesariamente que tengan que ser medicados, pero la falta de medicación en el caso de que si se requiera hace que la terapia auxiliar fracase.

El especialista encargado de diagnosticar y prescribir medicamento debe ser el neuropediatra y generalmente, como primera opción, para el tratamiento de TDAH es la medicación estimulante, el más común es el metilfenidato (Ritalin ©), que actúa potenciando la acción de la dopamina, inhibiendo su receptación a nivel pre-simpático, lo cual produce activación del lóbulo frontal (región pre-frontal). Esta acción tiene un efecto normalizador sobre la conducta; controla la hiperactividad, reduce la impulsividad y focaliza la atención, reduce la agresión, mejora las relaciones interpersonales y disminuye la desobediencia, de esta forma la

medicación permite educar al niño ayudando a que adquiriera habilidades y evita las complicaciones emocionales que implica el estar fracasando continuamente mejorando su seguridad y la imagen que tiene de sí mismo (Joselevich, 2003).

Los efectos colaterales son pocos y normalmente desaparecen a las pocas semanas, los más frecuentes son el insomnio, disminución del apetito, pérdida de peso, irritación y dolor abdominal.

### **1.9.2 Psicoterapia**

La psicoterapia puede ser útil para las personas que tienen TDAH y además aquellas que poseen otros síntomas psicológicos como la depresión y agresión que pueden no responder a medicación estimulante.

La psicoterapia también abordara aspectos propios de la persona como la autoestima y la auto-eficacia. Debido a que las personas afectadas con TDAH frecuentemente internaliza los mensajes negativos, la intervención psicológica puede ayudar a descubrir y corregir los juicios equivocados y los efectos que ocasiona en el concepto de sí mismo.

La terapia cognitiva ayuda a reducir los pensamientos negativos y las emociones autodestructivas que la acompañan, aunque no reduce las discapacidades cognitivas asociadas (Rickel, 2008).

La terapia cognitivo-conductual implica enseñar a los niños estrategias de auto-instrucción y de resolución de problemas, además de auto-monitoreo y auto-refuerzo. Se enseña al niño una serie de instrucciones auto-dirigidas que deben seguir cuando realizan una tarea. Estas instrucciones incluyen definir y comprender la tarea o el problema, planificar una estrategia general para aproximarse al problema, enfocar la atención en la tarea, seleccionar una respuesta o solución, y evaluar el desempeño (Chian, 2006).

### **1.9.3 Tratamiento Conductual.**

Los niños de entre cuatro y siete años de edad manifiestan de manera habitual dificultad para relacionarse correctamente, interrumpiendo la conversación de los adultos, discutiendo sobre su comportamiento y forma como debe mantener su disciplina. Para estos casos se ha diseñado cursos de entrenamientos de habilidades sociales donde refuerzan en la práctica la forma del comportamiento esperada y facilitan su inclusión en grupos sociales (Ruiz, 2007).

Pueden existir también grupos de niños impositivo y violentos en este caso será necesaria una técnica de modificación de la conducta, con el fin de proporcionar a la familia una herramienta práctica para limitar las conductas indeseables (Ruiz, 2007).

La terapia conductual implica el entrenamiento de los padres para el adecuado manejo del niño con TDAH y ayudarlo para que adquiera las habilidades necesarias para una mejor auto-regulación de su conducta.

El entrenamiento paterno conductual ha demostrado ser uno de los más eficaces en el plano de la psicopatología infantil muy en especial para niños con problemas de agresividad y de conducta (Rickel, 2008).

Estas técnicas de modificación de conducta implican la aplicación circunstancial del reforzamiento (por ejemplo, elogios, privilegios o fichas) o del castigo (por ejemplo, pérdida de atención positiva, de privilegios de fichas o refuerzo) como consecuencia de las conductas adecuadas o inadecuadas respectivamente. La característica de las consecuencias deben ser proporcionadas en forma consistente, inmediatas, frecuentes, externalizadas y destacadas. (Chian, 2006).

Según Barkley (2002), los tratamientos que resultan más útiles son aquellos que se dan en el momento del desempeño y donde ocurre la conducta que se desea. Los tratamientos aplicados por padres y profesores en ambientes naturales, en los espacios y tiempos en los que se realiza la conducta son más efectivos.

En lo que se refiera a la intervención escolar, existe una gran variedad de técnicas que se pueden usar para el manejo conductual en el aula. Estas técnicas abordan directamente los síntomas asociados con el TDAH así como las discapacidades funcionales como por ejemplo; romper las reglas del aula, presentar conducta perjudicial, desobedecer al maestro y dificultad para relacionarse con los compañeros de clase (Rickel, 2008).

En la tabla nº 2 mencionamos algunas de las técnicas conductuales más usadas en el aula.

**Tabla nº 3. Técnicas conductuales (Rickel, 2008).**

Técnica	Descripción	Ejemplo
<b>Refuerzo positivo</b>	Dar permisos o privilegios dependiendo del rendimiento de los niños.	El niño completa una tarea y se le permite jugar video juegos
<b>Tiempo Fuera</b>	Se quita el acceso al refuerzo positivo contingente por la realización de una conducta no deseada o un problema	El niño le falta al respeto a un compañero y se le pide que salga del salón 5 minutos.
<b>Costo de respuesta</b>	Retirar los permisos o privilegios contingentes por la realización de una conducta no deseada o un problema	El niño pierde su privilegio de esparcimiento por no terminar a tiempo una tarea
<b>Bono económico</b>	El niño gana permisos contingentes y privilegios contingentes por la realización de una conducta deseada. Este	El niño se gana un "estrella" por completar tareas y pierde estrella por moverse de su asiento. El niño cambia

	tipo de refuerzo positivo puede combinarse con el costo de respuesta donde el niño puede perder privilegios debido a una conducta no deseada.	las estrellas el fin de la semana por un premio.
--	---	--

#### **1.9.4 Terapias psicopedagógica.**

Los niños con TDAH son beneficiados grandemente con las terapias psicopedagógicas ya que estas les ayudan a realizar sus tareas con limpieza, los actualiza en sus conocimientos de lectura, escritura y cálculo además de crear planes de trabajo que los apoye a estructurar su aprendizaje. Este tipo de labor la lleva a cabo terapeutas de la comunicación humana, pedagogos y psicólogos. Por desgracia este tipo de apoyo no está al alcance de todos, ya sea por el costo o por la falta de personal realmente capacitado.

#### **1.10 LOS ALUMNOS CON TDAH DESDE UNA PERSPECTIVA INCLUSIVA.**

Durante la etapa escolar los niños pasan gran parte de su tiempo en la escuela. Por lo regular es en la escuela donde se detectan diferencias de comportamiento o rendimiento académico significativo.

Gutiérrez y Prados (2004), describen que en la escuela el TDAH se caracteriza, por una deficiencia por mantener la atención y dificultad para controlar el comportamiento y el propio cuerpo, asociada a una falta de control sobre los impulsos, que trae como consecuencia conductas inapropiadas con relación a la dificultad para seguir las instrucciones en clase y para estudiar de forma regular que se manifiesta en actitudes y comportamientos tales como:

- Levantarse del asiento constantemente o moverse sin parar cuando están sentados.
- Hablar fuera de turno y tararear canciones sin darse cuenta o cuando los demás están en silencio.
- Empezar tareas o exámenes sin leer las instrucciones detenidamente.
- Sus compañeros dicen de ellos que no comparten las cosas con los demás o que cogen objetos que no son suyos.
- Manifestar gran impaciencia si tienen que esperar un turno en el recreo o en el comedor.
- Reaccionar con impulsividad y a veces de forma violenta si algún compañero les molesta.
- Tener una baja tolerancia a la frustración por lo cual las tareas difíciles suelen abandonarlas y cambiar de actividad.
- Distraerse fácilmente ante las explicaciones largas del profesor o si tienen que estudiar o hacer un ejercicio que no sea breve.

Los docentes, afrontan esta realidad en el aula de diferentes formas y métodos ya sea que se hayan aprendido en su formación inicial (Normal, universitaria, etc.) o en su formación permanente (cursos, talleres, lectura personal), no obstante, en muchas ocasiones estas estrategias no son las más adecuadas para alumnos con TDAH.

Además de las características propias del niño; la oferta curricular, la gestión escolar, las estrategias de aprendizaje que se utilizan en el aula y las expectativas de los profesores, entre otros, son factores que pueden favorecer o dificultar el desarrollo y aprendizaje de los alumnos y su participación en el proceso educativo. (Booth, 2000 y Papalia, 2001).

Para los alumnos con TDAH o, cualquier otra necesidad educativa especial, el ambiente escolar puede resultar desfavorable para alcanzar el éxito académico, ya que se enfrentan ante la falta de recursos pedagógicos específicos para afrontar su problemática.

En un estudio realizado por la Universidad de Baja California a docentes de escuelas oficiales a nivel primaria de toda la República, se descubrió que los profesores no reciben en su preparación inicial elementos para manejar a niños con TDAH y que solo un 21.5% busca actualizarse en esta materia. Esta carencia puede traer consigo discriminación y dificultades en el salón de clase que va en detrimento de una educación de calidad para alumnos con esta dificultad (Huerta, 2010).

Estos alumnos sufren diversas formas de violencia<sup>6</sup> y discriminación<sup>7</sup>. Se les excluye del grupo y se les suele “etiquetar” bajo diferentes títulos como; “niños indisciplinados” o “niños con problema de aprendizaje” etc. sin interesarse siquiera en saber cuál puede ser el origen del “problema”. Las consecuencias de esto pueden traer consigo daños psicológicos y de adaptación social irreversibles para la persona.

Es importante subrayar que el artículo 7 de los Derechos Internacionales de los Niños<sup>8</sup>, promulgado por la ONU en 1959, dice que: ...”Se les dará una educación que favorezca su cultura general y les permita, en condiciones de igualdad, la

---

<sup>6</sup> En un colegio de paga de la ciudad de México se dio el caso de un alumno que era medicado a causa del TDAH, al llegar la hora de su dosis la enfermera se dirigió al salón de clase y pidió al docente que permitiera salir al alumno, al percatarse del motivo de su llamado, el profesor, frente al niño, comentó a la enfermera que si era posible darle doble dosis para ver si así se tranquilizaba. Este ejemplo es uno de tantos que viven a diario los niños con TDAH y que, pese a la sutileza de la “broma”, son una forma de violencia a los niños (experiencia del autor).

<sup>7</sup> El Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) define la discriminación como una práctica usual que radica en dar un trato desfavorable o de desprecio inmerecido a determinada persona o grupo. Esto puede traer consecuencias negativas para la persona y tiene que ver con la pérdida de derechos y desigualdad para acceder a ellos, lo cual, puede llevar al aislamiento a vivir violencia e incluso perder la vida.

CONAPRED, es un órgano de Estado creado por la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, aprobada el 29 de abril de 2003, y publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 11 de Junio del mismo año. El Consejo es la institución rectora para promover políticas y medidas tendientes a contribuir al desarrollo cultural y social y avanzar en la inclusión social y garantizar el derecho a la igualdad, que es el primero de los derechos fundamentales en la Constitución Federal (<http://www.conapred.org.mx>).

<sup>8</sup> Esta declaración fue aprobada el 20 de noviembre de 1959, por la Asamblea General de la ONU y está disponible en. <http://www.cndh.org.mx/estatales/tabasco/derninos.htm>

oportunidad de desarrollar sus aptitudes, su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social y llegar a ser un miembro útil para la sociedad...”

También en el artículo 10 del documento anteriormente citado se establece: ...”El niño debe ser protegido contra las prácticas que pueden fomentar la discriminación de cualquier índole. Debe ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, paz y amistad”... (Ídem).

Por otra parte en México la Ley para la protección de los niños, niñas y adolescentes publicada en el año 2000<sup>9</sup> indica en el Artículo 32 que “Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a una educación que respete su dignidad y les prepare para la vida en un espíritu de comprensión, paz y tolerancia en los términos del artículo 3o. de la Constitución. Las leyes promoverán las medidas necesarias para que: Se les proporcione la atención educativa que por su edad, madurez y circunstancias especiales requirieran para su pleno desarrollo”.

Pero en las escuelas, estos derechos esenciales para la vida de los niños no siempre son respetados, esto sucede cuando no se toma en cuenta que no todos los niños aprenden de la misma manera y que cada niño lo hace a su ritmo, a su nivel y a sus capacidades.

En nuestro país y en gran parte de América Latina persisten desigualdades educativas en función de los distintos estratos socioeconómicos, culturas y características individuales del alumnado, como consecuencia del modelo homogeneizador de los sistemas educativos (Booth, 2000).

La escuela tiene, por tanto, un papel fundamental para evitar que las diferencias de cualquier tipo se conviertan en desigualdades educativas y por esa vía en desigualdades sociales, produciéndose un círculo vicioso difícil de romper.

---

<sup>9</sup> Ley publicada en el Diario oficial de la federación el 29 de mayo del 2000 y está disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/185.pdf>

Una educación inclusiva<sup>10</sup>, pone el acento en el derecho que todos los niños y niñas tienen en recibir, de acuerdo a sus necesidades, una educación de calidad. Por tal motivo una escuela que da atención a la diversidad dentro de un contexto inclusivo, debe disponer de medios personales, técnicos y didácticos para ayudarlos a mejorar como estudiantes (Lagares, 2009).

La inclusión educativa, no tiene que ver sólo con el acceso de los alumnos y alumnas con necesidades educativas diferentes a las escuelas comunes, sino con eliminar o minimizar las barreras que limitan el aprendizaje y la participación de todo el alumnado, valorar la diversidad, fomentar la autoestima, trabajar en el respeto mutuo y alentar el sentido de pertenencia a un grupo. (Booth, 2000, Lagares, 2009).

De acuerdo con Booth (2000), el proceso para lograr una escuela inclusiva requiere:

- Tener en cuenta los puntos de vista del equipo docente, los miembros del Consejo Escolar, el alumnado, las familias y otros miembros de la comunidad.
- Animar al docente a compartir y construir nuevas propuestas educativas sobre la base de sus conocimientos previos acerca de aquello que limita o dificulta el aprendizaje y la participación en su escuela.

En este contexto de inclusión educativa, Lagares (2009) propone diferentes puntos que hay que tomar en cuenta para poder apoyar a un niño con TDAH en su realización académica.

---

<sup>10</sup> “Los términos **inclusión o educación inclusiva**, se concibe como un conjunto de procesos orientados a eliminar o minimizar las barreras que limitan el aprendizaje y la participación de todo el alumnado. Las barreras, al igual que los recursos para reducirlas, se pueden encontrar en todos los elementos y estructuras del sistema. Dentro de las escuelas, en la comunidad, y en las políticas locales y nacionales. La inclusión, está ligada a cualquier tipo de discriminación y exclusión, en el entendido de que hay muchos estudiantes que no tienen igualdad de oportunidades educativas ni reciben una educación adecuada a sus necesidades y características personales...” (Booth, 2000).

1. Asesorarse sobre las características e intervención ante la sintomatología básica del TDAH, esto con el fin de entender que le pasa, que piensa y que necesidades tiene un alumno con TDAH.
2. Disponer de medios personales, técnicos y didácticos para ayudarlos mejor como estudiantes.
3. Apoyarse en la familia del alumno.
4. Colaborar con los profesionales de la salud mental.
5. Centrarse en las soluciones y no en los problemas.
6. En el papel del docente es fundamental mantener una relación de afecto, atención y guía.

Lagares (2009) indica que para que esta intervención sea realmente eficaz se requiere de la participación de todos los niveles de una institución:

- A nivel administrativo que se encarga de proporcionar los medios materiales y humanos para la atención de los alumnos.
- A nivel institucional, que deben tener en cuenta las necesidades educativas de los alumnos con TDAH desde la elaboración del plan educativo.
- A nivel aula, atender a un alumno con TDAH, dentro de la diversidad de su grupo, no significa únicamente prestarle ayuda de manera individual en las necesidades educativas que presenta, sino, además, *intervenir a nivel de aula*, de la cual él forma parte.

En este último nivel es importante destacar que pese a la prevalencia que existe en niños con TDAH, en un grupo suelen ser minoría, por tal motivo en el aula se debe tener en cuenta que se tiene que trabajar con ellos pero también con el resto del grupo.

Buscar la integración de alumnos con necesidades diferentes de aprendizaje dentro de un grupo regular, es un reto para el docente donde se deben de poner en práctica estrategias que los ayuden a ellos y al mismo tiempo a todos. El aula

se convierte así en un campo heterogéneo donde cada uno aprende a su nivel y sus circunstancias particulares pero al mismo tiempo forman parte de un todo.

En resumen, la escuela puede ser un ambiente propicio para el desarrollo académico, pero también para impulsar la realización personal de los alumnos con TDAH, ya que en ella pasan gran parte del tiempo. Pero esto requiere de toda una organización y actitud que involucre a todos los que colaboran en la educación de los alumnos. Y principalmente se requiere del compromiso de los docentes por actualizarse y adquirir las herramientas necesarias para atender a estos niños con necesidades educativas diferentes y alcancen el éxito escolar, pero sin descuidar la integración y participación en el grupo:

“El análisis de los términos “valor” y “educar” remiten a algo más fundamental: al significado de la vida humana en una sociedad determinada y a las prácticas organizadas para transmitir a las nuevas generaciones los instrumentos que les permitan conseguir una existencia feliz. Por ello, la educación no es un asunto trivial, ni puede centrarse sólo en los conocimientos que deben ser transmitidos, ni valen sólo buenos técnicos especializados para asegurar esos objetivos, sino que exige reflexionar sobre la existencia humana, sobre la sociedad, sobre las relaciones entre las personas y sobre los graves problemas que aparecen en ella: la desigualdad, la segregación, la falta de recursos, el abandono, la violencia, el desinterés de las familias o el desánimo de los profesores” (Marchesi, 2011).

## **1.11 EXPOSICIÓN DE DOS CASOS**

Para concluir el presente capítulo expondremos dos casos concretos de alumnos con TDAH con el fin de ejemplificar lo que hasta ahora se ha expuesto y posteriormente pondremos ejemplos de las características que presentará un alumno con TDAH en el salón de clase.

## Caso 1.

“Luis es un niño de 7 años, sus padres están muy preocupados. Dicen que tienen que repetirle las ordenes muchas veces, porque parece que no escucha. En la mesa durante las comidas, no se está quieto, se mueve en la silla, se levanta o juega con los cubiertos. Tiene muchas dificultades para escuchar a los demás y esperar que acaben lo que están diciendo; les interrumpe, dice lo que se le ocurre y cambia rápidamente el tema. Va a los sitios corriendo –más que andando- , se sube arriba de los muebles y «no se está quieto ni en la cama» comenta su madre.

Los profesores dicen que es un niño inquieto, que no puede permanecer sentado mientras trabaja, que hace continuos viajes al bote de basura, habla con sus compañeros y los interrumpe. Sus cuadernos están tan poco cuidados, las tareas sin cuidar e iluminadas con dibujos y garabatos. Su rendimiento académico es bajo y no ha adquirido las habilidades escolares propias de curso” (Mena, 2006).

## Caso 2.

“Ana es una niña de 9 años que está en tercero de primaria. Según su profesor de segundo curso, Ana es una niña buena y amable, que se distraía durante las explicaciones en clase y parecía que estaba en las nubes. La adquisición de habilidades propias de su curso era lenta, comparada con los niños de su edad. Como iba progresando en el aprendizaje, aunque lentamente, y su comportamiento era bueno, el profesor y los padres decidieron esperar y seguir observando su evolución. Este curso, Ana no era capaz de seguir el ritmo del aprendizaje de sus compañeros. Su madre dice que «está siempre en las nubes» que es muy soñadora, que se distrae y parece que no atiende cuando habla con sus amigos, pero le cuesta mantener la amistad. El padre dice que «parece que se preocupa mucho» por su apariencia y por cómo se sienten los otros niños y niñas con ella” (Idem).

En los dos casos se muestra un comportamiento y conductas típicas de los niños con TDAH. El primer caso predomina la hiperactividad e impulsividad, en el segundo prevalece el déficit de atención.

Las características que se observaran en un niño con TDAH en el salón de clase en edad escolar será la dificultad para adquirir buenos hábitos tanto de higiene como académicos. Las tareas escolares estarán sucias y descuidadas, se levantará de la silla durante la clase, se balanceará continuamente, hará ruidos con la boca o contestara antes de que se le acabe de hacer una pregunta el ya habrá contestado precipitadamente. Tiene problemas para obedecer, se resisten a hacer deberes. Durante la clase se distraerá con cualquier cosa incluso con su pensamiento, interrumpiendo lo que está haciendo y hará comentarios inapropiados que generan conflicto. No trae el material necesario para trabajar ya sea porque los pierde o porque se le olvidan. Puede tener problemas de relación con lo compañeros, muestra fácilmente enojo y golpea o insulta. Aparentemente esto lo hace de manera intencional y busca pretextos poco creíbles.

En síntesis estas son algunas de las características que el alumno con TDAH presentará en el aula durante la clase.

El mejor tratamiento hasta ahora descubierto es aquel en el que intervienen los distintos profesionales y familiares de manera coordinada (multimodal), esto dará a los alumnos nuevas perspectivas en la vida del niño y en su futuro.

Por su parte, el docente comprometido tiene la obligación de contar con las habilidades adecuadas para saber manejar los problemas que se presenten dentro del aula, además de actualizarse constantemente, esto dará a los alumnos con TDAH y otros problemas de conducta, la posibilidad de tener un guía que los ayude a creer en sí mismos, mejorar su auto concepto y de encontrar en su problema una ventana de posibilidades que los ayude a superarse como personas, descubriendo su capacidades e integrarse al mundo que lo rodea de manera propositiva y creativa.

## RECAPITULACIÓN

En el presente capítulo se describió como a lo largo de la historia este trastorno a recibido distintas caracterizaciones e innumerables denominaciones, sin embargo hoy en día se han hecho esfuerzos por unificar criterios a nivel internacional principalmente por el DSM y por el CIE.

También se vio que desde el punto de vista médico el TDAH es un síndrome conductual con base neurobiológica y con un fuerte componente genético, es un trastorno con alto índice de prevalencia sobre todo en edad infantil y de acuerdo con la SSA (SERSAME, 2002) es uno de los motivos de consulta psiquiátrica infantil más comunes.

Se puede sintetizar, también desde un punto de vista médico, que las características de las personas que lo padecen, presentan distracción moderada o severa, periodos muy breves de atención, en algunas ocasiones inquietud motora excesiva, conductas impulsivas (DSM IV-TR, 2002).

Este síndrome aunque al principio fue reconocido en la edad infantil, hoy en día se reconoce su carácter crónico ya que puede persistir más allá de la adolescencia.

Por su parte, el tratamiento, aunque es principalmente farmacológico debe complementarse de manera multimodal, es decir, se requiere de la presencia de distintos profesionales que apoyen el desarrollo integral de la persona como pedagogos, psicólogos, maestros, sin dejar a un lado el papel que juega la familia para el tratamiento.

En el ámbito escolar los niños con TDAH se enfrentan a distintas dificultades que pueden afectar su buen desempeño académico y desarrollo afectivo y social. Es común “etiquetar” a estos alumnos con calificativos negativos y en muchas ocasiones son excluidos del grupo.

Los docentes se enfrentan con frecuencia a la difícil tarea de integrar a este tipo de alumnos al grupo regular y descubrir sus habilidades y cualidades. Esto exige preparación y constante actualización.

## **CAPITULO II**

### **EL DESARROLLO DEL NIÑO EN ETAPA ESCOLAR (de los 6 a 12 años).**

El TDAH es un trastorno que regularmente comienza a manifestarse de los 3 a los 7 años de edad. Es en la etapa escolar del niño con TDAH donde los síntomas son más plausibles por tratarse de ambientes estructurados y donde se exige mayor esfuerzo (DSM-IV-TR, 2002).

Por otro lado es importante conocer lo que se considera como regular en el desarrollo del niño en la etapa escolar. Esto puede servir de gran ayuda a la hora de tratar con un alumno con TDAH u otra necesidad educativa diferente y puede evitar juicios apresurados que llevan consigo confusión y malestar entre las distintas personas que se relacionan con los alumnos.

El estudio científico del desarrollo humano se encarga de describir los cambios que ocurren en las personas, así como las características que permanecen estables a lo largo de toda su vida. El avance científico juega un papel importante en estos descubrimientos (Papalia, 2001).

Para facilitar el estudio del desarrollo humano en la presente tesina hemos tomado la sistematización que propone Papalia (2001) en su estudio, el cual ha dividido el desarrollo de la persona en distintas etapas; prenatal, niñez, adolescencia y adulta, En el caso de niñez, que es la etapa que nos compete en esta tesis se subdivide en; los primeros tres años, niñez temprana y niñez intermedia.

Es preciso considerar que cuando hablamos de las características generales del desarrollo en la niñez intermedia, estos, son el resultado de estudios científicos, que dan como efecto una definición, sin embargo se tiene que respetar la individualidad. Cada ser humano es distinto uno de otro, por tal motivo su desarrollo también será distinto, estas diferencias entre individuos traen consigo otros factores que se tienen que considerar, como aspectos culturales, sociales etc. No obstante, estos estudios proporcionan un parámetro valioso para evaluar

el desarrollo regular del niño y pueden ser de gran ayuda para valorar el crecimiento de los individuos (Papalia, 2001).

El objetivo del presente capítulo es describir el desarrollo físico, cognitivo y psicosocial del niño en la etapa intermedia, para así tener la capacidad de reconocer lo que es propio de esta edad. También para saber distinguir entre aquello que es regular en el desarrollo y aquello que no lo es, sin perder de vista la individualidad.

## **2 NIÑEZ INTERMEDIA (de los 6 los 12 años)**

### **2.1 DESARROLLO FÍSICO**

En este punto se hará una descripción del desarrollo físico de la niñez intermedia tomando en cuenta el desarrollo de crecimiento y motor.

Las principales características del desarrollo físico a esta edad son: (Papalia, 2001):

- El crecimiento de la niñez intermedia es más lento.
- La altura del niño se incrementa de un 5 a un 6% por año y el peso aumenta en un 10% por año, sin embargo aunque los cambios son lentos la suma de estos se ve reflejada en la diferencia que existe entre un niño de 6 años y un niño de 10.
- Los niños pierden sus dientes de leche y comienzan a aparecer los dientes definitivos
- Las niñas comienzan un crecimiento repentino a tal grado de ser más grandes y pesadas que los niños. Muchas niñas comienzan a desarrollar entre los 9 y 10 años las características sexuales secundarias.
- Los niños de esta edad se vuelven más fuertes, más rápidos, hay un continuo perfeccionamiento de su coordinación. Para mantener su crecimiento y su actividad constante requieren de una alimentación sana con un aproximado de 2400 calorías diarias.

- En esta etapa los varones ponen a prueba sus capacidades físicas con otros alumnos, es algo normal que durante los recreos, en los primeros años del colegio los niños varones de esta edad jueguen rudo, es decir juego vigoroso que incluye luchas, patadas, revolcones, jalones, acompañadas de risas y gritos. Esta forma de relacionarse con sus compañeros es atribuido a cuestiones hormonales y de socialización.

En la tabla nº 4 se indica el desarrollo motor en la niñez intermedia de acuerdo a la edad.

**Tabla nº 4. Desarrollo motor en la niñez intermedia por edades (Papalia, 2001).**

Edad	Comportamientos seleccionados
6	Las niñas son superiores en cuanto a precisión del movimiento. Los niños dominan en los actos fuertes y menos complejos. Saltan cosas y lanzan objetos con movimientos adecuados.
7	Se hace posible el balanceo en un pie con los ojos cerrados Pueden caminar en barras de equilibrio de 5 cm de ancho Pueden saltar con precisión en cuadrados pequeños Pueden saltar con las piernas separadas y las manos tocándose la cabeza, retornando a la posición inicial de piernas juntas y brazos a los costados
8	Su puño posee una fuerza de presión de 5.5 kg Ambos sexos participan en gran número de juegos Pueden realizar saltos rítmicos alternos en un patrón 2-2, 2-3 ó 3-3 Las niñas pueden lanzar una pelota pequeña 12 metros de distancia
9	Los niños pueden correr 5 metros por segundo y pueden arrojar una pelota pequeña a 21 metros de distancia.
10	Pueden calcular e interceptar las pelotas pequeñas arrojadas en la distancia. Las niñas pueden correr 5 metros por segundo
11	Sin correr, los niños pueden saltar 1.5 metros y las niñas 1.35 metros

Como se puede observar en la tabla anterior existen pocas diferencias entre las habilidades motrices entre los niños y las niñas de esta edad, no obstante

conforme van avanzando a la pubertad estas diferencias se van haciendo cada vez más evidentes.

## **2.2 DESARROLLO COGNITIVO**

Para Bruner y Palacios (2004) el desarrollo intelectual del niño en esta etapa se caracteriza por una creciente independencia de los estímulos externos: una progresiva capacidad para comunicarse con el mundo mediante herramientas simbólicas y por una paulatina capacidad para atender a varios estímulos al mismo tiempo y a exigencias múltiples.

Lo más importante para el niño a esta edad es el aprendizaje, en cada experiencia aprende algo nuevo, este aprendizaje va forjando su conducta. La escuela forma parte importante para este desarrollo ya que el niño se adentrara al mundo, formará parte y aprenderá a convivir con él (Bruner, 2004).

### **2.2.1 Enfoque de Jean Piaget**

Para Piaget (citado en Bolton, 1978) el desarrollo psíquico se inicia al nacer y concluye en la edad adulta y es comparable al crecimiento orgánico que consiste en una marcha hacia el equilibrio de la persona. Lo compara a la construcción de un edificio que cada elemento que se le añade se hace mas solido.

De acuerdo con el enfoque de Piaget a los 7 años aproximadamente los niños entran en la etapa de operaciones concretas, se caracteriza por el uso activo y apropiado de la lógica, es decir, es cuando pueden utilizar las reflexiones mentales para solucionar problemas concretos (reales). En esta etapa los niños pueden tomar en cuenta diferentes ángulos de una misma situación aunque de manera limitada, esta es una habilidad conocida como descentración o deslocalización (citado en Feldman, 2007).

En la tabla n° 4 mostramos los avances en las capacidades cognitivas durante la niñez intermedia.

**Tabla n° 4. Avances de algunas capacidades cognitivas durante la niñez intermedia según Piaget (citado en Papalia, 2001).**

<b>Capacidad</b>	<b>Definición</b>
<b>Razonamiento espacial</b>	Los niños a esta edad, pueden comprender mejor las relaciones espaciales. Tienen una idea más clara de la distancia entre un lugar a otro.
<b>Causa y efecto</b>	Los niños comprenden la influencia que los atributos físicos de los objetos pueden ejercer sobre otros objetos y su resultado.
<b>Categorización</b>	<p><b>Seriación:</b> capacidad para organizar los objetos según una dimensión.</p> <p><b>Inferencia transitiva:</b> comprensión entre dos objetos conociendo la relación de cada uno de ellos con un tercero.</p> <p><b>Inclusión de clases:</b> comprensión de la relación entre un todo y sus partes.</p> <p><b>Razonamiento inductivo:</b> razonamiento lógico que avanza sobre las observaciones particulares a las universales.</p> <p><b>Razonamiento deductivo:</b> razonamiento lógico que parte de una premisa general respecto a una clase y llega a una conclusión sobre un miembro o miembros particulares de la misma.</p>
<b>Conservación</b>	Los niños pueden elaborar mentalmente sus respuestas, no precisan medir, pesar, o palpar los objetos y comprenden sus características físicas.

### **2.2.2 Atención y aprendizaje.**

Las teorías del procesamiento de la información se concentran en la forma como la gente presta atención a lo que sucede en su medio, codifica la información que debe aprender y la relación con los conocimientos que ya tiene, almacena la nueva información en la memoria y la recupera cuando la necesita (Schunk, 1997).

Desde el punto de vista del procesamiento de la información, el aprendizaje requiere de atención, percepción, codificación, almacenamiento y recuperación (Shuell citado en Schunk, 1997).

Por razones que competen al presente estudio dirigimos nuestra mirada a la atención, que se puede interpretar como el proceso mental del hombre, de seleccionar algunos de los muchos datos posibles que se presentan en la persona, ya que en todo momento, imágenes, sonidos, olores, sabores y sensaciones bombardean a las personas, que no pueden ni necesitan fijar su atención en todo. (Schunk, 1997).

En lo que se refiere al aprendizaje, la atención es un requisito indispensable. Ya que, al asimilar las letras, el niño debe reconocer las características distintivas de cada una de estas o para atender al maestro en lo que explica, el alumno debe escuchar su voz y aprender a ignorar otros sonidos, incluso, para adquirir habilidades lectoras de comprensión, debe fijarse en la palabra impresa y omitir colores tamaño de la hoja, forma etc. (Schunk, 1997).

Las diferencias en la habilidad de controlar la atención, están relacionadas con la edad, la hiperactividad, la inteligencia y los problemas de aprendizaje (Grabe citado en Schunk, 1997). El trastorno por déficit de atención está estrechamente asociado a los problemas de aprendizaje, pues el niño no puede desechar con eficacia los estímulos irrelevantes, con lo que sobrecargan su sistema de procesamiento y la tarea principal queda en medio de múltiples estímulos que rivalizan el conocimiento.

Un docente puede identificar a los alumnos atentos observando signos externos, como por ejemplo dónde están dirigiendo su mirada, la capacidad para comenzar a trabajar en el momento que se le indica, cómo escriben y lo que escriben, etc.

Schunk (1997) propone algunas estrategias para fomentar la atención de los estudiantes por medio de actividades en el aula (Tabla n° 5).

**Tabla N° 5. Sugerencias de Schunk (1997), para concentrar y mantener la atención el aula.**

Señales	Dar señales a los estudiantes al comienzo de la lección o cuando van a cambiar de actividades.
Movimiento	Moverse mientras se presenta el material a toda la clase. Circular por el aula en tanto que los estudiantes trabajan en su sitio.
Variedad	Usar diferentes materiales y auxiliares didácticos. Gesticular. No hablar con monotonía.
Interés	Presentar las lecciones con material estimulante. Gesticular. No hablar con monotonía.
Preguntas	Pedir a los estudiantes que expliquen un punto con sus propias palabras. Insistir en que son los responsables de su propio aprendizaje.

### **2.2.3 El niño en el colegio:**

Dado que la educación es progresiva, las bases que se establecen en el primer año son de gran importancia. Los patrones de comportamiento en el salón de clase parecen establecerse en el primer grado, este año crucial ofrece una “ventana de oportunidades” para que padres y profesores ayuden al niño a formar buenos hábitos de aprendizaje (Papalia, 2001).

Existen diferentes influencias ambientales que ayudan al buen desempeño de la vida escolar de un niño (Papalia 2001):

- La familia: los padres influyen en el aprendizaje de los niños al ser partícipes de su educación, motivarlos para los logros y transmitirles actitudes hacia el aprendizaje.
- La condición económica de la familia puede influir en el desempeño académico no por sí misma sino por los efectos que provoca entre los

miembros de la familia (por ejemplo; en una familia donde los dos progenitores tienen que trabajar, no es posible atender a las necesidades del niño en cuanto apoyo de tareas). Los niños que crecen en un ambiente familiar estable y positivo, cuyas madres participan en la educación de sus hijos, por lo general desempeñan una mayor autorregulación y tienen un mejor desempeño escolar.

- Expectativas de los profesores: los conceptos y expectativas de un profesor hacia los estudiantes puede tener una influencia positiva, especialmente en aquellos que tienen logros insuficientes.

#### **2.2.4 Niños con problemas de aprendizaje**

Los problemas de aprendizaje son desórdenes que pueden afectar la habilidad de una persona para adquirir, entender, organizar, almacenar o usar información oral y no oral. Estos desórdenes afectan el aprendizaje de individuos que tienen un nivel de inteligencia promedio o superior al promedio. Afectan tanto a niños como a adultos y con frecuencia a niños más que a niñas. Hay muchas razones por las que los niños no puedan ser capaces de aprender.

Los problemas de aprendizaje no incluyen el retraso mental, la falta de motivación, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, autismo, o problemas de audición, visión o emocionales.

En muchos casos se desconoce las causas que generan los problemas de aprendizaje, no obstante los expertos opinan que son el resultado de una anomalía en la estructura y funcionamiento del cerebro o del sistema nervioso central. Algunos de los agentes que pueden afectar estas anomalías son (Rahaman, 2006):

- Herencia o genética, pueden afectar a miembros de la familia.
- Problemas durante el embarazo o el parto, como por ejemplo: enfermedades o lesiones durante o antes del nacimiento, uso de drogas o alcohol durante el embarazo, parto prematuro o largo, carencia de oxígeno o bajo peso al nacer.

- Problemas después del nacimiento. Las lesiones en la cabeza, desnutrición, el envenenamiento por plomo y los maltratos infantiles.

Para poder dar un diagnóstico adecuado es necesaria la evaluación cuidadosa del colegio, y en ocasiones será necesaria la de un especialista del desarrollo. De esta manera el niño podrá obtener los servicios o asistencia que necesita para aprender y para conservar una buena autoestima.

Los problemas de aprendizaje varían en gravedad y pueden afectar a una o varias de las siguientes áreas (Rahman, 2006):

- **Lenguaje:** Dificultad en aprender el lenguaje oral (escuchar, hablar, entender); a leer (conocimiento de sonidos, reconocimiento de palabras, comprensión); el lenguaje escrito (deletrear, expresar ideas por escrito); y matemáticas (cálculo, solucionar problemas).
- **Motriz:** Dificultad en la manipulación de objetos pequeños, sentido pobre del equilibrio y del espacio de cada individuo, y torpeza brincando, corriendo o escalando.
- **Social:** Dificultad en su forma de relacionarse socialmente, cambios de humor repentinos y extremos, lloriqueos frecuentes.
- **Cognitiva:** Dificultad en entender el concepto de causa-efecto y otros conceptos básicos como tamaño, forma y colores, deficiente habilidad para organizarse.

La administración de los casos de niños con problemas de aprendizaje requiere un enfoque individualizado y multidisciplinario (educadores, psicólogos y médicos) para su diagnóstico y tratamiento (Rahman, 2006).

## **2.3 DESARROLLO SOCIO-AFECTIVO**

### **2.3.1 El autoconcepto**

El crecimiento cognitivo permite a los niños desarrollar conceptos más complejos sobre sí mismos y aumentar su comprensión y control emocional. Papalia (2001) define el autoconcepto de la siguiente manera:

“El auto concepto es la imagen que tenemos de nosotros mismos. Es lo que pensamos acerca de quiénes somos; la imagen general de nuestras capacidades y rasgos. Se trata de una ‘construcción cognitiva... un sistema de representaciones descriptivas y evolutivas respecto al yo’, la cual determina cómo nos sentimos con relación a nosotros mismos y orienta nuestras acciones” (Papalia, 2001: p. 281).

Existen distintas teorías del autoconcepto en la niñez media. Freud (Citado en Craig, 2009) lo describe como aquella que se forma en un periodo de *latencia*<sup>11</sup>, para él entre los 6 y 10 años es una etapa en la que permanecen latentes celos y problemas familiares (lo mismo que impulsos sexuales). De ser así esta energía emocional es utilizada en las relaciones interpersonales, actividades creativas y al aprender las funciones que establecen la cultura, la escuela, o la comunidad.

Le correspondió a Erikson ampliar sus ideas y formular una teoría más completa.

Erikson (citado en Craig, 2009), formuló una teoría más completa sobre esta etapa resaltando los factores psicosociales del desarrollo de la personalidad<sup>12</sup>. Este

---

<sup>11</sup> El **período de latencia**, concepto elaborado por Sigmund Freud, designa una etapa en el desarrollo libidinal del niño. El psicoanálisis plantea un desarrollo sexual en dos tiempos: un primer período desde el nacimiento hasta el llamado complejo de Edipo, y otro desde la pubertad a la madurez sexual. El período que media entre estas dos etapas es la llamada latencia. «Período comprendido entre la declinación de la sexualidad infantil (quinto o sexto año) y el comienzo de la pubertad, y que representa una etapa de detención en la evolución de la sexualidad. Durante él se observa, desde este punto de vista, una disminución de las actividades sexuales, la desexualización de las relaciones de objeto y de los sentimientos (especialmente el predominio de la ternura sobre los deseos sexuales) y la aparición de sentimientos como el pudor y el asco y de aspiraciones morales y estéticas. Según la teoría psicoanalítica, el período de latencia tiene su origen en la declinación del complejo de Edipo; corresponde a una intensificación de la represión (que provoca una amnesia que abarca los primeros años), una transformación de las catexis de objetos en identificaciones con los padres y un desarrollo de las sublimaciones».(Laplanche, Jean (1996). Diccionario de psicoanálisis. Barcelona: Paidós. pp. 209.

<sup>12</sup>Según Erickson, la personalidad se crea conforme la gente pasa por todas las etapas psicosociales. En cada etapa existe un conflicto que se debe enfrentar y resolver habiendo una manera positiva y una negativa para hacerlo. La solución positiva va a traer como resultado la salud mental, pero la negativa genera desadaptación. La resolución de cada conflicto depende en parte de un manejo exitoso de las anteriores, sin embargo la salud o la enfermedad psicológicas no son fijas, ya que las experiencias posteriores, buenas o malas, pueden eliminar los efectos de las anteriores (Craig, 2009).

autor formuló que el conflicto de *laboriosidad frente a inferioridad* constituye la parte esencial de la niñez media. Durante la educación formal los niños se concentran en adquirir nuevos conocimientos y habilidades. Canalizan su energía al aprendizaje y a la resolución de problemas. Cuando tienen éxito en la escuela incorporan a su autoimagen el sentido de laboriosidad, por el contrario cuando el niño no consigue el dominio académico empieza a sentirse inferior frente a sus compañeros.

La *teoría del aprendizaje social* ha aportado conocimientos en como aprenden los niños algunas conductas en la familia y en el grupo de compañeros. Durante la niñez media los compañeros cumplen cada vez más la función de modelos y refuerzan o castigan la conducta (Craig, 2009).

Otra aproximación es la planteada principalmente por Piaget y Lawrence (citados en Papalia, 2001) llamada *teoría del desarrollo cognitivo*. Estos autores han escrito mucho sobre el evolución del autoconcepto y la moralidad en el niño; ideas sobre la equidad y la justicia, el bien y el mal, lo correcto y lo incorrecto.

A medida que la persona va adquiriendo más capacidad cognitiva el autoconcepto es más claro.

Alrededor de los 7 u 8 años de edad aproximadamente, los niños alcanzan la tercera de las etapas del desarrollo del autoconcepto<sup>13</sup> de Piaget (citado en Papalia, 2001). En esta etapa poseen ahora la capacidad cognitiva para formar **sistemas de representación**: autoconceptos amplios e incluso que integran diferentes aspectos del yo. Se supera la autodefinición del yo del todo o nada y en sus autodescripciones pueden considerar más aspectos de sí mismos. Se puede equipar entre su *yo real* y su *yo ideal* y juzgar que tan a la altura de lo

---

<sup>13</sup> Etapas del desarrollo del autoconcepto según Piaget: primera etapa; **representaciones únicas** en la cual los niños se describen a sí mismos en términos de características independientes, individuales y de todo o nada. Los pensamientos pasan de un asunto a otro sin conexiones lógicas. Es incapacidad de considerar simultáneamente diferentes aspectos de sí mismos, no le es posible reconocer que su yo real, la persona que realmente es no es igual al yo ideal, aquella que le gustaría ser. Segunda etapa; relaciones **de representación** cuando comienza a asociar un aspecto de sí mismo con otro, son conexiones lógicas entre las partes de la imagen que tiene de sí mismo. Aun se expresa en términos completamente positivos de todo o nada. La tercera etapa son los **sistemas de representación** (Papalia, 2001).

estandarizado socialmente está en comparación con los demás. Estos cambios contribuyen al desarrollo de la autoestima y de la valoración de sí mismos.

### **2.3.2 La Autoestima**

Los niños no pueden articular un concepto de valor propio hasta los 8 años, pero a través de su comportamiento demuestran que lo poseen (Papalia, 2001).

La autoestima incorpora un elemento evaluativo. Es verse uno mismo con características positivas. Durante la etapa escolar la autoestima tiene una correlación significativa con el desempeño académico. Los niños que tienen éxito en la escuela muestran una mayor autoestima que los niños que no la tienen (Craig, 2009).

En la autoestima de los menores, el juicio que hacen con respecto a su propio valor no se basa en una estimación realista de las capacidades o rasgos de la personalidad, ellos suelen destacar más sus capacidades (Papalia, 2001).

Por otro lado la autoestima en los niños tiende a ser global “soy bueno” o “soy malo” (Papalia, 2001).

En la autoestima del niño influye profundamente el echo de que la familia, los compañeros y comunidad inmediata tengan una buena opinión de él (Craig, 2009).

Craig (2009) indica que la autoestima es un proceso circular, los niños que triunfan y están seguros de sus capacidades fortalecen su autoestima. Del mismo modo si existe fracaso debido a una baja autoestima esta baja aún más.

Para evitar propiciar emociones negativas hacia sí mismos los padres y profesores pueden brindar a los niños afirmaciones positivas, específicas y enfocadas, que los enseñen a entender dónde está su falla y buscar nuevas alternativas en lugar de criticarlos (por ejemplo, “Mira, la etiqueta de tu camisa quedo por fuera” en lugar de decir “¿Cuándo vas a aprender a vestirse solo?”) (Papalia, 2001).

### 2.3.3 Conocimiento y razonamiento social

Los niños de primaria deben adaptarse a las situaciones de amistad y autoridad, a los roles de género, así como a muchas reglas y normas sociales. Una forma de aprender a hacerlo es la socialización directa con los profesores: recompensar la conducta correcta y castigar la incorrecta. Otra forma puede ser por la observación de modelos, esto puede ayudarles a aprender entre lo que está bien y los que están mal (Craig, 2009).

Durante la niñez media y la adolescencia, la **cognición social**<sup>14</sup> se va convirtiendo en un factor cada vez más importante. Conforme el niño comienza a observar su entorno social va adquiriendo principios y reglas que lo gobiernan. Este conocimiento que el niño adquiere del mundo no se da de modo fragmentado, por el contrario, el niño trata de interpretar sus experiencias como un todo organizado (Craig, 2009).

Como indica Craig (2009), en la niñez media, los sujetos van mostrando un interés menos egocéntrico que toma en cuenta lo que piensan y sienten los demás. Un elemento importante a esta edad es el avance a la comprensión mentalista, los niños de 6 a 12 años son más sensibles a los motivos que subyacen las acciones lo que explica que las opiniones y los juicios tengan más importancia que la etapa anterior.

Existen tres componentes en la cognición social, el primero de ellos es la inferencia social, es decir, conjeturas y suposiciones sobre lo que las otras personas sienten o piensan. Aunque las inferencias no son complejas a los 6 años pueden deducir si los pensamientos de otras personas son o no iguales a los suyos, a los 8 años se da cuenta de que puede reflexionar sobre los pensamientos de otras personas. Para los 10 años infieren que otra persona está pensando (Craig, 2009).

---

<sup>14</sup> Cognición Social: Pensamiento, conocimiento y comprensión del mundo.

Un segundo componente de la cognición social es el conocimiento de la responsabilidad social, el niño poco a poco va adquiriendo conocimientos sobre las obligaciones de la amistad, el respeto a la autoridad y los conceptos de legalidad y justicia. Y por último, un tercer componente es la comprensión de las normas sociales, como las costumbres y las convencionalismos, inicialmente muchas costumbres se aprenden por imitación o mecánicamente y se aplican de manera rígida, pero conforme va creciendo el niño se vuelve más reflexivo en lo que respecta a las costumbres de su cultura (Craig, 2009).

### **2.3.4 El niño en el grupo de pares.**

Para los escolares el grupo de pares comienza a ser cada vez más importante ya que es en la relación con ellos donde descubren sus aptitudes y es con ellos con quienes va a medir su valor como persona, lo que le permitirá desarrollar su autoconcepto y su autoestima. La opinión que sus compañeros tengan sobre su persona va a tener gran peso sobre su imagen personal.

Las características principales de estos grupos de pares según Papalia (2001) son:

- Se componen por miembros del mismo sexo que poseen intereses comunes. Los grupos del mismo sexo ayudan a los niños a aprender los comportamientos propios de cada género y a incorporar a su auto concepto los papeles correspondientes a este.
- A medida que los niños se van apartando de la influencia de sus padres, el intercambio con los compañeros permite al niño poder confrontar sus opiniones, sentimientos y actitudes, ayudándole a examinar críticamente los valores que ha aceptado previamente como incuestionables de sus padres, y así ir decidiendo cuáles conservará y cuales descartará. Por otro lado, este mayor contacto con otros niños les da la oportunidad de aprender cómo ajustar sus necesidades y deseos a los de otras personas, cuándo ceder y cuándo permanecer firme.

- El aspecto negativo de esta relación entre pares, es que a esta edad los niños son muy susceptibles a la presión que el grupo tiene para que actúen de acuerdo a sus valores y normas. La relación con los pares contrapesa la influencia de los padres, abriendo nuevas perspectivas dando a los niños la posibilidad de juicios más independientes.
- El logro de relaciones positivas con pares y la aceptación por parte de ellos, no son sólo importantes socialmente para los niños sino también dan un pronóstico acerca de su ajuste social y escolar posterior. El aislamiento social, durante el periodo escolar es un indicador importante de desajuste o trastorno emocional.
- La popularidad tiene un lugar primordial en esta etapa. Gozan de popularidad aquellos niños con buenas habilidades cognitivas y sociales. Afectan la popularidad aquellas conductas derivadas de las relaciones familiares o los patrones culturales tales como las palabras altisonantes, agresividad, malos hábitos de higiene, etc.

## **2.4 DESARROLLO MORAL**

### **2.4.1 Enfoque de Jean Piaget**

En esta etapa comienza la aparición de la moral vinculada a la consideración del bienestar del otro, lo que puede ocurrir debido al desarrollo cognitivo que se produce en esta edad y que permite que el niño considere puntos de vista diferentes a los suyos, producto de la disminución del egocentrismo de etapas anteriores. Esto implica que el niño puede imaginar cómo piensa y siente otra persona.

Conforme los niños van creciendo aprenden a distinguir entre el bien y el mal. La madurez de un juicio moral supone algo más que un aprendizaje automático de reglas y convenciones sociales, exige tomar decisiones respecto a lo que está bien y lo que está mal.

Piaget (citado en Papalia, 2009), definió la moral como el respeto de un individuo por las reglas del orden social y como el sentido de la justicia, la cual consiste en interesarse por la reciprocidad e igualdad entre los individuos. El sentido moral del niño procede de su interacción entre sus estructuras nacientes de pensamiento y su experiencia social que crece gradualmente.

Para Piaget (citado en Criag, 2009) el sentido moral se desarrolla en dos etapas:

- **Primera etapa, realismo moral;** esta etapa se da entre los 5 y los 10 años. Los niños en esta edad tienden a considerar que las reglas son impuestas por figuras de autoridad poderosas, como podrían ser sus padres, dios o la policía. Piensan además que las normas son sagradas e inalterables, abordan cualquier asunto moral desde una perspectiva dicotómica de bien o mal, y creen en una justicia inminente, es decir, que piensan que cualquier mal acto, tarde o temprano será castigado. A esta edad los niños juzgan la moralidad de un acto a partir de las consecuencias, no es capaz de juzgar las intenciones.
- **Segunda etapa, relativismo moral;** A partir de los 10 años los niños ya se percatan de que las reglas son acuerdos arbitrarios que pueden ser impugnados y modificados con el consentimiento de las personas a las que rigen. Creen que las reglas pueden ser violadas para atender las necesidades humanas y tienen en cuenta la intencionalidad del actor más que las consecuencias del acto. Han aprendido que algunos crímenes pasan desapercibidos y no son castigados.

#### **2.4.2 Teoría de las seis etapas de Kohlberg**

Lawrance Kohlberg (citado en Papalia, 2001) amplió la teoría de las dos etapas de Piaget sobre el juicio moral a seis. En la tabla nº 5 mostramos como definió tres niveles generales del desarrollo moral: desarrollo moral preconvencional, convencional y post convencional. Cada nivel se subdivide a la vez en dos etapas.

**Tabla nº 5. Etapas del desarrollo moral (Papalia, 2001).**

<b>Moral preconvencional</b>	Etapa 1	Esta etapa fue definida por Kohlberg como la de "orientación hacia el castigo y la obediencia". En esta etapa la bondad o maldad de un acto depende de sus consecuencias
	Etapa 2	Esta etapa fue definida por Kohlberg como la de "hedonismo ingenuo". En esta etapa las personas siguen las reglas con fines egoístas. Se valoran los actos en función de las necesidades que satisface.
<b>Moral convencional</b>	Etapa 3	Definida por Kohlberg como la etapa de "orientación del niño bueno". En esta etapa los actos se valoran según complazcan, ayuden o sean aprobados por los demás. Se evalúa la intención del actor y se tiene en cuenta las circunstancias.
	Etapa 4	Esta es la etapa de la "preocupación y conciencia sociales". En ella se toma en consideración la voluntad de la sociedad reflejada en la ley: lo correcto es la obediencia a la norma, no por temor al castigo sino por la creencia de que la ley mantiene el orden social, por lo que no debe transgredirse a menos que haya un motivo que lo exija.
<b>Moral postconvencional</b>	Etapa 5	Se trata de la etapa de la "orientación del contrato social". Las personas piensan en términos racionales, valoran la voluntad de la mayoría y el bienestar de la sociedad. Las leyes que comprometen los derechos humanos o la dignidad son consideradas injustas y merecen desafío. Sin embargo, la obediencia a la ley se sigue considerando mejor para la sociedad a largo plazo.
	Etapa 6	La sexta etapa del desarrollo moral según Kohlberg es la de "moralidad de principios éticos universales". El individuo define el bien y el mal basado en principios éticos elegidos por él mismo, de su propia conciencia. Se basan en normas abstractas de justicia y respeto por todos los seres humanos que trascienden cualquier ley o contrato social. Se actúa de acuerdo a normas interiorizadas y se actuará mal si se va en contra de estos principios.

Existen varias críticas que se hacen a la teoría de Kohlberg. Se le ha señalado como absolutismo moral pues desdeña importantes diferencias culturales que determinan lo que se considera ético o no en una cultura. Otra crítica que se hace es que su investigación evalúa las actitudes morales y no las conductas éticas. (Criag, 2009).

#### **2.4.3 Planteamiento de Gilligan:**

Gilligan (Citado en Papalia, 2001), considera que Kohlberg no se plantea que el desarrollo moral se realiza de modo distinto entre el hombre y la mujer. Según Gilligan existe diferencia en la forma como los hombres y las mujeres emiten juicios. Para él existen dos tipos de razonamientos morales. Uno se basa fundamentalmente en el concepto de la justicia, el otro en las relaciones con los demás; el primero se ve más en los varones el segundo más en el pensamiento femenino. No obstante aclara que estas diferencias no son absolutas (Criag, 2009)

#### **2.4.4 Planteamiento de Eisenberg:**

Eisenberg (citada en Criag, 2009), cree que el error de Kohlberg está en hacer demasiado rígidas las etapas. Eisenberg considera que el desarrollo moral del niño es impredecible ni está determinado estrechamente. Existen muchos factores que interfieren en el juicio moral de los niños, desde las costumbres sociales de la cultura en que se crían hasta su estado de ánimo en determinado momento.

En lo que respecta a las diferencias de sexo Eisenberg también comprobó que las mujeres de 10 a 12 años emiten respuestas más empíricas y solidarias que los niños de la misma edad. Sin embargo este hallazgo puede considerarse a que las niñas maduran más rápido que los hombres (Criag, 2009).

## **2.7 Recapitulación:**

En este capítulo se ha presentado el marco de referencia que el docente debe tener presente al momento de identificar a un alumno con TDAH. Algunas conductas propias de la edad y sexo pueden confundirse con síntomas de TDAH y cuando no se está bien informado se pueden cometer imprudencias que afectan principalmente el desarrollo del niño.

Aunque el desarrollo físico de los niños es lento, es continuo y se va perfeccionando, en los varones principalmente nace un deseo de entrar en competencia con sus iguales, poniendo así a prueba sus capacidades, es entonces cuando se presentan juegos agresivos cargados de gritos y movimiento, pero más que tratarse de un problema de conducta es una cuestión hormonal y de socialización.

Otro aspecto central para entender los problemas de aprendizaje que tienen los niños con TDAH es su desarrollo cognitivo. Como ya se había mencionado anteriormente la teoría de Jean Piaget marca la etapa de las operaciones concretas como lo característico de esta edad. El uso apropiado de la lógica, tener la capacidad de ver la realidad de diferentes ángulos, el mejoramiento de sus juicios causa-efecto, el pensamiento inductivo, la atención selectiva son características propias a esta edad. Esta madurez, según Piaget se debe principalmente a una madurez neurológica y la adaptación del entorno. Para los alumnos con TDAH esta madurez requiere de una atención especial para alcanzar estos objetivos ya que, como se veía en el capítulo anterior, ellos poseen una seria dificultad en sus funciones adaptativas.

También se menciona en este capítulo algunos aspectos importantes que influyen en el buen desempeño académico de los niños y que hay que tomar en cuenta al momento de tratar con alumnos con necesidades educativas diferentes en el aula. Estos aspectos tienen que ver con el buen ambiente familiar, las condiciones económicas y la expectativa que el profesor tiene del alumno, para un alumno con TDAH estos aspectos pueden ser cruciales para su tratamiento.

Un docente que toma en cuenta todos estos aspectos de la vida del alumno, no solo será capaz de impartir conocimientos, sino de dar a los niños la posibilidad de descubrir en ellos mismos todas sus capacidades, se verá al alumno como una persona y no como un número, el niño será el primer beneficiado. Y finalmente su trabajo docente será gratificante.

## **Propuesta de Taller**

**” Manejo de la atención y la conducta  
en el aula”**

**Introducción:**

La siguiente propuesta de acciones, está dirigido a docentes que atienden a niños a nivel primaria cuya edad oscila entre los 6 y 12 años. Está presentada a modo de taller y es una recopilación de técnicas psicopedagógicas que ofrecerá un instrumento útil para el trabajo en el aula regular donde existen alumnos con necesidades educativas de atención y/o conducta.

Estas actividades tienen como objetivo mejorar la atención, la organización, y el orden. Además de dar la posibilidad al docente de tener una clase mas organizada que de mayores posibilidades a los alumnos de aprender y donde pueda desenvolverse con mayor plenitud en su trabajo profesional.

**Justificación:**

Desde el punto de vista de la medicina, el TDAH es uno de los problemas de salud mental que con más frecuencia se presenta en la población. Es un síndrome neurobiológico, caracterizado por la inatención, impulsividad e hiperactividad, síntomas que afectan el desarrollo y la calidad de vida de las personas que lo padecen, particularmente si este trastorno no es detectado o manejado a tiempo.

En México, el TDAH se ha incrementado considerablemente en los últimos años. De acuerdo a la Secretaria de Salud se cree que existe 1 millón 500 mil niños con TDAH. El Hospital Paidopsiquiátrico J. N. Navarro, informa que la primera causa de atención en la consulta externa es el TDAH y señala que el 6% de la totalidad de la población infantil padece este trastorno (SERSAME, 2002).

Aunque en cada caso particular, las estadísticas pueden variar, lo cierto es que en el día a día de las aulas, los profesores se enfrentan ante el reto de trabajar con alumnos que tienen problemas de atención, impulsividad, y/o actividad motora exagerada. Esta situación se convierte en un desafío para los docentes, ya que deben contar con las habilidades necesarias para atender a estos alumnos e incluirlos al resto del grupo.

Existen una gran variedad de técnicas de todo tipo que pueden ser de gran utilidad para el desempeño profesional del docente en el aula.

La experiencia nos indica que la falta de recursos didácticos en el aula trae consigo múltiples dificultades, por ejemplo; cuando un maestro tiene en su clase uno más alumnos con hiperactividad y no sabe cómo manejar la situación, este alumno puede distraer a todos los niños, puede romper con el ritmo normal de la clase, puede atrasar el contenido de la materia programada para ese día, además del desgaste mental y del estado de ánimo del educador.

También se corre el riesgo de creer que el docente, por el simple echo de serlo, ya cuenta con todos los conocimientos y técnicas necesarias para resolver las dificultades que presente su grupo, solo y sin ningún apoyo. El docente debe reconocer sus limitaciones y saber cuándo es necesario acudir a otra instancia especializada (psicología, pedagogía, etc) para que los apoye en el buen desempeño de su profesión.

Calificar a un alumno con algún tipo de trastorno, dando un juicio apresurado, sin ningún fundamento científico y basándose sólo en algunos rasgos de comportamiento y en una vaga idea del problema trae graves consecuencias, no solo para la relación entre maestros con el alumno, sino también con los padres de familia o incluso con la institución.

Cuando un alumno es excluido del grupo por alguna dificultad para aprender o cuando no es tomado en cuenta de manera equitativa por sus profesores y no es motivado ni atendido oportunamente, puede afectar todas las áreas de de su vida, crece con una imagen limitada de sus capacidades, su auto estima se ve deteriorada, y se le dificulta la posibilidad de alcanzar metas. Por tal motivo es de relevante importancia para el taller que quede claro que **los docentes que no son los indicados para dar un diagnóstico de ningún tipo de trastorno.**

Esta propuesta busca sensibilizar a los docentes en lo que un alumno con alguna dificultad para aprender, puede padecer mientras se encuentra en la escuela, ya que el profesor tiene la posibilidad de hacer que la experiencia escolar sea agradable y benéfica para un alumno o una experiencia de la cual nunca se quiera recordar.

La frecuencia con la que se enfrentan los docentes en las aulas con esta situación, y las necesidades de crear estrategias para la aplicación y la carencia de programas institucionales, son premisas que mueven la realización de esta propuesta.

Los alumnos con problemas de atención o hiperactividad, requieren del apoyo de sus profesores para poder lograr una buena integración y alcanzar el logro personal y académico que requieren para su vida, no son alumnos incapacitados o enfermos, son niños con cualidades y dotados de inteligencia como todos, pero que requieren de un trabajo y atención específica para mejorar ciertas áreas de su vida.

No obstante se presentarán alumnos que requieran de atención especializada fuera del aula y de los cuales deberán estar informados los docentes por la autoridad competente, como es el caso de los niños con algún nivel moderado o grave, de trastorno por déficit atención o hiperactividad (TDAH), Sin embargo las técnicas propuestas servirán de complemento al proceso terapéutico de los alumnos.

Las técnicas que son recopiladas y presentadas en el presente trabajo son, en su mayoría, conductuales. Se procuró que estas técnicas respondieran a las necesidades de alumnos con problemas de atención y/o hiperactividad, y que al mismo tiempo puedan ser usadas en beneficio de todos los alumnos de una clase, buscando crear en los alumnos habilidades de atención, orden, organización, identificación y manejo de sensaciones entre otras.

Se espera que la propuesta sea un instrumento útil para los psicólogos, pedagogos o encargados de la formación permanente de los profesores en los

colegios, ya que el taller dará la posibilidad de cubrir de manera clara y práctica esta área de su formación.

Servirá también a los profesores ya que se intenta que el desarrollo del taller sea vivencial, buscando un aprendizaje significativo y realmente útil. Es decir, cuando el profesor esté en el aula y se enfrente a una situación concreta de este tipo sabrá identificarla y como actuar. El docente tendrá la habilidad de dar una formación personalizada y permita la inclusión genuina de los alumnos a las actividades del grupo. Además, los beneficios de una clase más organizada y dinámica, donde se logren los objetivos establecidos, son invaluable.

Los mayores beneficiados de este taller serán los alumnos, ya que contarán con docentes preparados, que sepan como apoyarlos y conducirlos para alcanzar sus metas, que se sientan integrados y tomados en cuenta, que se sientan comprendidos y se descubran así mismos con sus capacidades y posibilidades.

Esta propuesta es la respuesta a una carencia experimentada en el campo de trabajo del autor, como coordinador de una primaria particular, donde nos enfrentamos con la necesidad de dar apoyo a los docentes para trabajar con alumnos con necesidades de aprendizaje diferentes, especialmente con características de TDAH, y que, no en pocas ocasiones, se descubre el impericia del educador, traducido en sentimientos de angustia, frustración y desesperación del docente.

**Objetivos:**

1. Los docentes conocerán las principales características de la inatención, la impulsividad y la actividad motora excesiva, dentro del salón de clase y el proceso de atención multidisciplinaria que requiere un alumno para descartar un problema de TDAH.
2. Conocerán técnicas conductuales aplicables en el aula para lograr una mejor integración, participación y aprendizaje de sus alumnos.

**Objetivos específicos:**

- Conocer lo que es la atención, la impulsividad y la actividad motora excesiva y su relación con el aprendizaje en el aula.
- Sensibilizar a los profesores sobre el problema de “etiquetar” a los alumnos con alguna necesidad especial.
- Identificar las características principales del TDAH y su proceso de diagnóstico y canalización.
- Analizar la utilidad de algunas técnicas conductuales para apoyar la atención y la conducta de los niños en el aula.

## Cronograma del taller:

Sesión	Objetivo específico	Contenido
1 La atención y el aprendizaje.	Informar a los docentes respecto a la atención, la impasividad y la actividad motora excesiva y su relación con el aprendizaje en el aula.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienvenida.</li> <li>• Cuestionario de diagnóstico</li> <li>• Exposición, de los procesos de aprendizaje características conductuales del niño regular en la escuela.</li> <li>• Qué es el TDAH y cuáles son sus características, procedimiento de diagnóstico y canalización.</li> </ul>
2 El problema de etiquetar:	Sensibilizar a los docentes sobre el problema de etiquetar a un alumno con necesidades educativas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilización</li> <li>• Depresión en niños.</li> <li>• Como aumentar la autoestima.</li> <li>• Inclusión educativa.</li> </ul>
3 Pautas generales para el trabajo en el aula.	Aplicar pautas generales para la intervención en el aula con niños con falta de atención, impulsividad y movilidad excesiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pautas generales de intervención en el aula.</li> <li>• Forma de entrevista con los padres</li> </ul>
4 y 5 Técnicas	Aplicar técnicas para el trabajo en el aula para mejorar la atención y la conducta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Objetivo de las técnicas</li> <li>• Técnica. de la tortuga.</li> <li>• Técnica. Conductuales.</li> <li>• Etc.</li> </ul>
6 Evaluación	Evaluar lo aprendido en el por los participantes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica de la clínica.</li> <li>• CIERRE.</li> </ul>

## **Participantes:**

El taller está planteado para presentarse en escuelas, particulares o privadas, sin importar el nivel socioeconómico o situación geográfica y cuyos directivos tengan interés por la formación continua de los docentes.

El taller está dirigido a docentes, de cualquier sexo y edad, que cuente con estudios mínimos de normal, licenciatura o equivalentes. Que trabajen con niños a nivel primaria, cuyas edades oscilen entre los 6 y 12 años.

Los docentes deberán contar con experiencia mínima de un año de trabajo en grupo y conocimientos generales de las diferentes tipos de corrientes psicopedagógicas que existen, además de los principios básicos de técnicas y dinámicas de grupo.

Para tener una mejor participación y sacar mejor provecho del taller, el número de participantes debe ser de 10 como mínimo y máximo 20.

La convocatoria se hará por medio de un tríptico donde se informará a los docentes del nombre y objetivo del taller, se motivará a la participación y se mencionaran los beneficios de tomarlo.

## **Materiales requeridos para el desempeño del taller.**

<b>Nombre</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>
Mesa bancos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Grandes</li></ul>	<b>10 a 20</b>
Pantalla proyectora	<ul style="list-style-type: none"><li>• De 2x2 metros</li></ul>	<b>1</b>
Computadora	<ul style="list-style-type: none"><li>• Con conexión para proyector</li><li>• Con salidas USB</li></ul>	<b>1</b>
Proyector	<ul style="list-style-type: none"><li>• indistinto</li></ul>	<b>1</b>
Hojas de rotafolio	<ul style="list-style-type: none"><li>• Blancas</li></ul>	<b>10 a 20</b>
Marcadores	<ul style="list-style-type: none"><li>• De punta gruesa</li><li>• Colores rojo, negro y azul</li></ul>	<b>5 c/color</b>
Reconocimientos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Elaborados por el facilitador</li></ul>	<b>10 a 20</b>

## **Capacitador.**

El capacitador del taller deberá tener el siguiente perfil.

- Tener licenciatura en educación primaria, pedagogo, o psicólogo educativo
- Tener conocimientos generales de psicología conductual.
- Tener experiencia y habilidades para la capacitación de docentes.

## **Escenario.**

Las características del ambiente físico deben ser lo suficientemente grande como para permitir una máxima base de experiencias y lo suficientemente reducido como para permitir una gran participación y un mínimo de intimidación. Conviene evitar cualquier distractor. Deben considerarse aspectos de iluminación, ventilación, y disponer de mesas para que los participantes puedan escribir.

El aula deberá contar con un área aproximada de 10 m<sup>2</sup> aprox. con ventilación necesaria, enchufes eléctricos trifásicos, una pared blanca o lugar para proyectar.

## **DURACIÓN DEL TALLER**

El taller consta de 6 sesiones con una duración de una hora cada una. La impartición del taller puede ser realizada de acuerdo a la disponibilidad de días y circunstancias del lugar.

## **EVALUACIÓN**

La evaluación consta de dos partes:

1. Se pide a los participantes que contesten un cuestionario diagnóstico antes de iniciar el taller, con el fin de ubicar sus conocimientos previos sobre el tema. Una vez terminado el taller se presentara el mismo cuestionario a los participantes para evaluar su conocimiento actualizado con base a lo vivido en el taller.

2. Con base a una dinámica de grupo de síntesis o cierre se pretenderá revisar los aprendizajes adquiridos.

El facilitador deberá comparar los dos cuestionarios y considerar si se ha cumplido con el objetivo o no.

## Desarrollo del Taller

### **Sesión 1: La atención y el aprendizaje**

**Objetivo: Explicar a los docentes que es la atención y su relación con el aprendizaje**

**Tiempo estimado: 60 min**

Actividad 1: Bienvenida

Encuadre:

De modo breve el facilitador se presenta y da a conocer el objetivo general y los temas que se impartirán en el presente taller. Preguntara a los participantes sus expectativas y lo que esperan del taller.

Para mejorar el ambiente del taller se habla de la importancia que tiene el tomarlo y se establecen reglas básicas (Cuadro n° 1).

Cuadro 1°: Reglas básicas para el taller.

#### **Reglamento del taller**

1. Disponibilidad para aprender lo que se exponga.
2. Disponibilidad para participar en todos los momentos.
3. Tener comunicación con el facilitador y los compañeros.
4. No guardar ninguna duda.
5. Absoluta confidencialidad en la participación que así lo requiera.
6. Apagar celulares
7. Llegar puntualmente al inicio de cada sesión
8. Comprometerse a poner en práctica lo aprendido para bien de los alumnos.
9. Seguirse actualizando en la materia.
10. Respeto a todos al facilitador y todos los participantes.

## **Activad 2: Cuestionario de diagnóstico**

Material: Cuestionario impreso y lápices para contestar

### **Procedimiento:**

Se entregará a los docentes un cuestionario. Dicho cuestionario contiene los puntos fundamentales que se desarrollarán durante el taller y se podrá saber sobre el conocimiento previo que los participantes tienen sobre el tema. Al terminar el taller se volverá a entregar el mismo cuestionario a los docentes quienes podrán verificar si su conocimiento sobre el tema se amplió y si se resolvieron dudas.

### **Cuadro 2° Cuestionario de diagnóstico.**

#### **Cuestionario diagnóstico:**

1. ¿Qué entiendes por atención e hiperactividad?
2. ¿Cómo se diagnostica?
3. ¿Qué dificultades puede haber en el aula cuando un alumno presenta problemas de atención y/o hiperactividad?
4. ¿Cuáles son las consecuencias que puede sufrir un alumno calificado con TDAH de manera errónea?
5. ¿El alumno con TDAH tiene cualidades positivas?
6. ¿Qué estrategias utilizar para trabajar con la atención y la conducta de los alumnos?

## **Actividad 3. Identificar que es la atención y su relación con el aprendizaje en el aula.**

Material: Computadora y proyector.

Procedimiento:

Exposición apoyada con diapositivas en presentación “power point” del los temas. Esta información se toma con base a la información planteada en el capítulo 1° del presente trabajo.

Temas a tratar:

- Los procesamientos del aprendizaje. La atención
- Características motoras del niño de 6 a 12 años.
- Características de un alumno con problemas de atención, impulsividad, y actividad motora excesiva, en el aula?
- Qué es TDAH y cuál es su proceso de diagnóstico y canalización.

#### **Actividad 4: Técnica, “La noticia”**

Materiales: Hojas y lápices, paleógrafo o pizarra

Procedimiento:

El Objetivo de la técnica es sintetizar, elaborar y redactar conclusiones del tema anteriormente visto. Después de haber desarrollado el tema, en forma individual o grupal; el facilitador pide a los participantes que elaboren un informe en formato de una “noticia” de periódico. Cada participante elegirá al azar el tema a desarrollar, no importa si hay temas que se repitan.

Plenario:

En un papelógrafo el facilitador va pegando la noticia de cada participante a modo de representar un periódico, luego se leen los registros.

Al finalizar, el facilitador cierra la técnica precisando puntos que hayan quedado poco claros si es necesario.

**Sesión 2: ¿Por qué es importante no etiquetar a los niños con alguna necesidad educativa diferente?**

**Objetivo: Analizar las características de un niño con TDAH y las consecuencias de calificativo erróneo.**

**Tiempo aproximado: 60 min.**

Actividad 1: Sensibilización a la problemática del alumno con problemas.

Tiempo: 15 min.

Material: Reflexión “Historia de un niño con TDAH” impresa.

Reflexión, “Historia de un niño con TDAH” impresa para cada participante, proyector, computadora, grabadora (si lo requiere).

Procedimiento:

Con esta actividad se busca sensibilizar a los participantes sobre lo que un alumno con TDAH piensa y siente y que al mismo tiempo tomen conciencia de la necesidad de estar preparados para trabajar con estos alumnos y con cualquier otro con alguna necesidad educativa diferente. Para esto, se le pide a un docente que lea una reflexión (Cuadro n° 3) que representa los sentimientos de un niño con TDAH, al mismo tiempo que se hace la lectura pueden presentarse imágenes que estén relacionadas al diálogo y con música de fondo, o en su defecto también se sugiere presentar la reflexión como viene publicada en internet disponible en:

<http://www.youtube.com/watch?v=sla0gFiiGpY&feature=related>.

La finalidad es crear un ambiente emotivo, que sensibilice a los docentes y que por un momento los refiera a los sentimientos y pensamientos del niño con TDAH.

### **Cuadro nº 3. La historia de un niño con TDAH.**

-No hemos venido al mundo eligiendo ser así, ni tampoco es mi intención complicarte la vida.  
-Solo pido un poco de comprensión y entretenimiento para poder vivir en armonía.  
-Mi conducta a veces no es lo más apropiada para lo esperables de la sociedad, pero solo intento ser yo mismo.  
- Muchas veces me gustaría no entorpecer tu clase, pero hay algo en mi que no puedo controlar.  
- No sé que es, pero es más fuerte yo.  
- a veces, mis compañeros, me aíslan por no ser como ellos.  
- Se burlan y me hacen sentir mal, pero no saben que en mi interior...  
- Yo realizo todos los esfuerzos por ser agradable y buscar la compañía de ellos.  
- Mis profesores me critican, me castigan por no cumplir con las normas y responsabilidades impuestas por el colegio.  
- Muchas veces me dicen cosas feas en mi cara y a veces a mis espaldas.  
- Ellos creen que no me doy cuenta, pero saben...  
- Yo no soy un niño problema como ellos dicen, solo soy diferente.  
- Mi familia no me integra como quisiera.  
- Me aíslan de reunión y comidas familiares.  
-Porque generalmente no me comporto y suelo hacer cosas indebidas en la mesa.  
- Pero lo que ellos no saben es que me encantarían ser como los demás.  
- Mi madre no sabe cómo ayudarme, a veces pierde la paciencia y se pone mal con mis conductas...  
- Yo siento que esa no es mi intención.  
- Porque yo la amo, y no quiero que este triste.  
- Pero no sé cómo controlar esos impulsos locos dentro de mí.  
- Ayer fuimos al médico, el me trato muy bien...!me encanto!  
- Pero mi mama no parecía muy contenta, sus ojos se llenaron de lágrimas al salir de consulta...  
- Ahora estoy tomando unas pastillitas blancas.  
- Que me hacen sentir mal y sin ganas de hacer nada.  
- ¿Qué serán?, ¿Qué tendré?, ¿Mejoraré?...  
- Solo espero que me entiendas y que me aceptes tal como soy...  
- Porque lo único que quiero es agradarte...  
- Y hacer feliz a mi corazón.  
- Solo pido que me entiendan, mi intención no es compórtame así.  
- Dame un poco de tu amor y de tu comprensión.  
- Y juntos podemos ser felices.

#### **Reflexión:**

Después de hacer la presentación de la reflexión se abre el diálogo con los participantes bajo las tres preguntas siguientes:

1. ¿Qué fue lo que más te llamó la atención de la reflexión?
2. ¿Alguna vez te habías puesto a pensar en lo que un alumno con TDAH siente o piensa?
3. ¿Después de esta reflexión, que esperarían de tí los alumnos?

4. ¿Cuáles pueden ser los peligros o consecuencias de etiquetar y no saber cómo tratar a un alumno con alguna limitación educativa en el aula?

Cierre:

El facilitador cierra la actividad motivando a los participantes a estar atentos a los pensamientos y sentimientos de sus alumnos y a seguirse preparando para ayudarlos mejor. Remarcar los problemas que traen como consecuencia el no saber trabajar con un alumno con alguna necesidad educativa diferente, la necesidad de la inclusión en el grupo regular, y la comunicación eficaz con el alumno.

### **Actividad 2: La autoestima en los niños. Análisis de la realidad.**

Material: plumas, papel.

Procedimiento: se divide el grupo en 3 equipos, se nombra un secretario quien tomara nota de las conclusiones. A cada grupo se le entrega el punto de auto concepto y autoestima que se encuentra en el capítulo II del presente trabajo. Después de haber leído los participantes harán un análisis de la realidad y escribirán todos aquellos factores del colegio que no favorecen la autoestima en los alumnos. (Pueden incluir escenas en el aula, frases, actitudes frente al alumno).

Plenario:

Un representante de cada equipo, pasa al frente del grupo y comparte una de las experiencias más significativas planteadas en el equipo y las conclusiones.

El facilitador concluye la actividad haciendo hincapié en los puntos centrales del tema.

Se destacan los siguientes puntos:

- Los niños con problemas en el aula reciben con mayor frecuencia información negativa sobre su comportamiento y sus tareas, muy a menudo se les dice “no chilles”, “compórtate”, “está mal...vuelve hacerlo” etc.
- A menudo se les confunde con niños mal educado, vago, groseros, tontos etc.
- Estos niños crecen sometidos a un mayor número de fracasos y errores. Se esfuerzan por hacer bien las cosas para agradar a los de su entorno pero los resultados no siempre son satisfactorios.
- A raíz del esfuerzo sin éxito, se sienten indefenso y no saben que hacer,
- A menudo se enfrentan a tareas que exigen autocontrol o atención al que no están capacitados para afrontar aumentando así su sensación de frustración o fracaso.
- Después de fracasar en algunas tareas, algunos adultos van dejando de ofrecer responsabilidades, por miedo a que no cumplan. El niño lo vive como un mensaje negativo y hace que no se sienta competente ni seguro.

### **Actividad 3. ¿Cómo mejorar la autoestima en el aula? Lluvia de ideas por tarjetas**

Material: Papeles pequeños, lápices y cinta adhesiva.

Procedimiento.

Se entrega a cada participante un papal y se le pide que escriba un punto clave que considere necesario para mejorar la auto estima de sus alumnos en el salón de clase.

El facilitador coloca 5 puntos clave previamente realizados sobre la pared o pizarrón. Estos puntos marcarán el orden y la clasificación de cada aportación de los participantes:

- Aceptarlo tal y como es.
- Descubre cuáles son sus cualidades y díselo.
- Cree y confía en él.
- Analiza tus mensajes.
- Haz uso del lenguaje y de la autoestima.

Se le pide a cada participante que lea su aportación y la explique y que la pegue en donde considere que puede ir clasificada. El grupo puede ayudar a ubicarla.

Cierre:

Se concluye la participación pidiendo a cada docente que escriba las aportaciones de sus compañeros y crear un solo documento.

### Sesión 3. **La falta de atención, la movilidad excesiva y la falta de control de impulsos**

Objetivo: Conocer las pautas generales para la intervención en el salón de clase.

Tiempo estimado: 90 min.

Material: Cuestionario para facilitar la intervención en el aula (**Bonet, Solano, Soriano, 2009**), impreso para todos los participantes. (Anexo 1). Tres pliegos de papel para rotafolio, 9 marcadores de diferentes colores.

#### **Procedimiento:**

La tarea a realizar es un cuadro sinóptico a partir de la información que se les asignada. El grupo grande se divide en tres subgrupos, cada uno de ellos designa un secretario que tomara nota de la conclusión parcial y final y de administrar la participación, también se designa un relator para el plenario.

Material: A cada equipo se le entrega información impresa, una hoja bond de rotafolio y tres marcadores de colores.

Trabajo en equipo: Cada equipo deberá leer el material y en un mapa conceptual deberá plasmar por escrito el contenido del material (15 min.). Posteriormente cada equipo deberá explicar a toda la asamblea la parte que les tocó apoyados en el mapa conceptual que trabajaron el rotafolio:

Temas para cada equipo: (Anexo 1)

- Equipo 1. Falta de atención.
- Equipo 2. Movilidad excesiva.
- Equipo 3. Impulsividad.

Puesta en común o plenario:

Un representante por grupo expone el cuadro sinóptico del grupo, plasmado en una hoja de rotafolio.

Cierre:

El facilitador hace una síntesis de lo visto en esta sesión y motiva a los participantes a comentar que fue lo más significativo hasta ahora. Se les deja de tarea poner en práctica en el aula alguno de los puntos del cuestionario entregado.

## **Sesión 4. Técnicas aplicadas en el aula**

**Objetivo. Emplear técnica para el manejo de emociones en el aula.**

**Tiempo estimado: 60 min.**

Actividad 1: Técnica, “El semáforo”.

Encuadre:

La facilidad de comprensión del funcionamiento del semáforo para los niños hace que podamos emplear la Técnica del Semáforo como estrategia de aprendizaje para muchas situaciones, tanto en casa como en el colegio.

Esta técnica está especialmente indicada para la enseñanza del Autocontrol de las Emociones Negativas: Ira, Agresividad, Impulsividad, etc.

Este recurso resulta esencial en estos momentos dada la importancia de educar en actitudes de tolerancia, respeto, convivencia... La sociedad está siendo cada vez más consciente de la necesidad de erradicar fenómenos de violencia y bullying en los centros educativos, resultando prioritario la educación de los aspectos emocionales de la inteligencia.

Pasos para la enseñanza de la Técnica del Semáforo:

1° Asociar los colores del semáforo con las emociones y la conducta:

- a. ROJO: PARARSE. Cuando no podemos controlar una emoción (sentimos mucha rabia, queremos agredir a alguien, nos ponemos muy nerviosos...) tenemos que pararnos como cuando un coche se encuentra con la luz roja del semáforo.
- b. AMARILLO: PENSAR. Después de detenerse es el momento de pensar y darse cuenta del problema que se está planteando y de lo que se está sintiendo.

- c. VERDE: SOLUCIONARLO. Si uno se da tiempo de pensar pueden surgir alternativas o soluciones al conflicto o problema. Es la hora de elegir la mejor solución.

Para asociar las luces del semáforo con las emociones y la conducta se puede realizar un mural con un semáforo y los siguientes pasos:

Luz Roja: ALTO, tranquilízate y piensa antes de actuar

Luz Amarilla: PIENSA soluciones o alternativas y sus consecuencias

Luz Verde: ADELANTE y pon en práctica la mejor solución

2° Procedimiento:

Aprender formas de controlarse:

Podemos comenzar pidiendo a los niños que hagan una lista de lo que pueden hacer para calmarse en una situación conflictiva. Lo normal es que entre todos surjan diferentes posibilidades, como distanciarse físicamente de la situación (alejarse del lugar, no volver hasta estar tranquilo), distanciarse psicológicamente (respirar profundamente, hacer un rápido ejercicio de relajación, pensar en otra cosa), realizar alguna actividad distractora (contar hasta 10, pasear, hablar con un compañero) etc.

Cuando los niños se dan cuenta de que existen muchas maneras de pararse y calmarse, se trataría de ver cuáles serían las mejores para cada uno.

Como padres o educadores podemos ayudar en esta fase proponiendo alternativas educativas que no se hayan planteado, por ejemplo respuestas incompatibles a “llegar a las manos” (cruzar los brazos, alejarse rápidamente del lugar, meter las manos en los bolsillos, etc.)

3- Hacer prácticas de autocontrol a través del Role-Playing:

El profesor y los compañeros servirán de modelo de conductas de autocontrol y cada uno tendrá ocasión de verse en una situación en la que tiene que poner en práctica lo aprendido.

4- Utilizar semáforos como estímulos discriminativos:

Colocaremos semáforos en diferentes lugares del colegio, de esa manera se harán conscientes de que deberán pararse, pensar y solucionar pacíficamente sus conflictos, o mejorar su estado emocional.

### **Actividad 2: Poner en práctica la técnica con los maestros**

Material: Cartulinas, marcadores rojo, amarillo, verde y negro, lápices, hojas carta tijeras.

Procedimiento:

- Después de leer y explicar la técnica, es hora de ponerla en práctica con los docentes.
- Se reparte material y a cada docente se le pide que dibuje un semáforo lo más grande posible y lo recorte.
- Una vez que cada maestro hizo su semáforo piensa en una conducta de la vida ordinaria que les gustaría a ellos modificar.

Plenario:

Cada maestro expone su reflexión y el resto del grupo le da ideas para solucionar el conflicto.

### **Actividad 3: técnica “La tortugita”.**

**Material: La historia de “La tortuguita” impresa para todos los participantes**

**Tiempo estimado: 60 min.**

El empleo de esta técnica comienza con la historia de “La tortuguita” (Anexo 2).

Esta técnica está pensada para niños de preescolar hasta 2° grado de primaria (Mena, 2006). A través de ella se intenta que el niño se identifique con Tortuguita que tiene numerosos problemas en el colegio por su impulsividad. Hasta que un día Tortuguita se encuentra con una vieja y sabia tortuga que le cuenta un secreto, que no es otro que Tortuguita lleva sobre sí la solución para sus problemas: el caparazón, y que debe meterse dentro de esa coraza cada vez que algo le dé rabia, estudiar el problema allí dentro y buscar la mejor solución.

Con esta técnica se pretende que el niño utilice ese truco en los momentos en que sienta agresividad o cólera, para lo que se dramatiza la sensación de frustración y rabia contenida de la tortuga apretando la barbilla contra el pecho y pegando los brazos al cuerpo para esconderse en el "caparazón" hasta contar hasta 10.

Reflexión: mediante la técnica de lluvia de ideas se les pide a los profesores que comente que fue lo que se llevaron de la sesión de hoy y como lo aplicaran en el aula.

## **Sesión 5: Técnicas aplicadas en el aula (2ª Parte).**

**Objetivo: Aplicar técnicas comportamentales en el aula**

**Tiempo estimado: 60 min**

### **Actividad 1.**

Se les hace una introducción muy breve técnicas comportamentales, tocando los siguientes puntos principalmente.

Cuadro 4. Técnicas comportamentales.

La mayoría de las técnicas están dirigidas a: mantener el niño trabajando en la tarea, controlar la impulsividad, terminar las tareas, obedecer e incrementar sus habilidades sociales al mismo tiempo que trata de reducir la hiperactividad motriz, disminuir el tiempo en que el niño está fuera de la tarea que le corresponde, etc.

Las técnicas comportamentales se basan en la administración de refuerzos o castigos para controlar las conductas positivas o negativas del niño. Las técnicas comportamentales, como las farmacológicas, tienen la ventaja de que requieren poco esfuerzo por parte del niño, ya que es normalmente el educador el que organiza el sistema de recompensas. Las técnicas cognitivas, como veremos más adelante, requieren que el niño trabaje con su pensamiento lo que aumenta su eficacia, a largo plazo sobre todo, pero también complica su aplicación. La técnica comportamental más utilizada para aumentar conductas positivas es el refuerzo positivo y para reducir las negativas, el castigo relacionado con la conducta, el tiempo fuera de refuerzo positivo y la práctica positiva (Orjales. 1999).

## **Actividad 2. El refuerzo positivo “Economía de fichas”.**

El refuerzo positivo es todo objeto o experiencia que seguida a una conducta hace que aumente la probabilidad de que esa conducta se repita en el futuro. Nos referimos al refuerzo positivo como *premio*. En los niños hiperactivos se han utilizado con gran éxito tanto los refuerzos materiales (juguetes, juegos, caramelo, puntos, etc.) como los refuerzos sociales (felicitaciones del profesor, guiños, caricias, etc.) (Orjales, 1999).

Esta técnica puede ser adaptada de manera individual o a un grupo completo.

Procedimiento:

Trabajo en equipos:

- Se les pide a los participantes que se junten en equipos. Y se les entrega un pliego de cartulina marcadores
- Cada equipo tendrá la tarea de poner por prioridades las conductas positivas que esperan del alumno. A cada conducta se le asigna un puntaje determinado.
- También se realiza una lista de premios y el valor predeterminado. Los premios pueden ser sociales o materiales de acuerdo a como el equipo lo decida.

Plenario: Al finalizar la actividad por equipos un representante pasa al frente del grupo y explica las conclusiones. Cada participante deberá enriquecer su trabajo con la participación de los otros equipos.

Cierre:

Al finalizar el facilitador de hacer una síntesis de todos los trabajos y motivar a los docentes a utilizar esta técnica con los alumnos que la requieran en su salón de clase. También se subraya la importancia de que este sistema no se convierta en

“chantaje” por lo que se les recomienda tener en cuenta los siguientes puntos (Cuadro 6).

**Cuadro 6. Puntos para evitar que la economía de puntos se vuelva un chantaje.**

1. Los puntos se plantean como algo temporal, como un reconocimiento al esfuerzo realizado
2. Los puntos se otorgan por conductas que cuestan un esfuerzo
3. Las conductas por las que se entregan los puntos son individuales para cada niño.
4. Hay que evitar que entre hermano se planteen los puntos por la misma conducta como una competencia
5. Los puntos no se canjean por premios que supongan un gasto extra.
6. Tenemos que tener muy claro que el apoyo de una conducta con puntos debe llegar a extinguirse, es decir, debe llegar un momento en que el niño tenga que realizar esa conducta, porque sí, porque es su deber y ya no le cuesta tanto realizarlo. Los premios deben extinguirse de forma paulatina. La extinción del refuerzo podemos hacerlo de dos formas: a) aumentando el número de puntos a conseguir para obtener el mismo premio, o b) manteniendo el número de puntos pero aumentando la exigencia de la conducta requerida para obtener cada punto.
7. Los puntos ganados por una buena conducta no pueden nunca quitarse por una mala conducta.

## **Sesión 6: Evaluación.**

### **Actividad 1: Técnica, “La clínica”**

**Tiempo estimado: 60 min.**

#### **OBJETIVO:**

Revisar conceptos. Recuperar y evaluar aprendizajes realizados.

#### **MATERIALES:**

Hojas y lápices

#### **DESARROLLO:**

Se trata de una técnica de síntesis o cierre que pretende revisar los aprendizajes realizados; por lo tanto es importante armar grupos pequeños para garantizar la participación de todos.

- Armar grupos pequeños
- Solicitar que cada grupo elabore diez preguntas relacionadas con los contenidos desarrollados durante el taller. Es importante que los que elaboran las preguntas estén en condiciones de responderlas. No tienen que escribir las respuestas.
- Una vez que todos los grupos hayan terminado de elaborar sus preguntas, las intercambiarán con otros grupos.
- Cada grupo deberá intentar responder en forma breve, las preguntas elaboradas por otro grupo.
- En plenario se revisarán las respuestas y se registrarán aquellos contenidos que, de acuerdo a los resultados de la dinámica, hubiera que profundizar.

#### **CONCLUSIONES:**

Se registran los aprendizajes realizados y aquellos que habría que recuperar para su profundización.

## Referencias

- Baeza, C. (2008). *Trastorno por déficit de atención, autoestima y auto concepto en niños atendidos en el Hospital Infantil de México Federico Gómez*. Tesis para Licenciatura, UNAM, Facultad de Psicología: México.
- Barragán, E. (2007). 1er consenso Latinoamericano sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, México. Recuperado el 2 de agosto de 2011 de: [www.tdahlatinoamerica.org](http://www.tdahlatinoamerica.org).
- Barkley, R. (2002). *Niños hiperactivos, como comprender y atender sus necesidades especiales*. España: Editorial Paidós.
- Bauermeister, J. y Matos, M., (1997). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una visión actualizada*. Revista Psicología contemporánea. Volumen 4 nº 1. México: Manual Moderno.
- Bolton, N. (1978). *Introducción a la psicología del pensamiento*. Barcelona: Herder
- Bonet, T., Solano, C., Soriano, Y. (2009). *Aprendiendo con los niños hiperactivos. Un reto educativo*. Madrid: Ed. Thomson Editores.
- Booth, T. Ainscow, M. (2000). *Índice de Inclusión, Desarrollando el aprendizaje y la participación en las escuelas*. Ed. CSIE, Bristol U.K. Recuperado el 21 de julio de 2011, de:  
<http://educacionespecial.sepdf.gob.mx/educacioninclusiva/documentos/MC/IndiceDeInclusion.pdf>.
- Bruner, S. y Palacios J. (2004). *Desarrollo cognitivo y educación*, Madrid: Ed. Morota.

Craig, G. y Bacum, D., (2009) *Desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall.

Chian, I., (2006). *Razones por las cuales la terapia conductual es recomendada como partes de tratamiento para los niños con TDA*. Asociación Peruana de Déficit de Atención (APDA), boletín electrónico nº 13. Recuperado el 8 de enero de 2011, de:  
<http://www.deficitdeatencionperu.org/chian.htm>.

Delgado, E. y Contreras F. *Desarrollo social y emocional*. Recuperado el 5 de febrero de 2011, de:  
[http://novella.mhhe.com/sites/dl/free/8448168712/637999/9788448168711\\_Cmuestra.pdf](http://novella.mhhe.com/sites/dl/free/8448168712/637999/9788448168711_Cmuestra.pdf).

Díaz, A. (2006), *Comorbilidad en el TDAH*. *Revista de Psiquiatría y Psicología*. Recuperado el 2 de febrero de 2011, de:  
[www.paidosquiatria.com/rev/numero7/comor.pdf](http://www.paidosquiatria.com/rev/numero7/comor.pdf).

DSM -IV-TR, (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Artículo F84.9, pp. 97-111. Argentina: Masson.

Feldman, R. (2007). *Desarrollo psicológico a través de la vida*. México: Pearson Educación.

Gutiérrez E., y Prados B. (2004). *Guía Básica sobre Hiperactividad*. Ed. Oficina del Defensor del menor. Madrid. Recuperado el 22 de julio de 2011, de:  
[http://www.defensordelmenor.org/upload/documentacion/publicaciones/pdf/guia\\_sobre\\_la\\_hiperactividad.pdf](http://www.defensordelmenor.org/upload/documentacion/publicaciones/pdf/guia_sobre_la_hiperactividad.pdf).

Granados, A., Sauer, T., Arriaga, E., Ramirez, M. (2009). *Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes en atención primaria y atención especializada*. México, CENETEC.

Huerta, M. (2010). *Las premisas del docente sobre el TDA en el marco de la inclusión educativa*, Universidad Autónoma de Baja California, memoria del 1er congreso Latinoamericano de Ciencias de la Educación: Recuperado el 20 de junio de 2011, de:  
<http://fch.mx/uabc.mx/lateduca/113.pdf>.

Joselevich, E. (Comp.), (2003). *A.D./H.D. : Que es, que hacer: recomendaciones para padres y docentes*. Buenos Aires: Paidós.

Lagares, M., (2009). *TDAH y escuela inclusiva. Jornada hacia una escuela inclusiva*. C.P.R. Unidad de programas educativos- CEUTA. Curso 2009-2010. Recuperado el 21 de julio de 2011, de:  
[http://www.cprceuta.es/Asesorias/ApoyoEducativo/ponencias%20inclusividad/Semana1/Tda\\_H/ALUMNOS%20CON%20TDAH%20EN%20UNA%20ESCUELA%20INCLUSIVA.pdf](http://www.cprceuta.es/Asesorias/ApoyoEducativo/ponencias%20inclusividad/Semana1/Tda_H/ALUMNOS%20CON%20TDAH%20EN%20UNA%20ESCUELA%20INCLUSIVA.pdf).

Marchesi, A. *El valor de educar a todos en un mundo diverso y desigual*. España. UNESCO. Recuperado el 21 de julio de 2011, de:  
<http://educacionespecial.sepdef.gob.mx/educacioninclusiva/documentos/MC/ValorEducar.pdf>.

Mena, P., (Comp.), (2006). *El alumno con TDAH. Guía práctica para educadores*. Barcelona: Mayo Ediciones.

Muñiz, R. (2007). *Grados de TDAH, Bitácora de TDAH*, México, Recuperado el 3 de noviembre de 2010, de:

<http://hiperactividadenninos.blogspot.com/2009/04/grados-en-el-tdah-cada-clasificacion-en.html>.

Navarro, E. (2004). *Depresión en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Revista electrónica Reflexiones nº 83. Recuperado el 11 de septiembre de 2011, de:

[http://reflexiones.fcs.ucr.ac.cr/documentos/83\\_1/depresion.pdf](http://reflexiones.fcs.ucr.ac.cr/documentos/83_1/depresion.pdf).

Orjales, I. (1999). *Déficit de Atención con Hiperactividad, Manual para padres y educadores*. Madrid: Editorial CEPE.

Papalia E., Olds S. y Feldman R. (2001), *Desarrollo Humano*. Capítulo 9 y 10. Bogotá Colombia: Mc. Graw Hill.

Pascual, C. (2008). *Hiperactividad: ¿Existe frontera entre personalidad y patología?* Madrid: Díaz de Santos.

Rahman, Z. (2006). *Problemas de Aprendizaje*. Hoja de hechos familiares. California Childcare Health Program. Recuperado el 14 de enero de 2010, de:  
<http://www.ucsfchildcarehealth.org/pdfs/factsheets/LearningDisabilitySP012606.pdf>.

Rickel A. y Ronald T. (2008). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos*. México, D.F.: Manual Moderno.

Rodríguez-Sacristan J. (1995). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Tomo I, Universidad de Sevilla, Secretariado de Publicaciones. Sevilla.

Ruiz, G., (Comp.), (2007), *Actualidades en el diagnóstico y tratamiento de trastornos por déficit de atención*. México: Textos Mexicanos.

Saavedra, G. (2009). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, gran potencial para el desarrollo de las inteligencias múltiples*. Tesis para Licenciatura, Universidad Panamericana, Escuela de Pedagogía, México.

Schunk, D. (1997). *Teorías del aprendizaje*. México: Ed. Prentice-Hall.

SERSAME, (2002). *Programa específico de trastorno por déficit de atención*, México: Secretaria de Salud.

Van-Wielink, G. (2004). *Déficit de atención con hiperactividad* (2ª ed.), México: Trillas.

Wikipedia.org (2010), *Trastorno Por Déficit de Atención con Hiperactividad*.

Disponible en la página:

[http://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno\\_por\\_d%C3%A9ficit\\_de\\_atenci%C3%B3n\\_con\\_hiperactividad](http://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno_por_d%C3%A9ficit_de_atenci%C3%B3n_con_hiperactividad). (2010, 2 de diciembre).

## Anexo 1.

### CUESTIONARIO PARA FACILITAR LA INTERVENCIÓN EN EL AULA (Bonet, 2009).

Nombre y apellidos del alumno: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento Edad \_\_\_\_\_  
Colegio Curso \_\_\_\_\_  
Nombre y apellidos del profesor/tutor \_\_\_\_\_  
Fecha de realización \_\_\_\_\_

#### INSTRUCCIONES:

A continuación se expone un listado con todas las modificaciones vistas, por favor:

- Subraye las que ya está utilizando
- Marque en los recuadros aquellos que cree que puede comenzar a utilizar sin mucha dificultad:

#### DIFICULTA DE ATENCIÓN

##### CONTROLAR LOS ESTÍMULOS:

**Sentarle cerca del profesor**, mencionar su nombre, darle pequeños toques en la espalda para evitar que se distraiga, pedirle que nos repita lo que hay que hacer, etc., o cualquier **señal que acordemos con el niño**, para favorecer que su atención este focalizada.

**Disminuir los estímulos irrelevantes** presentes en la clase, colocándolos fuera de su campo visual (a su espalda), también se puede crear un rincón sin estimulación o permitir que el niño utilice unos cascos para no distraerse. Esto es especialmente importante cuando tiene que realizar los trabajos de forma individual.

Poner la información de manera explícita, utilización de todo lo que pueda servir como **pistas, recordatorios, señales**: post-it, fichas, listas, dibujos, los propios gestos. Estos niños no utilizan la "información en sus mentes".

**Marcadores de tiempo**, no tienen conciencia del tiempo por lo que no sirve darles más tiempo porque lo perderán igualmente. El tiempo hay que convertirlo en algo real con relojes, temporalizadores, cronómetros, relojes de arena...

##### SUPERVISARLE Y AYUDARLE A QUE SE SUPERVISE:

Establecer **rutinas**, estructurando el funcionamiento de las clases.

Dar **5 minutos** a toda la clase **para organizar el material** como parte de la rutina diaria; para que revise si tiene el material necesario, lo ordene y elimine de la mesa lo que no vaya a necesitar.

Se **avisan** con tiempo **los cambios** que se efectúen en relación con las rutinas.

**Destacar los aspectos más importantes** del problema para facilitar su comprensión y la resolución de tareas, utilizando marcadores, carpetas, colores.... Si es necesario, **mostrarle paso a paso** lo que tiene que hacer.

**Compañeros de supervisión**: que les dan feedback de inmediato y disminuye la dedicación del profesor.

¡ **Ayuda al compañero** con dificultades y permitirle que participe en la organización de la clase con alguna responsabilidad.

#### **MEJORAR LA FORMA DE DAR LAS ÓRDENES:**

\_ Darle las instrucciones de forma **breve, clara y concisa**. Si es necesario darle las instrucciones por escrito y **hacer que nos repita la propia instrucción**.

\_ Favorecer el uso de las **autoinstrucciones** para focalizar su atención en la tarea y en los pasos a seguir, y si es necesario apoyarse en dibujos como recordatorio.

#### **DIVIDIR LAS TAREAS:**

\_ Dividir las actividades **en pequeños pasos** para que puedan hacer aprendizajes breves que su capacidad atencional pueda asumir. Las tareas cortas permiten que el niño no se canse, no entre en la monotonía y no se distraiga.

\_ **Planificando sus acciones:** tener organizado su trabajo y sus descansos. Para posteriormente enseñar al niño a planificarse sus tareas y a usar una agenda como medio de apoyo.

\_ **Desglosarles el futuro**, advertirles de lo que llega a través de la realización de en tareas presentes. No tanto hablarles de la meta sino desglosarla en pasos pequeños centrándoles en el aquí y ahora, y guiarles en su actuación.

#### **AUMENTAR SU MOTIVACIÓN:**

\_ Proporcionándole actividades que no le resulten monótonas ni aburridas dentro de un funcionamiento diario de clase estructurado. Presentado las tareas con un **material más atractivo**.

\_ No tienen automotivación, por eso es importante recompensarles en el entorno inmediato: **ganar el doble:** el terminar una tarea ya es una ganancia más el premio como consecuencia de la conducta adecuada.

\_ **Reforzar y premiar las conductas adecuadas** como estar atento.

\_ **Darles más feedback**, darles información sobre su acción de manera frecuente (“muy bien lo estas intentando”, “estas siguiendo tu plan...muy bien sigue así...”, “lo estás haciendo bien o mal...”).

\_ **Comenzar por los premios** no por los castigos. De por sí son unos niños que están más castigados que otros. El castigo sólo funciona si es muy inmediato. “Aprendiendo con los niños hiperactivos. Un reto educativo”.

#### **MOVILIDAD EXSESIVA**

##### **DEFINIR LAS NORMAS:**

\_ Definir y trabajar (apoyándose en medios visuales y dinámicos como pósters, notas en su cuaderno, dinámicas de grupo...) las normas de la clase y las consecuencias de su incumplimiento, estando esta información **a la vista** de los alumnos.

\_ **Recordar** las normas frecuentemente.

\_ Definir y estructurar **normas personalizadas**, como permitirle que muestre sus tareas al profesor.

\_ **Obligarle "in situ"** antes de cada situación (salir al recreo, prepararse para irse a casa...) a que repita en voz alta las normas específicas a cada situación.

#### **FAVORECER EL AUTOCONTROL:**

\_ **Fragmentar las tareas** en objetivos más cortos y supervisando con más frecuencia su consecución, de forma que el tiempo en el que tienen que inhibir su respuesta sea menor. Como ya se ha visto, implica tiempos de atención más cortos, lo que favorece su aprendizaje al adaptarse a su capacidad atencional. Por ejemplo, en vez de mostrar los ejercicios de matemáticas cuando estén finalizados todos, es mejor que los muestre cuando ya haya terminado dos.

\_ Favorecer el **uso de las autoinstrucciones** para dirigir su conducta.

\_ **Desglosarles el futuro**, advertirles de lo que llega a través de la realización de tareas presentes. No tanto hablarles de la meta sino desglosarla en pasos pequeños centrándoles en el aquí y ahora y guiarles en su actuación. "Aprendiendo con los niños hiperactivos. Un reto educativo"

#### **PREMIAR LAS CONDUCTAS ADECUADAS E IGNORAR LAS INADECUADAS:**

\_ Implantar un **sistema de puntos en el que es premiado** (en el colegio y en casa) por la consecución de objetivos y con coste de respuesta ante el incumplimiento.

\_ **Sistema de puntos en el que la clase es premiada** por el cumplimiento de las normas.

\_ **Ignorar** las conductas inadecuadas como interrumpir, y en el caso de ser muy molesta utilizar el **tiempo fuera**.

\_ **Reforzar las conductas adecuadas** como ir despacio, terminar cada pequeño paso dado, la calidad frente a la cantidad...

#### **AUMENTAR SU REFLEXIVIDAD**

\_ **Estructurar el ambiente** con señales visuales acerca de la intención de ESPERAR Y PENSAR.

\_ Actuar de **modelo en el uso del lenguaje interno** en los procesos de resolución de problemas.

\_ Pedirle que **PIENSE EN VOZ ALTA**, que cuente lo que hace, o tiene que hacer, para posibilitar la producción del lenguaje interno que medie en la conducta. "Aprendiendo con los niños hiperactivos. Un reto educativo".

#### **3MOVILIDAD EXCESIVA**

##### **FAVORECER MOMENTOS DE ACTIVIDAD ADECUADA:**

\_ Intentar que su movimiento sea adaptativo **haciendo pequeñas tareas** que le faciliten la energía y tensión acumuladas por haber estado quieto. Para ello **se le adjudican responsabilidades y/o ayudar al profesor**, como ir a hacer fotocopias, repartir hojas, borrar la pizarra, apuntar actividades y cambios en la agenda grupal u horario, etc.

\_ **Que acuda a la mesa del profesor a mostrar sus tareas**, este movimiento servirá para descargar tensiones, disminuyendo la frecuencia con la que se levanta de la silla de forma inadecuada. El objetivo es que se levante de la silla en determinados momentos y de forma estructurada.

#### **CONTROL DE ESTÍMULOS:**

\_ Mandarle **menor cantidad de tarea**, y que requiera menor esfuerzo mental mantenido, **programando períodos de descanso** donde se pueda mover; conforme lo vaya consiguiendo ir aumentando el número de tareas, la cantidad de esfuerzo, y el tiempo para su realización.

\_ **Programar la realización** de tareas que requieran esfuerzo mental después de períodos de movimiento motor intenso como los recreos, clases de gimnasia, partidos o deporte.

\_ **Marcadores de tiempo**, no tienen conciencia del tiempo por lo que no sirve darles más tiempo porque lo perderán igualmente. El tiempo hay que convertirlo en algo real con relojes, temporalizadores, cronómetros, relojes de arena...

\_ **Permitir el murmullo** y permitir el **movimiento**.

#### **MANEJAR ADECUADAMENTE LAS CONTINGENCIAS**

\_ Extinguir, no atender a los movimientos que parezcan más incontrolados o inconsistentes.

\_ Contener o controlar estos movimientos para que no sean reforzados por otros observadores.

\_ Reforzar el estar adecuadamente sentado, en silencio, escuchando, escogiendo para cada día una conducta concreta.

## Anexo 2

### **Cuento: Historia de una tortuga**

En una época muy remota vivía una tortuga joven y elegante. Tenía \_\_\_\_ años de edad y justo entonces acababa de empezar \_\_\_\_\_ curso. 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 muertas viendo la televisión. Le parecía horrible tener que hacer cuentas y más cuentas; y aquellos horribles problemas de matemáticas que nunca entendía. Odiaba con toda el alma leer y lo hacía bastante mal y era incapaz de acordarse de apuntar los deberes que le mandaban. Tampoco se acordaba nunca de llevar los libros al colegio. 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 chillando o diciendo tonterías que hacían reír a todos. En ocasiones, intentaba trabajar pero lo hacía rápido para terminar 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 del colegio, se decía a sí misma que iba a esforzarse todo lo posible para que no la castigasen en todo el día. Pero, al final, siempre acababa 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 cola, lo había hecho a propósito. Se encontraba siempre metida en dificultades y empezó a estar harta del colegio. 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 y su tamaño era enorme. La tortuga sabia se acercó a Tortuguita y le preguntó qué 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 inmensa y rugiente, «voy a contarte

un Secreto. ¿No comprendes que llevas sobre ti la solución para los problemas que te agobian?». Tortuguita no sabía de qué 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. Así que, ya lo sabes, la próxima vez que te irrites, métete inmediatamente en tu caparazón». A Tortuguita le gustó la idea y estaba impaciente por probar su nuevo secreto en el colegio. Llegó el día siguiente y, de nuevo, Tortuguita cometió un nuevo error que estropeó su hoja de papel blanca y reluciente, empezó a experimentar otra vez sentimientos de furia y rabia, y cuando estaba a punto de perder la paciencia y arrugar la hoja, se acordó de lo que le había dicho la vieja tortuga. Rápida como el rayo, encogió sus brazos, piernas cabeza, apretándolas contra su cuerpo, deslizándose hacia el interior de su caparazón. Permaneció así hasta que tuvo tiempo de pensar que era lo mejor que podía hacer para resolver su problema con la hoja. Fue estupendo para ella encontrarse allí tan tranquila y confortable dentro de su concha donde nadie podía molestarla. Cuando por fin salió de su concha, se quedó sorprendida al ver que su maestra le miraba sonriente. Tortuguita explicó que se había puesto furiosa porque había cometido un error. La maestra le dijo que estaba orgullosa de ella porque había sabido controlarse. Luego, entre las dos, resolvieron el fallo de la hoja. Parecía increíble que con una goma y borrando con cuidado, la hoja pudiera volver a quedar limpia. Tortuguita continuó aplicando su secreto mágico cada vez que tenía problemas, incluso en el recreo. Pronto, todos los niños que habían dejado de jugar con ella por su mal carácter, descubrieron que ya no se enfurruñaba cuando perdía en un juego ni pegaba a todo el mundo por cualquier motivo. Al final de curso, Tortuguita aprobó todo y jamás le faltaron amigos.

**FIN**