



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ACATLÁN**

**DISEÑO PSICOPEDAGÓGICO DIRIGIDO A LOS DOCENTES Y  
DIRECTIVOS DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA  
TONANTZIN PARA PROPICIAR LA INCLUSIÓN ESCOLAR DE  
NIÑOS DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE  
ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**LICENCIADO EN PEDAGOGÍA**

**PRESENTAN**

**MARTÍNEZ CARRILLO BERENICE**

**SILVA ARENAS HÉCTOR MIGUEL**

**ASESOR: LIC. MÓNICA ORTÍZ GARCÍA**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

A todas las personas que participaron e hicieron posible este proyecto:

***A la Lic. Mónica Ortiz García por aceptar asesorar nuestro trabajo, muchas gracias por su tiempo.***

***A la Lic. Sandra Lorena Padró Torres por sus acertadas y oportunas observaciones.***

***A la Profesora Aurita Aguilar Rodríguez directora del CIET por permitir que este proyecto germinara y diera muchos frutos.***

***A los niños del CIET que fueron inspiración para asumir la responsabilidad tan grande de trascender en su vida, ustedes son lo más importante de este proyecto.***

A todos nuestros familiares y amigos:

***A nuestros padres por confiar y creer en nosotros en todo momento, por su incansable ejemplo para ser mejores personas cada día.***

***A nuestros hermanos por ese consejo a tiempo, por ser parte de esos momentos agradables y por acompañarnos en este camino de la vida.***

***A nuestros amigos por darnos ánimos cuando hacía falta, por confiar en que podíamos hacer la diferencia.***

***A DIOS por acompañarnos día a día, por darnos esa maravillosa oportunidad de seguir aprendiendo, por esa bendición tan grande que es la de trascender y ser parte de su creación.***

**A la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO por permitirnos ese enorme privilegio de ser parte de su gran comunidad, por darnos la oportunidad de prepararnos de una manera tan profesional... orgullosamente AZUL Y ORO.**

# **ÍNDICE**

## **INTRODUCCIÓN**

### **CAPÍTULO 1 El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad**

1.1 Antecedentes Históricos.....	<b>9</b>
1.2 Conceptualización.....	<b>13</b>
1.3 Etiología.....	<b>15</b>
1.4 Características.....	<b>19</b>
1.5 Clasificación.....	<b>22</b>
1.6 Diagnóstico.....	<b>25</b>
1.7 Tratamiento.....	<b>27</b>
1.8 Línea del Tiempo.....	<b>30</b>

### **CAPÍTULO 2 El niño con Trastorno por Déficit de Atención: Análisis de los diversos entornos que confluyen en este padecimiento**

2.1 La Escuela.....	<b>33</b>
2.2 La Familia.....	<b>37</b>
2.3 Los Juegos y los Pares.....	<b>39</b>

### **CAPÍTULO 3 La Inclusión Educativa**

3.1 Integración Escolar vs Inclusión Educativa.....	<b>44</b>
3.2 Desarrollo del concepto de Inclusión Educativa.....	<b>46</b>
3.3 Definición de Inclusión Educativa.....	<b>47</b>
3.4 Fundamentación Psicopedagógica y social de la Inclusión Educativa.....	<b>47</b>
3.5 Educación Inclusiva.....	<b>50</b>
<b>3.6 Escuela</b>	
Inclusiva.....	<b>52</b>
<b>3.7 Estrategias para favorecer la Inclusión Escolar de niños que presentan TDA/H...</b>	<b>53</b>

## **CAPÍTULO 4** Diagnóstico Institucional

4.1 Contextualización.....	<b>60</b>
4.2 Diagnóstico de las Necesidades Psicopedagógicas de la Institución a nivel grupo-escuela.....	<b>62</b>
4.3 Importancia de la Actualización y Capacitación de los Docentes para realizar un Diagnóstico de manera integral.....	<b>64</b>
4.4 Evaluación y Valoración de los Docentes del Centro de Investigación Educativa Tonantzin.....	<b>64</b>

## **CAPÍTULO 5** Propuesta Pedagógica

5.1 Batería de pruebas para la Detección y/o Evaluación de las Características que definen al TDA/H.....	<b>67</b>
5.2 Parámetros generales y Básicos que hay que tener en cuenta en el Proceso de Enseñanza y Aprendizaje del Educando con TDA/H.....	<b>71</b>
5.3 Orientaciones Pedagógicas para los Docentes del Centro de Investigación Educativa Tonantzin en cuanto al manejo de la conducta de niños con TDA/H....	<b>74</b>
5.4 Orientaciones Pedagógicas para los Padres de los niños con TDA/H para la mejora de la convivencia entre ellos.....	<b>77</b>
5.5 Programa del Taller dirigido a Docentes y Directivos del Centro de Investigación Educativa.....	<b>81</b>

<b>CONSIDERACIONES FINALES.....</b>	<b>89</b>
-------------------------------------	-----------

<b>GLOSARIO.....</b>	<b>95</b>
----------------------	-----------

<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>100</b>
--------------------------	------------

<b>REFERENCIAS ELECTRÓNICAS.....</b>	<b>104</b>
--------------------------------------	------------

## **ANEXOS**

<b>ANEXO 1</b> Historia Clínica.....	<b>108</b>
<b>ANEXO 2</b> Criterios para el Diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.....	<b>111</b>
<b>ANEXO 3</b> Lista de Síntomas Copeland para detectar Trastornos por Déficit de Atención.....	<b>113</b>
<b>ANEXO 4</b> Lista de Síntomas relacionados con el Trastorno por Déficit de Atención.....	<b>118</b>
<b>ANEXO 5</b> Cuestionario Diagnóstico para Docentes.....	<b>120</b>
<b>ANEXO 6</b> Escala de Observación para el Docente.....	<b>123</b>
<b>ANEXO 7</b> Escala Escolar Conners.....	<b>125</b>
<b>ANEXO 8</b> Escala de Valoración para el Docente.....	<b>126</b>
<b>ANEXO 9</b> Cuestionario Conners de Hiperactividad Infantil para Padres.....	<b>128</b>
<b>ANEXO 10</b> Mi Lista Personal de Actividades.....	<b>129</b>
<b>ANEXO 11</b> Evaluación Final para los Docentes.....	<b>131</b>

## ***INTRODUCCIÓN***

El espacio profesional de la pedagogía es aquel en el que interactúan un conjunto de profesionales, cuya actividad fundamental tiene que ver con la manera como aprenden y se desarrollan las personas, sin perder de vista sus dificultades y problemas de aprendizaje.

En dicho espacio, la psicopedagogía juega un papel fundamental, ya que se ocupa de la evaluación y diagnóstico de las necesidades, así como de la planificación y organización de respuestas educativas ajustadas a dichas necesidades, propiciando la atención educativa a la diversidad de intereses, capacidades y motivaciones del alumnado.

Así, uno de los ámbitos en el que interviene profesionalmente el psicopedagogo es el que abarca los problemas o alteraciones que repercuten en los procesos de enseñanza y aprendizaje. En la actualidad, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA) es una de las alteraciones que más desconciertan a los profesionales que tienen que dar respuestas y soluciones a quienes lo padecen, así como, a los padres de familia, los cuales se sienten angustiados por el padecimiento de su hijo.

Es por ello, que el presente trabajo de investigación está enfocado al conocimiento y análisis del trastorno de conducta más común y con más implicaciones en el aprendizaje dentro del período de la Educación Primaria.

***CAPÍTULO I***

***EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE***

***ATENCIÓN CON O SIN***

***HIPERACTIVIDAD***

*“El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad no es problema de quien lo padece sino de todo aquel que rodea a quien lo padece”*

¿Alguna vez los ha desesperado un niño que brinca, sube, baja, corre, grita hace y deshace? ¿Se han preguntado a qué hora se le acaba la pila para que se calme? Aunque en algunos casos es perfectamente normal, en otros posiblemente se trate de un niño con Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, pero ¿qué significa eso?, por ello es necesario conocer aspectos básicos que a continuación se presentan.

## **1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS**

Es difícil aportar la primera referencia científica respecto al Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, e indudablemente su inclusión dentro de un trastorno específico, algunos señalan a H. Hoffman como el primer autor que describe claramente a un niño con déficit de atención e hiperactividad a mediados del siglo XIX; sin embargo, varios autores han atribuido diversas características al trastorno.

En 1901, J. Demoor señala la presencia de niños muy hábiles comportamentalmente, que precisan moverse constantemente y que asocian una clara dificultad atencional.

Un año más tarde, Still describe y agrupa de forma precisa esta patología y señala niños violentos, revoltosos, destructivos, dispersos y añade la repercusión escolar como característica asociada. Además la apunta incluso en niños sin déficit intelectual; quedando sin aclarar los mecanismos etiológicos, señalando un “defecto patológico en el control moral” como causa del trastorno, pero anotando indirectamente en algunos casos la presencia de rasgos dismórficos como paladar ojival.

En mismo año, el pediatra George Frederic Still señala por primera vez el caso de 20 niños con síntomas idénticos al actual niño hiperquinético: violencia, travesura sin sentido, insensibilidad al castigo, nervios, inquietud, falta de atención y por consecuencia fracaso escolar; señalando como causas una predisposición heredada y una disfunción cerebral mínima.

## Capítulo 1 El trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad

En el año 1914, el doctor Tredgold argumentó que este trastorno podría ser causado por una disfunción cerebral mínima, una encefalitis letárgica en la cual queda afectada el área del comportamiento, de ahí la consecuente hipercinesia compensatoria; explosividad en la actividad voluntaria, impulsividad orgánica e incapacidad de quedarse quieto.

En 1917, R. Labora describe de nuevo las características clínicas de estos niños; mostrando ejemplos de niños sin déficit cognitivos ni sensoriales, nerviosos, indisciplinados, en constante actividad y desatentos.

Tiempo después, tras estas descripciones clínicas, aparecen diferentes teorías etiológicas que suceden hasta mediados del siglo XX; al mismo tiempo Meyer describe a este tipo de sujetos con características clínicas semejantes a la encefalopatía traumática.

En 1922 Hohmann considera al trastorno como una secuela de la encefalitis epidémica.

Shilder en 1931 realiza una observación clara que se mantiene hasta nuestros tiempos y refiere la presencia de la hipercinesia en pacientes con antecedente de sufrimiento perinatal, señalando de nuevo la base “orgánica” de esta patología.

En 1934, Kahn y Cohen proponen el término “Síndrome de Impulsividad Orgánica” para explicar el origen orgánico del *TDA/H* y plantean la difusión troncoencefálica como origen de la labilidad psíquica de estos niños y otras patologías conductuales. Estos autores describieron tres pacientes que presentaban sintomatología clínica, la cual estaba caracterizada por hipercinesia, incapacidad para permanecer quietos y torpeza involuntaria; argumentado que la hiperactividad era resultado de una anomalía en la organización del tallo cerebral, causada por un trauma o una lesión en el parto.

Para 1952, el especialista inglés en deficiencia mental Tredgold describió a niños con síntomas del síndrome hiperquinético con signos neurológicos menores, insuficiente desarrollo de coordinación motora, excesivo nivel de actividad, falta de atención y distracción.

Así mismo, señaló que el Síndrome de Déficit Moral, como él lo llamo, era una forma de deficiencia mental causada por anomalías en los niveles superiores del cerebro, descartando que esta deficiencia estuviera relacionada con los factores ambientales.

No obstante, es hasta 1955 que Outeden utiliza por primera vez el término de Síndrome Hiperquinético. Un año más tarde, Pasamanick confirma la relación que existe entre la hipercinesia y la afección cerebral e intenta demostrar la relación de enfermedades congénitas con posteriores problemas conductuales, físicos y educacionales.

El término anterior es sustituido por el de “Disfunción Cerebral Mínima” por Clements y Peters, apoyando la posibilidad de un origen funcional no exclusivamente lesivo, que recogería niños con hiperactividad y dispersión atencional, sumado a otros trastornos del aprendizaje y problemas motores leves. Además, apuntan teorías neuroquímicas o neurofisiológicas como base añadida de este trastorno comportamental.

De forma paralela, el Grupo de Estudio Internacional de Oxford en Neurología Infantil recoge el término “Síndrome de Disfunción Cerebral Mínima” para clasificar pacientes con: hiperactividad, deterioro perceptivo motor, labilidad emocional, dispraxia, trastorno de atención, impulsividad, déficit de memoria, alteración del aprendizaje, trastorno del lenguaje y audición, signos neurológicos menores y/o electroencefalograma disfuncional .

Al respecto, en 1961 Loretta Bender señala que la Disfunción Cerebral o el daño estructural que le antecede, más que producir trastornos específicos de carácter motor o sensorial, disminuye la calidad del desarrollo general del niño, interfiriendo en los procesos de maduración y limitando al organismo como un todo. En el mismo año, Williani Cruichshank utilizó el término daño cerebral para referirse a los niños que presentaban distracción, deshibición motora, perturbación en la relación figura-fondo, falta de un concepto de sí mismo y una imagen corporal poco estudiada.

En 1966, Clements encabezó a un grupo de trabajo sobre terminología y propuso una definición sobre la Disfunción Cerebral Mínima; refiriéndose a un cuadro clínico que se presenta en ciertos niños cuya inteligencia es normal, cercana a la normal o mayor a la normal, los cuales presentan trastornos en el aprendizaje y conducta de intensidad variable y se asocian a desviaciones en el Sistema Nervioso

Central (SNC). Estas pueden expresarse por los trastornos de la percepción, conceptualización, lenguaje, memoria, control de impulsos o la función motora y las alteraciones pueden estar relacionadas con trastornos genéticos, alteraciones bioquímicas, insultos cerebrales perinatales o durante los años críticos para el desarrollo y madurez del SNC o por causas desconocidas.

Así, en 1970 la Asociación Americana de Psiquiatría apoyada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sustituye el término anterior por TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD *TDA/H* en su Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. En 1980 dicho manual propone denominar el cuadro como Síndrome de Deficiencia Atencional, indicando que lo central de este es el trastorno de la atención con o sin hiperactividad. Sin embargo, investigaciones más recientes del National Information Center for Center for Children and Youth with Disabilities señalan que este trastorno se conoce oficialmente como Desorden Deficitario de la Atención y en México se le denomina Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, encontrando las siguientes características:

- presencia de sobre actividad;
- impulsividad;
- falta de atención aun bajo una inteligencia normal; y
- una serie de conductas indeseables, tales como la desobediencia y la agresividad.

Poco después, en 1987, Bourneville describe “niños inestables” caracterizados por una inquietud física y psíquica exagerada, una actitud destructiva, a la que se suma un leve retraso mental.

Por último, en 1990, Barkley lo define como “un trastorno del desarrollo caracterizado por niveles de falta de atención, sobreactividad e impulsividad, síntomas inapropiados desde el punto de vista evolutivo. Estos síntomas se inician comúnmente en la primera infancia, son de naturaleza relativamente crónica y no pueden atribuirse a alteraciones neurológicas, sensoriales, del lenguaje o motoras graves, a retraso mental o a trastornos emocionales importantes. Además, sus dificultades se asocian normalmente a déficit en las “conductas gobernadas por reglas” y a un determinado patrón de rendimiento”. [1]

## 1.2 CONCEPTUALIZACIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad es un trastorno de origen neurobiológico que afecta la capacidad de una persona para sentarse quieta, concentrarse y prestar atención, tomando en cuenta que las partes de su cerebro que controlan la atención y la actividad presentan algunas diferencias. Lo anterior significa que probablemente tengan dificultad para concentrarse en algunas tareas y temas ó que actúe de manera impulsiva y se meta en problemas. Así la inatención, la hiperactividad y la impulsividad son los síntomas que definen este trastorno, el cual afecta tanto a niños como a niñas en sus conductas, las cuales tienden a causar situaciones de conflicto significativas en las relaciones, en el aprendizaje y en el comportamiento; razón por la que estos niños son vistos como difíciles o problemáticos.

Entonces, uno de los mayores problemas que un educando con *TDA/H* puede tener durante la asistencia a las clases es la falta de atención y por ende complicaciones en su aprendizaje.

Dado lo anterior debemos partir definiendo **atención** como la conciencia que la persona tiene de su medio circundante y una agudeza mental de los cambios que se producen en él.

Al respecto, Meichenbaum señala que sólo cuando se rompe una rutina y el individuo debe elegir en circunstancias nuevas ó inciertas se adquiere conciencia y se comienza a vigilar nuestros eventos cognitivos. [2]

En tanto, un niño atento y reflexivo en oposición a otro distraído e impulsivo, vigila y controla su atención mediante un diálogo interno que se encarga de definir y aclarar la naturaleza de las tareas, generar los medios para cumplir con ellas, vigilar el proceso, los errores y anticipar el éxito.

Así, “al estudiar un tema poco interesante, si nuestra mente tiende a divagar, tenemos que volver a fijar nuestra atención una y otra vez empleando pulsos de esfuerzo[3], los cuales reviven el tema por un momento y hacen que la mente lo recurra con interés espontáneo durante unos cuantos segundos ó minutos, hasta que de nuevo lo atrapa alguna idea repentina que lo distrae.

Debido a ello el proceso de recuerdo voluntario debe repetirse una vez más, es decir, la atención voluntaria es sólo momentánea.” [4]

En este sentido, los niños con *TDA/H* suelen emprender estas tareas de manera impulsiva, por lo cual toman decisiones en forma rápida e incorrecta; tomando en cuenta que sus principales dificultades académicas y sociales radican en su escasa regulación de la atención.

Al respecto, Russell Barkley (1998) ha destacado el papel que desempeña la maduración de las funciones cognitivas en la internalización de la actividad mental. Así en etapas tempranas de la vida, el comportamiento adaptativo de los niños muestra un patrón de extroversión: los niños interactúan constantemente con el entorno y requieren de reforzamiento continuo, ya que aún son incapaces de hablarse a sí mismos mediante el pensamiento y se muestran inquietos, distraídos e impulsivos de manera normal. Posteriormente, los procesos de maduración cerebral permiten que funciones ejecutivas como la capacidad de retener información mediante la memoria de fijación, la internalización del discurso ó la capacidad de hablarse a sí mismos mediante pensamientos, el control de las emociones para mantener el estado de alerta, la motivación y la combinación de estas tres en la planeación y realización de metas y actividades, tomen el control del comportamiento y la actividad mental en los niños. Vista de esta manera, la discapacidad psicológica de los menores para concentrarse y controlar su inquietud e impulsividad será consecuencia de la imposibilidad para guiarse por instrucciones internas, con el consecuente despliegue público de su discurso y comportamiento.

De tal forma dicho autor ha enfatizado el déficit cognitivo de estos niños, introduciendo el concepto de función ejecutiva del cerebro, definiéndola como la habilidad para mantener una condición mental apropiada para la solución de problemas y el logro de metas a futuro. Además ha señalado a la inhibición comportamental o a la capacidad para retardar las respuestas y decisiones, como otra función cerebral complicada en quienes sufren de trastornos de atención. En síntesis, las fallas en la inhibición comportamental impiden la maduración de cuatro importantes funciones ejecutivas en el menor:

- ✓ Advertencia de sí mismo ó actividad de la memoria no verbal;
- ✓ Internalización del discurso ó actividad de la memoria verbal;

- ✓ Regulación de efecto-motivación-alerta; y
- ✓ Control del comportamiento analítico y sintético dirigido.

### 1.3 ETIOLOGÍA

El Trastorno por Déficit de Atención, anteriormente conocido como Trastorno Hiperquinético con Déficit de Atención, tiene sus orígenes en lo que se conocía como un problema de Disfunción Cerebral Mínima, el cual se denominó por mucho tiempo Síndrome Hiperquinético; considerado esencialmente como una afectación de las funciones cerebrales superiores y representa a la expresión clínica secundaria de daño o lesión; malformación; disfunción bioquímica; y trastorno de la actividad bioeléctrica cerebral.

En diferentes momentos a lo largo de la historia del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, se han resaltado diversos componentes para determinar la manera en que se la va conceptualizando. El daño por lesión o la disfunción cerebral mínima dominan los primeros años; posteriormente diversos autores enfatizan los componentes clínicos, primero *la inquietud o hiperactividad* y después *la incapacidad para atender y la distractibilidad*. Sin embargo, lo cierto es que el *TDA/H* es multicausal y en su origen pueden intervenir diversos elementos, tales como:

- Genéticos o de Herencia Biológica;
- de Estructura y Organización Cerebral;
- Neuroquímicos;
- Neurofisiológicos y Bioeléctricos;
- del Desarrollo Intrauterino; y
- Socioculturales y de Crianza.

En cuanto a los *elementos genéticos o de herencia biológica*, podemos decir que la advertencia de una mayor frecuencia de trastornos por déficit de atención en los familiares de los niños con estos síntomas tiene cuando menos treinta años; a partir de lo cual se ha pretendido establecer que dichos niños poseen características especiales en su cerebro y en su conducta. Al respecto, diversas estrategias han sido encaminadas a documentar alguna relación entre la herencia biológica para el sistema

nervioso y su expresión comportamental, abarcando estudios realizados a los familiares biológicos de los afectados.

Por medio de dichos estudios se han identificado genes defectuosos en portadores del trastorno y todos han sido relacionados con la dopamina[5] cerebral y su actividad; tomando en cuenta que esta sustancia es un importante modulador de la actividad de la corteza prefrontal.

Tocante a los *elementos de estructura y organización cerebral*, existen algunos señalamientos, entre los cuales destacan:

1. Los trabajos de Laufer y Shetty (1957, 1971) que implicaron a las proporciones rostrales del sistema reticular activador como una zona posiblemente disfuncional y basaron la propuesta en el papel de la formación reticular en el mantenimiento del estado de conciencia, la alerta y la atención.
2. El modelo de Norton (1976) de ablación del globo pálido en el cuerpo de las ratas, lo cual producía en estos animales conductas similares a los síntomas del trastorno.
3. Primero P. Wender (1971) y después Shaywitz (1976) lesionaron las vías neuronales que emplean a la dopamina como neurotransmisor, las cuales parten de la zona central del cerebro y estimulan a la corteza del lóbulo frontal, provocando impulsividad en animales como las ratas.

Estos trabajos, aunados a los realizados mediante lesiones prefrontales y del estriado en los monos que provocaban comportamiento hiperactivo, destacaron el papel del lóbulo frontal y los núcleos de la base en la programación del comportamiento y su posible relación en quienes están afectados por trastornos de atención. Así mismo en un trabajo de revisión Hendren, Backer y Pandina (2000) concluyeron que las anomalías en la neuro imagen en niños con *TDA/H* incluyen sobre todo a los ganglios basales, ya que dicha irregularidad se relaciona con la impulsividad y el lóbulo frontal con las dificultades de aprendizaje.

En relación a los *elementos neuroquímicos*, en 1937 Bradley administró por primera vez una sustancia psicoestimulante a niños con trastornos de atención a los que se había practicado estudios neuro encefalográficos, con la finalidad de aliviarles

el dolor de cabeza consecutivo; a partir de entonces se advirtió que éstas y otras modalidades de sustancias tienen algún efecto sobre la discapacidad de estos niños.

Este hallazgo nos lleva a un razonamiento claro: existen fármacos que modifican el cuadro clínico en los trastornos de atención, los cuales deben tener algún sustrato químico cerebral. Sumado a lo anterior, algunos investigadores de la Universidad de Harvard han propuesto que los trastornos de atención pueden deberse a una deficiencia en la actividad de la norepinefrina del sistema reticular activador ascendente, la cual explicaría la mejoría que producen los estimulantes al incrementar la actividad de dicho neurotransmisor. Esta actividad deficiente podría deberse a una baja densidad de fibras neuronales en esta zona y a la baja densidad en los contactos sinápticos entre ellas.

Referente a los *elementos neurofisiológicos y bioeléctricos*, es necesario partir del concepto de daño cerebral con el que inicialmente se calificaba a los menores afectados por trastornos de atención; aludiendo a niños con secuelas de encefalitis letárgica postepidémica ó niños con secuelas de traumatismo obstétrico o traumatismos cerebrales severos. Al detectarse cada vez con mayor frecuencia el síndrome de inquietud y atención deficitaria en niños que no tenían este tipo de antecedentes, se propuso que el cuadro podía tener un origen en el daño neurológico, o bien de tipo psicosocial posiblemente, si no había antecedentes. De cualquier forma, y en vista de que los menores afectados en ocasiones presentaban signos neurológicos, antecedentes de encefalitis, traumatismo ó alguna otra enfermedad neurológica, se empezaron a hacer registros encefalográficos con el objetivo de correlacionar síntomas y trazos bioeléctricos. El cual se convirtió en un estudio de rutina en menores con problemas de comportamiento y se propuso que en los niños con un trazo normal podía suponerse un origen no orgánico del síndrome, es decir, psicológico o social; mientras que los que tenían trazos anormales eran portadores de patología neurológica ó daño orgánico cerebral, el cual explicaba sus síntomas.

Cabe mencionar que resulta impresionante la manera en que este supuesto se difundió y se convirtió en parte del lenguaje habitual y de la práctica clínica de los profesionales de la salud mental infantil, de tal forma que aún en la actualidad resulta difícil erradicarlo.

Respecto a los *elementos del desarrollo intrauterino*, es importante mencionar que el desarrollo cerebral *in útero* requiere de la migración y el correcto acomodo de neuronas jóvenes, desde el tubo neuronal hasta la estructura en la que quedarán ubicadas de manera definitiva; una vez ahí dichas neuronas establecerán conexiones sinápticas con otras a lo largo de toda su existencia, pero de manera especialmente abundante durante los primeros años de vida. Sin embargo, este proceso migratorio neuronal puede verse afectado por múltiples factores, tales como:

- Problemas nutricionales maternos;
- Falta de cuidados prenatales adecuados;
- Infecciones en la madre, especialmente virales;
- Estrés;
- Prematurez;
- Bajo peso al nacimiento;
- Exposición al humo del tabaco;
- Crisis convulsivas en la madre;
- Consumo de alcohol durante el embarazo;
- Placenta de bajo peso;
- Plomo y otras sustancias tóxicas; y
- Partos distócicos.

Se han realizado múltiples estudios que intentan vincular estos factores con diversos trastornos del desarrollo infantil, especialmente los problemas de aprendizaje, y ninguno de ellos ha conseguido asociarse consistentemente con los trastornos por déficit de atención; sin embargo existen hallazgos acerca de la asociación entre el consumo de cocaína en la madre y una mayor frecuencia de estos problemas.

Por último, en torno a los *elementos socioculturales y de crianza*, nos damos cuenta que aunque se han hecho algunos señalamientos de tipo psicosocial, éstos no han sido categóricos, absolutos ó excluyentes, más bien han pretendido complementar colateralmente los modelos causalistas. De esta manera, es posible encontrar estilos de crianza, ambientes familiares y normas de comportamiento que hacen más grave la expresión de discapacidad psicológica o bien atribuyen a atenuarla sin que por ello consigan el desarrollo psicológico y emocional en los menores afectados, producto de sus limitaciones cognitivas y comportamentales, no obstante de ningún modo conducen a reflexiones etiológicas.

Además los eventos cognitivos y las eventuales crisis de la vida familiar, así como las exigencias de un ambiente familiar o escolar excesivamente rígido y demandante pueden agravar los síntomas y las dificultades de adaptación e incluso modificar por lapsos la respuesta a las terapias orgánicas.

Por otra parte, los menores que sufren de atención deficitaria, inquietud e impulsividad deben enfrentar de manera constante el fracaso académico y el rechazo de los padres, docentes, orientadores escolares y compañeros de su misma edad, lo que conlleva serias repercusiones para su autoestima, su concepto de sí mismos y la seguridad con la que se desempeñan, complicando el cuadro.

Después de haber mencionado todo lo anterior, dos conceptos resultan fundamentales para proponer un modelo explicativo integral para los trastornos de atención: el concepto sindromático y el de factores asociados.

En efecto, se trata de un síndrome clínico caracterizado por discapacidad psicológica, cuyas manifestaciones son: falta de atención, inquietud e impulsividad; como tal podía tener un origen diverso y éste podría variar de unos a otros portadores, sumando que existen varios factores con los cuales se ha asociado mediante evidencias de incuestionable valor científico.

## **1.4 CARACTERÍSTICAS**

*TDHA* es la sigla con la que se conoce el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Anteriormente se denominaba trastorno por déficit de atención o *TDA* pero en el año 1994 se le nombro *TDA/H*; sin embargo el primer término aún se utiliza para describir un tipo de trastorno que no incluye hiperactividad.

Cuando los problemas más serios se relacionan con la atención, la concentración y la organización, es decir, cuando una persona no presenta signos de hiperactividad, los médicos utilizan el término *TDA*. Cuando los problemas incluyen el movimiento constante, la interrupción y las respuestas impulsivas se trata de *TDHA* y suele considerarse un trastorno del aprendizaje porque puede interferir en la capacidad de una persona para estudiar y aprender.

En la actualidad según el DSM-IV 1994, el *TDHA* es un trastorno que se caracteriza por “un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad/impulsividad

que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar”.

Este trastorno afecta de un 4 a un 12% de los niños en edad escolar y es más común en los niños que en las niñas. En niños con *TDAH* algunos de los síntomas deben comenzar antes de los siete años de edad y deben suceder con más frecuencia y severidad que en otros niños de la misma edad.

Es importante señalar que los síntomas no se presentan durante el curso de otro trastorno ni son el resultado de otra enfermedad mental; además estos deben crear dificultades en por lo menos dos aspectos de la vida social del niño, ya que se ven reflejados en diferentes comportamientos ó problemáticas que muestra el niño y que interfieren en su proceso de aprendizaje.

Aunque el *TDA/H* comienza en la infancia, en ocasiones no se diagnostica hasta la adolescencia y en algunos casos recién se diagnostica cuando la persona es adulta. Además la sintomatología se manifiesta de forma diferente según la edad del niño, ya que el exceso de actividad motora ó vocal se reduce significativamente en la adolescencia.

Si bien el *TDA/H* es una categoría amplia que cubre diferentes elementos tales como inatención, actividad e impulsividad, puede revelarse de diferentes maneras en distintas personas. Algunos de sus indicadores son:

***Atención y concentración:***

- No logra prestar atención a los detalles ó comete errores por descuido en sus tareas escolares, el trabajo u otras actividades;
- Dificultad para prestar atención o mantener la concentración en una actividad, sobre todo en las de larga duración;
- Problemas para finalizar las tareas en la escuela ó en el hogar y tendencia a saltar de una actividad a otra;
- Problemas para concentrarse en las instrucciones y dificultades para seguirlas;
- Parece no estar escuchando cuando se le habla directamente;
- Dificultad para organizar las tareas y actividades;
- Evita, no le gusta ó no siente interés de participar en actividades que requieren esfuerzo mental por tiempo largo;

## *Capítulo 1 El trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*

- Pierde u olvida los útiles necesarios para completar sus tareas, tales como lápices, libros, o herramientas;
- Dificultad a la hora de establecer un orden en sus trabajos ó pequeñas responsabilidades a casa;
- Olvida realizar sus trabajos cotidianos;
- Pierde la concentración en tareas rutinarias;
- Sus trabajos suelen ser poco limpios y desordenados;
- Se distrae con facilidad, aún cuando se está haciendo algo entretenido,
- Puede tener problemas a la hora de seleccionar que es lo más importante, ya que le es difícil prestar atención a dos estímulos a la vez, por ejemplo, seguir lo que dice el docente y tomar notas al mismo tiempo;
- La distracción más vulnerable es a los estímulos del contexto ambiental.

### ***Hiperactividad:***

- Juguetea con las manos ó los pies, suele moverse cuando está sentado;
- Inquieto;
- Habla demasiado ó tiene problemas para realizar actividades en silencio;
- Interrumpe ó molesta a otras personas;
- Responde impulsivamente antes de terminar de escuchar las preguntas que se le formulan;
- Juega frecuentemente con objetos pequeños entre las manos;
- A menudo tararea inadecuadamente con la boca;
- Durante el juego le cuesta esperar su turno y jugar de tranquilamente;
- Presenta excesivo movimiento corporal que se traduce en una actividad casi permanente e incontrolada, la cual se caracteriza por no tener una meta concreta y por aparecer en los momentos menos oportunos;
- Su energía la dirige hacia tareas y objetivos diferentes a los encomendados por sus padres y docentes;
- Sufre caídas y tropezones frecuentemente;
- Suele ser torpe ante cualquier actividad que requiera coordinación viso-motora;

### ***Impulsividad:***

- Con frecuencia actúan sin pensar;

- Actúa precipitadamente a la hora de realizar las tareas;
- Le cuesta obedecer las órdenes, no porque no quiera obedecer sino porque no está atento cuando se le formulan;
- Suele ser poco previsor y olvida planificar: se ponen a hacer sus deberes sin el material;
- Interrumpe a menudo durante juegos ó explicaciones;
- Presenta dificultades para planificar su horario a corto, medio y largo plazo en casa ó en la escuela;
- Muestra un pensamiento poco reflexivo tanto en su comportamiento como en sus tareas;
- Es impaciente;
- Sufre accidentes al realizar acciones sin pensar los peligros que conllevan;
- Incumple las normas básicas del hogar y la escuela;

A su vez estos niños pueden presentar síntomas característicos, tales como la irritabilidad, pues tanto los estímulos placenteros como los frustrantes provocan respuestas exageradas de júbilo o enojo, ocasionando un escaso control de la conducta, baja tolerancia a las frustraciones y labilidad afectiva, la cual es el antecedente de la conducta imprevisible, la irritabilidad y la agresividad, viéndose reflejada cuando los niños pasan con facilidad del enojo a la risa y de ésta al llanto.

En ocasiones los síntomas del *TDA/H* se vuelven menos graves a medida que la persona crece. Por ejemplo, el aspecto hiperactivo del trastorno disminuye con la edad, aunque los problemas con la organización y la atención suelen perdurar; si bien algunas personas "superan" los síntomas, más de la mitad de todos estos niños continúan mostrando indicios del trastorno en la juventud.

## **1.5 CLASIFICACIÓN**

Según los criterios del DSM-IV (Manual de Diagnóstico y Estadística de la Asociación de Psiquiatría Americana, 1994), se distinguen tres tipos de trastornos de acuerdo a las principales características asociadas al desorden:

- ❖ **TDA-H de tipo predominantemente desatento:** con múltiples síntomas de inatención y pocos ó quizá ningún síntoma de hiperactividad e impulsividad.

- ❖ **TDA-H de tipo predominantemente hiperactivo/impulsivo:** presenta múltiples síntomas de hiperactividad e impulsividad con pocos ó quizá ningún síntoma de inatención y predomina la dificultad en el autocontrol.
- ❖ **TDA-H de tipo predominantemente combinado:** se observan diversos síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad; este tipo de *TDA/H* es el más común.

Por lo tanto en el aula podemos encontrar varios tipos de niños que presentan *TDA/H* en estado puro o conjuntamente con otros cuadros diagnósticos. Entre los primeros podríamos distinguir niños diferentes:

1. Niños que manifiestan una conducta predominantemente inatenta, que sólo presentan déficit de atención y dificultades de organización; en este grupo podríamos observar niños con perfiles comportamentales diferentes:
  - a. Aquellos que muestran déficit de atención pero que nunca han mostrado hiperactividad ni impulsividad; es más, se caracterizan por su lentitud.
  - b. Aquellos que muestran déficit de atención significativo y rasgos de hiperactividad e impulsividad leves, ya sea que nunca han presentado éstos síntomas de forma reflejada ó bien porque esta sintomatología ha disminuido con la maduración, como suele suceder en muchos adolescentes.
2. Niños o niñas que manifiestan una conducta predominantemente hiperactiva e impulsiva, diferenciando:
  - a. Niños que nunca han mostrado déficit de atención.
  - b. Niños que pudiendo tener déficit de atención, pasan desapercibidos porque compensan las dificultades que podría acarrear su déficit de atención con una capacidad intelectual.
  - c. Niños que se encuentran en los primeros cursos escolares y su déficit de atención no resulta significativo para la exigencia escolar del momento como sucede en el primer ciclo de primaria.

d. Niños que realizan un gran esfuerzo para adaptarse al entorno, temen el fracaso pero luchan para no defraudar a los que le rodean.

3. Niños que manifiestan los dos grupos de síntomas: déficit de atención e hiperactividad e impulsividad.

Sin embargo, una de las dificultades del *TDA/H* es que frecuentemente se presenta comorbilidad con otros trastornos; por tanto es fácil que algunos de los niños anteriores presenten además el siguiente perfil:

- Niños con *TDA/H* y Trastorno Negativista Desafiante, es decir con conducta claramente oposicionista.
- Niños con *TDA/H* y conductas agresivas, entre los que podríamos diferenciar: a) aquellos que manifiestan una conducta agresiva proactiva, planificada, deliberada y dirigida a obtener un beneficio y (b) aquellos con conductas agresivas defensivas, impulsivas que se producen como una respuesta excesiva a lo que el niño interpreta como una provocación o un ataque.
- Niños con *TDA/H* y otros diagnósticos asociados como dificultades de Aprendizaje, tales como: Trastorno del cálculo, Trastorno de la Escritura, Trastorno de la Lectura y/o Trastorno de la Coordinación.
- Niños con *TDA/H* que presentan Trastornos del Estado de Ánimo: depresión y/o ansiedad.

De acuerdo con los criterios del DSM-IV (Manual de Diagnóstico y Estadístico de la Asociación de Psiquiatría Americana, 1994) los problemas causados por este trastorno son:

- Problemas en el rendimiento escolar;
- Bajo amor a sí mismo;
- Problemas de adaptación a la escuela;
- Mayor facilidad a tener accidentes;
- Problemas en las relaciones con los familiares y amigos;
- Trastornos de sueño;
- Problemas emocionales: depresión, sentimientos de desconfianza e inseguridad;
- Poca motivación escolar;

- Dificultad para seguir las normas; y
- Variables en cuanto a rendimiento escolar.

## **1.6 DIAGNÓSTICO**

Descrito el panorama, el diagnóstico del *TDA/H* exige una evaluación multidisciplinar con un exhaustivo análisis diferencial, el cual permita descartar que la sintomatología presente en el niño, aún cuando resulte desadaptativa, pueda explicarse mejor por la presencia de un trastorno del desarrollo, trastornos del estado de ánimo u otras patologías.

Este diagnóstico se hace con base a síntomas que han sido observados en situaciones múltiples, tales como el hogar, la escuela y la comunidad, de forma frecuente y que estén presentes por los menos seis meses en un grado que es mal adaptativo e inconsistente con el nivel de desarrollo de la persona, e incluye los siguientes elementos:

1. Una historia clínica personal y familiar,
2. Un examen físico;
3. Entrevista con los padres, el niño y sus docentes;
4. Escalas para medir la conducta, completadas por los padres y docentes del niño;
5. Observación conductual del niño,
6. Una variedad de pruebas tanto médicas como psicológicas para descartar patologías asociadas;

Por tanto, la evaluación se debe realizar a nivel médico, psicológico y pedagógico lo que permitirá determinar cual es la condición del niño a nivel físico, emocional, social y de aprendizaje; es por ello que el diagnóstico de un niño con *TDA/H* debe ser multidisciplinario y contar con la intervención de diversos especialistas que abarquen las áreas del desarrollo evolutivo infantil. Esta evaluación se dividirá en tres fases:

- ✓ Entrevista Clínica: se pretende obtener información a través de los padres sobre el desarrollo y conducta del niño. Para ello es preciso evaluar los siguientes aspectos: embarazo, parto, desarrollo psicomotriz, enfermedades padecidas, escolaridad y la esfera afectivo-comportamental.

- ✓ Observación de la conducta del niño: puede hacerse desde el contexto natural como la casa, la escuela ó en la propia consulta donde se está realizando la evaluación. Para tal observación podemos utilizar un código de observación sobre la interacción madre e hijo, en el cual se analiza el estilo de comunicación entre ellos, es decir el tono y la adecuación de la directividad de la madre, la escala afectiva en la que se encuentran y el grado de conflicto que hay entre ambos. Por otro lado también podemos realizar el código de observación en el aula, ya que nos ayuda a evaluar la conducta del niño en la escuela.
- ✓ Evaluación Individualizada del niño hiperactivo, con el fin de obtener información detallada sobre el desarrollo intelectual, estilos cognitivos, presencia ó ausencia de síntomas neurológicos menores, impulsividad, desarrollo perceptivo, coordinación motora, capacidad de atención y nivel de actividad motora.

El diagnóstico se hará básicamente en función de los datos aportados tanto por padres y docentes, como los obtenidos de la aplicación directa de pruebas al educando. Sin embargo esta conjunción de información, más cualitativa que cuantitativa, requiere la aprobación de dichas aportaciones, ya que ambos poseen un conocimiento riguroso del niño; además es necesario analizar los resultados de las pruebas directamente aplicadas al niño, lo que permitirá valorar las áreas afectadas, así como aportar datos para un diagnóstico diferencial.

A través de esta información se llegará a concluir por medio de un informe psicopedagógico, si estamos ante un caso de *TDA/H* ó ante otro trastorno intelectual, de aprendizaje ó de comportamiento. Dicho informe recoge detalladamente no sólo la valoración final, sino los resultados de evaluación de los procesos estudiados, la determinación de los puntos fuertes y débiles, así como las pautas concretas de intervención en el contexto escolar, social y familiar.

En tanto sí en el diagnóstico se concluye que existe la presencia *TDA/H*, se recomienda canalizar al niño con un neuropediatra para la realización de una exploración neurofisiológica y una cartografía cerebral.

Durante este estudio, el especialista hace una serie de observaciones que complementan los resultados estandarizados, como el tiempo de reacción en las

tareas, el período de latencia, su capacidad de elección, constancia y dedicación a las actividades, su organización y secuencia.

Así un adecuado diagnóstico será fundamental para que padres y docentes acompañen al niño con *TDA/H* y se podrán eliminar otras posibles razones del comportamiento del niño, por ejemplo: problemas de audición y visión, ansiedad, depresión e identificar otros trastornos, tales como problemas de aprendizaje, ansiedad, problemas de conducta y depresión, los cuales algunas veces coexisten con el trastorno. Además, por medio de esta valoración conoceremos el potencial del niño en las distintas dimensiones de su persona y áreas de aprendizaje para determinar sus puntos fuertes y débiles, con la finalidad de diseñar un programa de intervención y tratamiento individualizado que mejore la relación consigo mismo y con el entorno.

## 1.7 TRATAMIENTO

Dado que no existe una cura para el *TDA/H*, los especialistas ayudan a los pacientes a manejar los síntomas de un modo más eficaz, adaptando el tratamiento a los síntomas de cada paciente, por lo que cada persona debe recibir un tratamiento diferente. El cual favorecerá una mejor adaptación social, académica, familiar y personal, abordando los problemas y/o trastornos asociados con la intención de evitar que se compliquen.

Por ello dicho tratamiento debe ser multimodal con diferentes perspectivas en función de las dificultades del niño y de las afectaciones del trastorno en su vida cotidiana. Por lo tanto, proponemos los siguientes componentes dentro del tratamiento:

- ✓ **Intervención Conductual:** consiste en que los padres y docentes manipulen contingencias ambientales y utilicen un conjunto de estrategias de modificación conductual para incrementar las conductas deseadas: atención y obediencia; logrando reducir o eliminar las conductas inadecuadas, disruptivas e hiperactivas. A través de dichas modificaciones se lograrán cambios en el comportamiento que se generalizarán por el aumento de refuerzos positivos y la mayor aprobación social. Además estos métodos son fáciles de implementar, de bajo costo y adaptables a múltiples contextos.

- ✓ **Intervención Cognitivo-Conductual:** radica en métodos que se basan en la combinación de estrategias cognitivas ó de pensamiento y técnicas conductuales para enseñar al niño procedimientos dirigidos a controlar su conducta, a desarrollar progresivamente su capacidad de atención; ayudándolo a establecer un pensamiento organizado en él que el niño prevea las consecuencias de sus comportamientos y busque alternativas.
- ✓ **Tratamiento Médico:** se basa en la prescripción de psico-estimulantes, el más usado es el Metilfenidato ó Ritalín, el cual aumenta la capacidad de atención y concentración, reduce la hiperactividad y la movilidad del niño. Los psico-estimulantes incrementan la disponibilidad de ciertos neurotransmisores en el cerebro, así estos potencian la motivación y hacen posible que se intensifique el esfuerzo intelectual, disminuyendo la fatiga. Para la mayoría de los niños con *TDAH*, el medicamento es una parte importante del tratamiento; sin embargo, los medicamentos no deben utilizarse para controlar el comportamiento. Normalmente es adecuado medicar al niño después de los 5 años, ya que antes de esta edad es difícil diagnosticar en el niño el Déficit de Atención, dado que está desarrollando su capacidad atencional y está en un período de exploración y manipulación, lo que hace difícil discriminar entre lo que es su comportamiento normal y el que no lo es.
- ✓ **Psicopedagógico o Refuerzo Escolar Especializado:** se basa en la ayuda educativa regida por premios, castigos, economía de fichas y contrato de contingencias. Los *premios* pueden ser las actividades que más disfruta el niño. El *castigo* puede ser útil para controlar ciertas conductas temporales, pero a largo plazo carece de eficacia; si la conducta es indeseable el castigo más eficaz es ignorarla, siempre y cuando la conducta no sea peligrosa. La *economía de fichas* consiste en dar puntos negativos ó positivos en función del cumplimiento de ciertas conductas; se realiza una lista de conductas "objetivo", la cual debe estar a la vista del niño, así como los puntos conseguidos; cada punto negativo elimina el valor del punto positivo y el número total de puntos se canjea por distintos premios. El *contrato de contingencias* consiste en hacer un convenio por escrito con el niño acerca de su comportamiento; cada uno tiene que dejar constancia en términos específicos de la conducta que desea en el otro, estableciendo un diálogo y un acuerdo entre padres e hijos, en tanto el niño juega un papel importante en el control de su conducta.

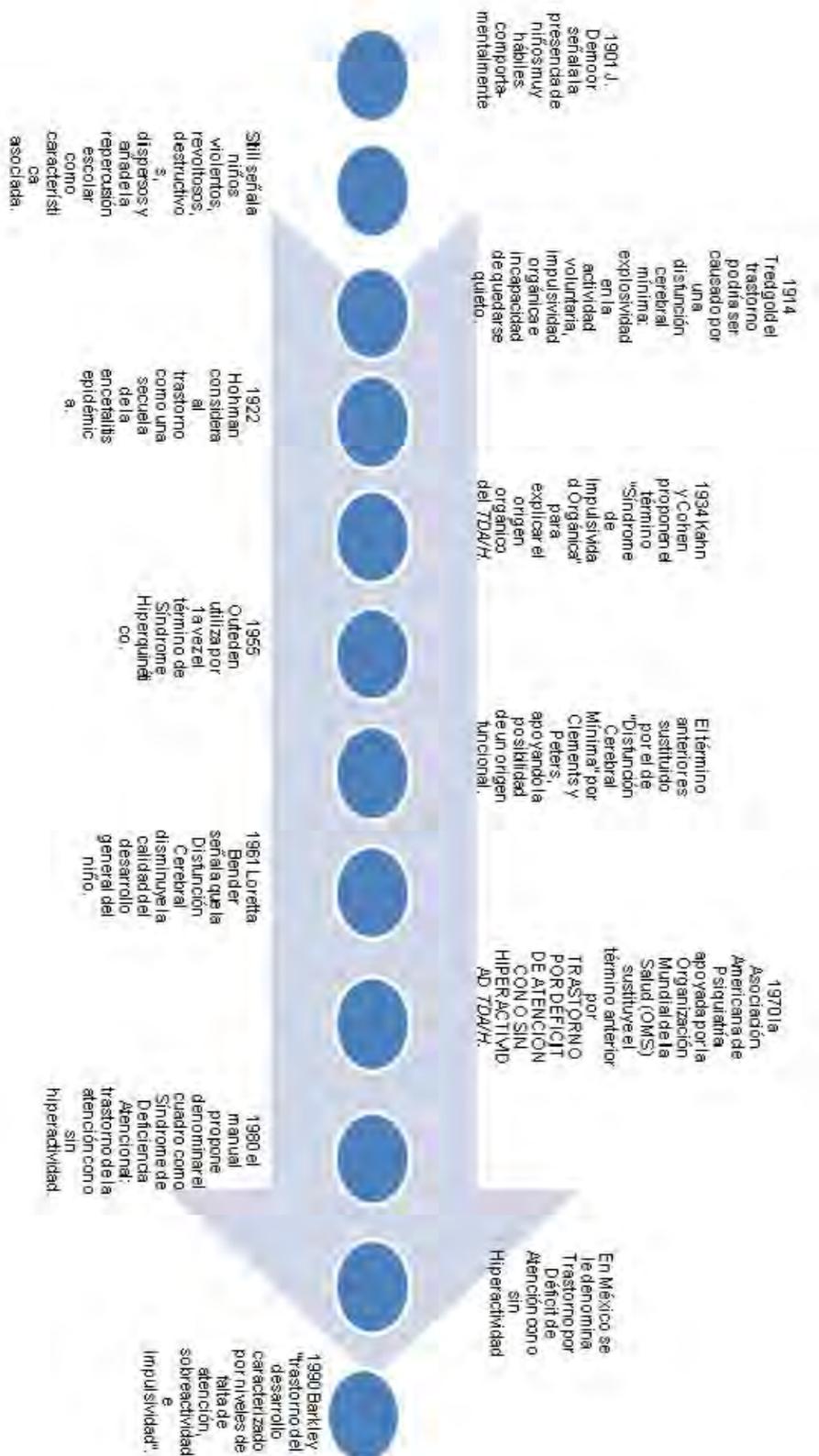
- ✓ **Ayuda a los Padres:** mediante cursos de formación, conferencias ó grupos de trabajo. La terapia familiar ayuda a tratar el *TDA/H* porque mantiene a los padres informados y les muestra formas de trabajar con sus hijos para ayudarlos; también promueve la comunicación familiar y colabora con la resolución de problemas que surgen en el hogar.
- ✓ **Asesoramiento a los Docentes:** mediante información del *TDA/H* y cursos de formación para la oportuna detección y tratamiento del trastorno.
- ✓ **Cursos de habilidades sociales para el niño:** el objetivo a largo plazo es ayudar a los niños a controlar sus propias conductas y a elegir el comportamiento apropiado. El control conductual involucra cambiar los antecedentes y las consecuencias de diversos hábitos, ya que los niños con *TDA/H* responden mejor en un ambiente estructurado y predecible, a través del establecimiento de rutinas y aclarando las posibles consecuencias de sus actos, lo cual conlleva al niño desarrollar un sentido interno de control.

Dado lo anterior, el éxito del tratamiento del *TDA/H* depende del compromiso que asuman tanto padres como docentes y de la permanente interacción de éstos con los especialistas en el área, lo cual implica una educación para comprensión del *TDA/H*.

Por último, las personas con *TDA/H* pueden tener vidas productivas y satisfactorias cuando reciben el tratamiento adecuado y si esto no sucede se pueden presentar algunos problemas, tales como: fracaso escolar, depresión, problemas en las relaciones sociales, problemas de conducta, baja autoestima. Además la mayoría de los niños con *TDA/H* continúan con los síntomas durante la adultez, por lo que pueden tener problemas en el trabajo y en el hogar a no ser que reciban el tratamiento adecuado.

En este momento, ya conocemos las características de los niños que padecen *TDA/H*, ahora resulta pertinente analizar los diferentes ámbitos en los que se desarrollan dichos sujetos, ya que a lo largo de su vida cotidiana muestran sus particularidades, las cuales suelen acarrear problemas.

## 1.8 LINEA DEL TIEMPO



---

[1] Caballo, V.E; Simón, M. A. “Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales”. (2002). Madrid: Ediciones Pirámide. p.401-429.

[2] Los eventos cognitivos se refieren a las ideas automáticas que caracterizan e influyen en la conducta y sentimientos de una persona; a menudo son inconscientes o preconcientes, en el sentido de que uno no los genera regularmente ni los vigila de manera intencional.

[3] Los pulsos de esfuerzo son cadenas de afirmaciones acerca de uno mismo, levemente interconectadas denominada diálogo interno.

[4] William James. (1899). “Ensayos de Psicología para maestros”.

[5] El neurotransmisor llamado dopamina estimula los centros de atención del cerebro; por lo tanto, es probable que si una persona tiene bajas cantidades de esta sustancia química, muestre síntomas de TDA/H; los niños con este trastorno no fabrican suficientes sustancias químicas en áreas claves del cerebro que son responsables de organizar el pensamiento y, al no tener una cantidad suficiente de esas sustancias, los centros del cerebro que se encargan de la organización no funcionan bien; lo cual causa los síntomas en dichos niño.

## ***CAPÍTULO II***

# ***EL NIÑO CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN: ANÁLISIS DE LOS DIVERSOS FACTORES QUE INFLUYEN EN ESTE PADECIMIENTO***

*"La escuela ha de ser para el niño, no el niño para la escuela"*

La vida cotidiana de un educando con *TDA/H* se desarrolla fundamentalmente en dos ambientes: la familia y la escuela, en esta última él interactúa con amigos e iguales en aspectos académicos y lúdicos; sin embargo estos niños parecen molestar a sus compañeros ya que en vez de acercarse, chocan y en vez de pedir prestado el lápiz, lo toman, provocando el enojo y la distancia de sus mismos compañeros. Dado lo anterior, es necesario realizar un análisis sobre dichos espacios para la comprensión y solución de esta problemática.

## **2.1 LA ESCUELA**

El espacio escolar es el lugar donde los docentes tienen la oportunidad de guiar y orientar a los educandos en cada una de sus dimensiones.

En tanto, en la escuela el educando aprende habilidades y destrezas a partir de diversas metodologías y estrategias, no obstante la importancia del trabajo grupal, la convivencia e interacción con otros compañeros empieza a ser notable. Se puede decir que empieza a ser relevante la opinión y comentarios de los demás, con la intención de coincidir con los pares y sentirse aceptado.

Ante dichos escenarios los niños con *TDA/H* pueden presentar diversas dificultades en el control de sus acciones y en ocasiones mostrar comportamientos agresivos, los cuales podrían propiciar el distanciamiento de su grupo de iguales, afectando la confianza en sí mismos para hacer amigos.

Aunado a lo anterior, ocasionalmente los docentes segregan y discriminan a dichos niños, en tanto su percepción hacia ellos es la imagen desafiante, irrespetuosa y desobediente. Por lo cual, el reto del docente radica en enseñar a sus educandos con *TDA/H* a controlar su comportamiento tanto en el interior como en el exterior del aula, lo cual ayudará a mejorar la relación con los demás, así como los resultados académicos y la confianza para realizar cualquier tipo de tarea.

## *Capítulo 2 El Niño con Trastorno por Déficit de Atención: Análisis de los diversos entornos que confluyen en este padecimiento*

A su vez, debe intervenir responsablemente realizando adaptaciones curriculares metodológicas y haciendo participe al educando en todas las actividades desarrolladas, ya que en ocasiones se le limita por ser considerado incapaz de realizar con éxito las tareas propuestas.

Entonces, el educador debe ser un motivador al interior de su aula, involucrando a todos los agentes que participan en el proceso de enseñanza y aprendizaje y apreciando los logros que va consiguiendo, ya que a partir de estas acciones él adquiera seguridad en sí mismo.

Resulta importante mencionar que en el período de Educación Primaria es donde se manifiesta claramente la dificultad de los niños hiperactivos para responder a las exigencias del aprendizaje, ya que la actividad motora es especialmente notable durante la clase y menos aparente en el recreo, apreciándose variabilidad sintomatológica en función de las distintas personas y actividades. Así mismo la impulsividad es evidente, encontrando que durante la clase responden antes de que se les realicen las preguntas ó contestan por escrito sin leer completamente el enunciado, invaden el juego de los demás niños sin considerar las reglas del mismo, les cuesta esperar y su falta de reflexión les hace difícil aprender de los errores ó pensar con claridad en las consecuencias de sus actos.

Por tal motivo, las características que presenta el educando con *TDA/H* tales como: la precipitación en el trabajo, la vaga comprensión de textos por una lectura precipitada, la insuficiente reflexión, el escaso repaso de la tareas, la carencia de estrategias para manejar información, las dificultades para mantener el nivel atencional en el seguimiento de instrucciones, el estar fuera de lugar con demasiada frecuencia, perder su material de trabajo, interfieren gravemente en su proceso de aprendizaje, creando déficits en áreas determinadas, provocando posiblemente trastornos graves como: la disortografía, la discalculia, la disgrafía, y otros asociados a la lectura.

## *Capítulo 2 El Niño con Trastorno por Déficit de Atención: Análisis de los diversos entornos que confluyen en este padecimiento*

Estos trastornos en el aprendizaje pueden ser provocados por diversas cuestiones, entre las cuales destacan:

- La incapacidad para concentrarse en labores escolares y/o domésticas.
- Los desórdenes en el proceso cognoscitivo, especialmente en el área viso-motora.
- La disociación ó incapacidad para ver las cosas como un todo, ocasionando dificultad para traducir los estímulos visuales en motores; por ejemplo, el niño no puede dibujar correctamente las formas que se le presentan como estímulos visuales y por ello las invierte, fragmenta o mutila.
- La inversión del campo visual ó incapacidad para destacar la figura del fondo en que se encuentra y con frecuencia el fondo adquiere mayor relevancia para el niño.

Debido a lo anterior, las clases dirigidas a estos educandos deben ser organizadas, claras, estructuradas, con expectativas precisas y dentro de un ambiente favorable, evitando que este se distraiga y afrontando las dificultades de aprendizaje con responsabilidad y compromiso.

No obstante el estar en situaciones más estructuradas con reglas de adaptación, el trato con los demás niños y con adultos que no son figuras familiares, posiblemente ocasione que las conductas hiperactivas se activen aún más, sobresaltando las características conductuales de estos niños. Por tanto, los docentes que detectan en alguno de sus educandos las características del *TDA/H* no deben limitar esfuerzos para conducirlos de la mejor manera posible y ayudarlos a lograr un desarrollo favorable; el objetivo que debe seguir es la inclusión del educando, propiciando un ambiente que favorezca a todos en el proceso de aprendizaje y socialización.

Por último, nos parece pertinente y necesario mencionar las dificultades concretas en el aprendizaje de los educandos con *TDA/H*, las cuales son:

## Capítulo 2 *El Niño con Trastorno por Déficit de Atención: Análisis de los diversos entornos que confluyen en este padecimiento*

1. **Lectura.** Con frecuencia, el niño con *TDAH* hace, debido a la impulsividad y a la inatención, una lectura precipitada e incorrecta que provoca una pobre comprensión del texto. Los errores más habituales encontrados son: omisiones ó adiciones de letras y palabras, repeticiones y sustituciones de palabras: cambia unas letras ó palabras por otras, vacilaciones: tarda más tiempo de lo normal en realizar la lectura y muestra incorrecta pronunciación.
2. **Cálculo y Matemáticas.** Los niños con *TDAH* presentan dificultades para convertir lo concreto en abstracto y para utilizar el pensamiento lógico, es decir, para imaginarse el enunciado de un problema, ya que no hacen la abstracción de los datos. En el caso de niños que sí son capaces de hacerlo, vemos igualmente errores en la comprensión del enunciado por la precipitación de la lectura, saltándose información importante para la resolución de un problema y precipitándose en los resultados. Hay que tener en cuenta que estos niños, en los primeros años de escolarización pueden no mostrar dificultades en operaciones automáticas: sumas, restas, divisiones y multiplicaciones de forma aislada, lo cual se complica a medida que aumenta la exigencia académica. Aunque a veces también puede darse el caso contrario: niños que debido a su inatención e impulsividad cometen continuos errores en el cálculo automático ó no incorporan de forma definitiva las tablas de multiplicar.
3. **Escritura.** Los niños con *TDAH* suelen tener una psicomotricidad fina escasa, la cual afecta su coordinación y se ve reflejada en actividades que requieren habilidades manuales como: colorear, cortar, jugar con piezas pequeñas, afectando además su caligrafía, ya que es irregular y poco organizada. Durante la copia, pueden hacer más errores que otros compañeros, ya que requiere mantener la atención durante un mayor período de tiempo. También cometen omisiones y adiciones debido a la precipitación. En cuanto a la ortografía, les cuesta memorizar las reglas y aunque las conocen cometen errores a la hora de aplicarlas.
4. **Habla.** En la mayor parte de los casos el pensamiento de estos niños va más rápido que su habla y hay una falta de organización y de reflexión en el mismo, lo que origina que a veces parezca que hablen sin sentido. También acostumbran a hablar en exceso e impulsivamente, tomando en cuenta que tienen dificultad para

aplazar su respuesta y suelen hablar de temas no relacionados con la tarea que ejecutan, distrayéndose con su propio discurso.

## **2. 2 LA FAMILIA**

El proceso de socialización de los niños con *TDAH* es complicado y una de las partes fundamentales en este proceso es la familia, ya que los elementos para el logro de esta se relacionan con el cariño, la atención y el tipo de convivencia que muestre con sus padres. Sí en el hogar los padres son permisivos, desordenados ó descuidados es imposible que el niño asuma el sentido de orden y responsabilidad; por el contrario sí los padres manifiestan otro tipo de actitudes, el proceso de socialización no representará dificultad para el niño. Al respecto, es importante mencionar que la identidad que el niño va construyendo a partir de la imagen y ejemplo de sus padres será determinante en los aspectos de su personalidad.

“El niño que se cría sin suficiente cariño tendrá propensión a buscarlo durante toda su vida en lugar de dedicarse a aprovechar su potencial. El punto de arranque para educar hijos capaces, es darnos cuenta de que no son de nuestra propiedad, la misión de los padres es la de alentarles a que desarrollen su propia particularidad e individualidad.”<sup>[1]</sup>

No obstante, lo anterior resulta complicado en casos de *TDAH*, ya que los padres de los niños que padecen el trastorno se sienten culpables por lo que le ocurre a su hijo y no saben cómo actuar ante esta situación. Además suelen mostrar preocupación por las afectaciones en el éxito académico de sus hijos, piensan que las actividades familiares son alteradas debido al padecimiento y que sus hijos son excluidos de actividades sociales debido a su comportamiento.

Sin embargo esta tensión puede disminuir en la medida que el niño se desarrolle en un ambiente familiar estable, con reglas claras y precisas que faciliten la convivencia entre todos y con consecuencias lógicas por el cumplimiento ó falta de estas.

Entonces, los padres de los niños con *TDAH* deben manifestar seguridad y responsabilidad en sus decisiones y acciones, ya que esto representa una influencia

## *Capítulo 2 El Niño con Trastorno por Déficit de Atención: Análisis de los diversos entornos que confluyen en este padecimiento*

positiva que propicia la libertad e individualidad de dichos niños. Por ejemplo, si se pretende que el niño exprese atención cuando se le solicita, las instrucciones deben ser claras, debemos pedirle que nos mire a los ojos, debemos hablarle con un tono de voz moderado pero siempre con seguridad; así mismo solicitarle que repita lo que se le pidió hacer antes de realizarlo, para constatar que la instrucción fue claramente recibida.

A su vez los padres deben tener siempre presente que sus hijos son seres humanos que merecen respeto, por lo cual no deben recurrir al sarcasmo ó exhibir sus fallas ante los demás. Los regaños basados en la impotencia y la frustración, ante la carencia de elementos para entender las características de los niños con *TDAH*, sólo limitarán la confianza y seguridad del niño. Dado lo anterior, los padres deben aprender a reconocer las debilidades de su hijo, entendiendo su condición de ser humano y apoyando el aprovechamiento potencial del desarrollo de sus capacidades.

Los niños a los que no se les manifiesta cariño, generalmente, presentan conductas antisociales como la agresividad y la incapacidad para brindar afecto y para recibirlo; además muestran una mayor propensión a las enfermedades, por lo cual es fundamental que el niño crezca con la certeza de que hay una figura que lo ama incondicionalmente y que estará con él para superar cualquier tipo de dificultad.

En tanto el resultado será la aceptación y la sólida comprensión ante las situaciones que le susciten sentimientos de fracaso o frustración. En caso contrario cuando el niño es rechazado, este crece sintiéndose incapaz de desempeñar cualquier actividad porque carece de apoyos que lo impulsen a conocer sus cualidades.

En este sentido, los padres deben ser sensibles de la situación real de su hijo y no crear falsas expectativas que sólo produzcan sensaciones de frustración.

Así mismo estos deben proporcionar al niño oportunidades reales de éxito, estimulándolo en el logro de tareas, las cuales sea capaz de cumplir destacando su esfuerzo.

En cuanto al establecimiento de rutinas, los padres deben generar un ambiente que fortalezca la confianza en el niño, esto a partir de la repetición de coordenadas

espacio-temporales tales como: un horario establecido para la realización de actividades como estudiar, jugar, ver la televisión.

*“Vuestros hijos no son vuestros, son los hijos y las hijas del propio anhelo de la vida. Viven por mediación vuestra, pero no proceden de vosotros y si bien están con vosotros, no llegan a pertenecernos. Tenéis que darles vuestro amor, pero no vuestros pensamientos porque ellos tienen los suyos propios. Debéis cobijar sus cuerpos, pero no sus almas, ya que sus almas habitan en la casa del mañana, la cual no podéis visitar ni siquiera en vuestros sueños. Podéis intentar ser igual que ellos, pero nunca intentéis que ellos sean igual que vosotros; porque la vida ni retrocede, ni se alía con el pasado. Sois el arco desde el que vuestros hijos, cual flechazo viviente es disparado hacia delante”. [2]*

## **2.3 LOS JUEGOS Y LOS PARES**

Como bien lo dijo Huizinga en 1972, el juego es más viejo que la cultura, la verdadera cultura nace en forma de juego y cuando el hombre juega es únicamente cuando crea verdadera cultura; así las grandes ocupaciones del hombre están impregnadas de juego, tales como el lenguaje, los mitos, el culto, la política y la guerra. Pues el juego puede ser esencial para el hombre y para la sociedad en la que se desenvuelve.

Dicho autor define al juego como una acción ó actividad voluntaria que se desarrolla sin interés material, realizada dentro de ciertos límites fijos de tiempo y espacio, según una regla libremente consentida pero completamente imperiosa, provista de un fin en sí misma y acompañada de un sentimiento de tensión y alegría.

Para nosotros como pedagogos, el juego es una actividad espontánea y desinteresada, que exige una regla libremente escogida que cumplir ó un obstáculo que vencer.

El juego es, además de una actividad natural consustancial al desarrollo de procesos psicológicos básicos, una acción educativa de enculturación social; ya que por medio de éste se aprende, como afirmaba Sutton Smith en 1980, lo más ambiguo y lo más precioso de la naturaleza humana: el ser y la posibilidad del no-ser.

## Capítulo 2 *El Niño con Trastorno por Déficit de Atención: Análisis de los diversos entornos que confluyen en este padecimiento*

En los juegos se aprende a conocer a otros y a sí mismo, llevando su contenido básico en la experiencia inter-psicológica sobre la cual tiene lugar los acontecimientos cognitivos, afectivos, emocionales y sociales que dan significado a los sucesos individuales.

Así en los juegos se aprenden facetas particulares de la maduración comportamental, es decir se va adquiriendo una identidad social desde la cual pueda interpretarse a sí mismo y al sentido del mundo físico y social. En sí, el juego del niño tiende a la representación, para seguir con la simbolización y por último, pasa a la abstracción del acto al pensamiento.

En tanto, la actividad lúdica es importante en el niño que posee una inteligencia, un cuerpo y un espíritu en proceso de construcción y desarrollo, ya que éste goza de un valor educativo esencial como factor de desarrollo, como gimnasia física-mental y como estímulo del espíritu.

El juego pues, ocupa dentro de los medios de expresión del niño, un lugar privilegiado y no debemos considerarlo sólo como un pasatiempo ó una diversión; es también un aprendizaje para la vida, tomando en cuenta que a través de él aprendemos a conocer nuestro propio cuerpo y posibilidades, desarrollando nuestra personalidad y encontrando un lugar en el grupo donde nos desarrollamos.

Así pues tendremos distintos tipos de juego de acuerdo a la edad:

- ❖ *Juego Sensomotor*: se da hasta el segundo año de vida, cuando el niño está adquiriendo afanosamente el control de sus movimientos, aprendiendo a coordinar sus gestos y sus percepciones con los efectos de los mismos. En este estadio el juego consiste con frecuencia en repetir y variar movimientos, ya que el niño obtiene placer a partir del dominio de sus capacidades motoras y de experimentar en el mundo del tacto, la vista y el sonido.
- ❖ *Juego Simbólico ó Representativo*: predomina hasta los seis años; cuando el niño adquiere la capacidad para codificar sus experiencias en símbolos.
- ❖ *Juegos Sujetos a Reglas*: se inicia con los años escolares, cuando el niño ha comenzado a comprender ciertos conceptos sociales de cooperación y

## *Capítulo 2 El Niño con Trastorno por Déficit de Atención: Análisis de los diversos entornos que confluyen en este padecimiento*

competición; su juego se enfoca sobre actividades lúdicas que están estructuradas a base de reglas objetivas y que pueden implicar actuaciones en equipo ó en grupo. Dichos juegos inician en la organización y en la disciplina, al mismo tiempo que enseñan a someter los propios intereses a la voluntad general. Además a partir del juego en equipo el niño aprenderá a ser él y a ver que también existen los demás, por lo que hay que respetar sus personalidades.

Esta última etapa es crucial para nuestro trabajo de investigación, tomando en cuenta que los niños de 7 a 12 años de edad son los sujetos de investigación y análisis.

Además, en dicha etapa el juego comienza a tomar gran relevancia en el sentido de la convivencia con los pares, en el desarrollo de la acción, de la decisión, de la interpretación y de la socialización del niño.

No obstante el proceso de socialización resulta complicado para los niños que presentan las características de *TDA/H*, ya que los cambios de ánimo se manifiestan frecuentemente y sobresalen conductas como enojo, frustración, impaciencia durante el desarrollo de diversas actividades y falta de respeto a las reglas de los juegos; situación que impide en ocasiones socializar con los pares, debido a que estos consideran que el comportamiento de sus compañeros con *TDA/H* no es el adecuado.

En tanto, es característico que estos niños realicen juegos de forma independiente, y tiendan a apartarse con los juguetes que les resultan más atractivos hasta que se cansan ó se aburren.

Por estas razones el juego de los niños con *TDA/H* debe ser dirigido, de tal forma que aprenda a convivir con sus demás compañeros. Además debemos estar conscientes de que los educandos necesitan jugar, entendamos que el juego constituye una gran parte del desarrollo de sus vidas; es por ello que se le reconoce como parte esencial de la infancia.

Inclusive si fomentamos las relaciones interpersonales y logramos que el niño con dicho trastorno desarrolle una convivencia con sus pares, crecerá la posibilidad de una inclusión no sólo en actividades lúdicas sino también en actividades escolares.

## Capítulo 2 *El Niño con Trastorno por Déficit de Atención: Análisis de los diversos entornos que confluyen en este padecimiento*

Por lo cual, no debemos perder de vista que el juego es un contacto directo con la vida, ya que a través de éste se socializa, se aprende a convivir con los demás y se adquiere confianza y seguridad en las acciones que se realizan. En tanto, un niño que se aísla, que no juega ó que es rechazado crecerá con temores y falta de amor propio.

Por último, las ventajas proporcionadas por el juego podrían ser: ayuda a los participantes a lograr una confianza en sí mismos y en sus capacidades; en situaciones sociales, contribuye a juzgar las numerosas variables dentro de las interacciones sociales y a conseguir una empatía con los otros; induce tanto a los niños como a los adultos a desarrollar percepciones acerca de otras personas y a comprender las demandas en los sentidos de expectación y tolerancia.

Al respecto Nerici (1984) menciona que el juego es una forma eminentemente educativa, un medio por el cual el individuo adquiere la habilidad, destreza y experiencia que le servirán posteriormente en sus actividades habituales; entonces fomentemos el juego en nuestros niños.

Después de analizar los espacios en los que se desenvuelve la vida cotidiana del niño con *TDA/H*, podemos darnos cuenta que la convivencia de ellos no resulta una tarea fácil y se complica aún más cuando los discriminamos, por ello resulta obligatorio hablar de inclusión educativa: una manera de valorar la diferencias humanas y aceptarlas como distintos modos de ser dentro de un contexto social.

---

[1] Petroni, Fernando H. *“Aprendiendo a vivir en pareja”* p. 28

[2] Kalhill, Gibran. *“El profeta”*. pp. 59

***CAPITULO III***

***LA INCLUSIÓN EDUCATIVA***

*“Afortunadamente los seres humanos somos diferentes y tenemos necesidades, demandas y deseos específicos, lo cual nos hace ser únicos”*

Los docentes manifiestan no poder con ellos, les gritan, los castigan, los exhiben, les tienen poca paciencia y quieren que aprendan de la manera que todos los niños aprenden, estos tienen poca claridad al respecto del TDA/H, pero sí saben que deben respetar y tratar con consideración a sordos, ciegos, mudos, parapléjicos y limitados intelectuales y mentales.

En el siglo XXI el conocimiento y las capacidades de los ciudadanos constituyen el capital humano que permite el desarrollo de las sociedades.

En tanto los docentes como profesionales de la educación, deben fortalecer las capacidades intelectuales de los estudiantes, potenciar aprendizajes significativos, favorecer el desarrollo del pensamiento crítico y científico e intervenir para adquirir nuevas formas de convivencia democrática en un aula multicultural y diversa. Por ello su finalidad va enfocada a desarrollar en los estudiantes las competencias necesarias para continuar aprendiendo a lo largo de toda la vida.

Entonces como profesionales comprometidos con la acción educativa, comencemos a trabajar la inclusión dentro de las aulas educativas y a transformar las prácticas docentes, para lo cual resulta necesario conocer sus fundamentos y alcances en el contexto educativo.

Dicha transformación consiste en construir puentes entre las funciones del docente en el aula y los nuevos retos educativos que se presentan, respondiendo a los enfoques actuales de la educación e incorporando estrategias didácticas y desarrollando nuevas competencias profesionales que impliquen un proceso de actualización. No obstante para tal efecto se requiere realizar un análisis del trabajo cotidiano, con la finalidad de dar solución a las situaciones problema en las aulas.

### **3.1 INTEGRACIÓN ESCOLAR VS INCLUSIÓN EDUCATIVA**

Primero que nada, es necesario ser precisos en las definiciones y en la utilización de ambos términos, ya que cada uno de estos tiene un sentido, un origen y una direccionalidad.

*Integrar* significa componer un todo con sus partes integrantes e *incluir* se refiere a colocar una cosa dentro de otra o dentro de sus límites. La utilización de ambos términos en la educación, parecieran tener una misma intención, es más uno y otro parecieran querer dirigirse a un mismo punto de llegada.

Sin embargo en cada caso se parte desde distintos lugares, es decir un sujeto integrado como parte integrante de un todo, indudablemente está incluido en el mismo. Mientras que un sujeto incluido, colocado dentro de algo, no necesariamente estará integrado al todo. Entonces la integración como acción ó efecto de integrar es un concepto que conlleva la inclusión como consecuencia.

Así podemos resaltar las principales diferencias entre integración e inclusión, entre las cuales destacan las siguientes:

<b>INTEGRACIÓN</b>	<b>INCLUSIÓN</b>
Se basa en la normalización de la vida de los educandos con Necesidades Educativas Especiales (NEE).	Se presenta como un derecho humano, el cual da prioridad a todos los niveles y se dirige a todos los educandos.
Se centra en los educandos con NEE, para los que se habilitan determinados apoyos, recursos y profesionales.	Se fundamenta en un modelo socio-comunitario, en él que el centro educativo y la comunidad escolar están fuertemente implicados, conduciendo al mejoramiento de la calidad educativa en su conjunto, en la que todos sus miembros están capacitados para atender la diversidad.
Propone la adaptación curricular como una medida para la superación de las diferencias de los educandos especiales.	Propone un currículo común para todos, en el que implícitamente vayan incorporadas las adaptaciones, es decir, éste no se debe entender como la posibilidad de que cada educando aprenda cosas diferentes, sino más bien que las aprenda de diferente manera.
Supone conceptualmente la existencia de una anterior separación ó segregación, es decir una parte de la población escolar que se encuentra fuera del sistema	Supone un sistema único para todos, lo que implica diseñar el currículo, las metodologías, los sistemas de enseñanza, la infraestructura y las

educativo regular debe ser integrada a éste. En este proceso el sistema permanece regularmente intacto, mientras que quienes deben integrarse tienen la tarea de adaptarse a él.	estructuras organizacionales del sistema educativo, de tal modo que se adapten a la diversidad de la totalidad de la población escolar.
--	---

Analizando el cuadro anterior, podemos darnos cuenta que finalmente lo que nosotros buscamos como pedagogos es la inclusión educativa de los niños con *TDAH*, y es a través de nuestro proyecto de investigación que queremos lograr la adaptación del modelo educativo a la totalidad de los educandos, independientemente de la diversidad de necesidades de estos.

### **3.2 DESARROLLO DEL CONCEPTO DE INCLUSIÓN EDUCATIVA**

El origen de la idea de inclusión se sitúa en la Conferencia de 1990 de la UNESCO en Tailandia, donde se promovió la idea de una educación para todos; a raíz de esta conferencia, en la llamada Conferencia de Salamanca en 1994, se da una adscripción a esa idea de modo casi generalizado como principio y política educativa, proclamándose principios que han de guiar la política y práctica en la construcción de una educación para todos.

De tal forma, la inclusión se da como un concepto teórico de la pedagogía que hace referencia al modo en que en el centro escolar debe dar respuesta a la diversidad; es un término que surge en los años 90 y pretende sustituir al de integración, hasta ese momento el dominante en la práctica educativa. Su supuesto básico es que hay que modificar el sistema para responder a todos los educandos, en vez de entender que son los educandos quienes se tienen que adaptar al sistema, integrándose en él. Por ello no se trata de reintegrar a alguien al sistema educativo del que fue excluido, sino dejar participar en la vida educativa a todos los educandos; así como construir una escuela que satisfaga las necesidades y se ocupe de los apoyos que necesite cada uno de sus educandos.

### **3.3 DEFINICIÓN DE INCLUSIÓN EDUCATIVA**

La inclusión es una manera de mejorar la calidad de vida de todos los miembros de la sociedad y es aquí donde la educación debe jugar un papel relevante al ofrecer las mismas oportunidades y calidad de servicios a todos sus educandos. Por tal motivo, la inclusión educativa supone un compromiso con los fines de la educación y una responsabilidad con la sociedad actual.

En opinión de Booth (1998), la noción de inclusión comprende dos conceptos básicos: Comunidad y Participación; ambos se caracterizan por su conexión con los procesos de inclusión y el carácter de proceso atribuido a la misma. En tanto, la educación inclusiva se propone aumentar la participación de todos los educandos en el currículum de la escuela y la reducción de la exclusión escolar y social.

Entonces la inclusión sólo es posible donde haya respeto a la diferencia y, consecuentemente, se de la adopción de prácticas pedagógicas que permitan a los educandos aprender, de tal forma que les sean reconocidos y valorizados los conocimientos que sean capaces de producir, en la medida de sus potencialidades.

Así la inclusión educativa total significaría la apuesta por un centro escolar que acoge la diversidad[1], sin exclusión alguna, ni por motivos relativos a la discriminación entre distintos tipos de necesidades, ni por las posibilidades que ofrece. Desde esta postura, el uso de espacios y tiempos separados para cualquier educando en determinados momentos se niega por su carácter excluyente.

### **3.4 FUNDAMENTACIÓN PSICOPEDAGÓGICA Y SOCIAL DE LA INCLUSIÓN EDUCATIVA**

Son varias y de naturaleza distinta las razones que sustentan la inclusión; por un lado, desde un punto de vista psicopedagógico, una concepción del desarrollo de origen social, es decir, se reconoce la importancia decisiva de la interacción para el aprendizaje. Por otro, la reflexión sobre la práctica en atención a las diferencias individuales, lo cual conduce a atribuir mayor responsabilidad a los aspectos institucionales que afectan al centro como sistema que a los puramente individuales.

Conjuntamente la filosofía de la inclusión defiende una educación eficaz para todos sustentada en que los centros escolares, en tanto las comunidades educativas deben satisfacer las necesidades de todos los educandos, independientemente de sus características personales, psicológicas o sociales. Así pues, se trata de establecer los cimientos para que la escuela pueda educar con éxito a la diversidad de sus educandos y colaborar en la erradicación de la desigualdad e injusticia social.

Lo anterior significa que los centros educativos deben estar preparados para educar a todos los educandos y no solamente a los considerados como educables. Por eso la inclusión asume que la convivencia y el aprendizaje en grupo benefician a todos, no sólo a los educandos etiquetados como diferentes.

Además si concebimos al aprendizaje como una construcción social, entenderemos que cada individuo desde su lugar realiza aportes y se enriquece en el intercambio con el otro. Así las diferencias en lugar de ser un obstáculo para la tarea, son un factor fundamental que enriquece el aprendizaje y favorece el acceso a los distintos objetos de conocimiento; a partir de ellas cada persona construye su identidad, se constituye como sujeto y aprende a reconocer al otro como alguien distinto de él, ni mejor ni peor, simplemente diferente. En este contexto, el educando aprende a reconocer lo que puede y lo que no puede hacer; con y de las diferencias personales y de otros.

Paralelamente, el Informe a la UNESCO realizado por la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI presidido por Delors (1996), va en esta misma línea de argumentación; estableciendo que la educación debe llegar a todos. No obstante para dar cumplimiento a este objetivo, la citada Comisión establece cuatro pilares básicos en los que debe centrarse la educación a lo largo de la vida de una persona:

- **Aprender a Conocer:** consiste en adquirir los instrumentos que se requieren para la comprensión de lo que nos rodea. Para ello debe combinarse el conocimiento de una cultura general suficientemente amplia, con otro más concreto referido a determinadas materias. No se trata tanto de adquirir conocimientos clasificados y codificados, sino de ayudar a cada persona a aprender y comprender el mundo que la rodea para vivir con dignidad, desarrollar sus capacidades profesionales y comunicarse con los demás.

Esto supone aprender a aprender, ejercitando la atención, la memoria y el pensamiento; así como aprovechando las posibilidades que ofrece la educación a lo largo de la vida, puesto que el proceso de adquisición del conocimiento siempre está abierto y puede nutrirse de nuevas experiencias.

- **Aprender a Hacer:** está directamente unido a aprender a conocer y se refiere a la posibilidad de influir sobre el propio entorno. Se ocupa de cómo enseñar al alumnado a poner en práctica sus conocimientos, adaptándolos a un mercado de trabajo que por distintas circunstancias es bastante imprevisible. Por tanto es preciso formar a las personas para trabajar en equipo en una variada gama de situaciones. En definitiva este principio pretende que el educando tenga la posibilidad de desarrollar su capacidad de comunicarse y trabajar con los demás, afrontando y solucionando los conflictos que se le puedan presentar.
- **Aprender a Vivir Juntos:** se trata de uno de los principales objetivos de la educación contemporánea, ya que supone participar y cooperar con los demás en todas las actividades humanas. Ello requiere, indudablemente, el desarrollo de la comprensión hacia el otro y la percepción de formas de interdependencia, respetando los valores del pluralismo, la comprensión mutua y la paz. Así lucha contra la exclusión a través de planteamientos que favorecen el contacto y la comunicación entre miembros de grupos diferentes, pero en contextos de igualdad, a través del descubrimiento gradual del otro y del desarrollo de proyectos de trabajo en común.
- **Aprender a Ser:** implica dotar a cada persona de medios y puntos de referencia intelectuales permanentes, los cuales le permitan comprender el mundo que la rodea y a comportarse como un elemento responsable y justo. Es decir, asignar a cada ser humano libertad de pensamiento, de juicio, de sentimientos y de imaginación para desarrollarse en plenitud estética, artística, deportiva, científica, cultural y social, actuando con responsabilidad personal. "El desarrollo tiene por objeto el despliegue completo del hombre en toda su riqueza y en la complejidad de sus expresiones y de sus compromisos: individuo, miembro de una familia y de una colectividad, ciudadano y productor, inventor de técnicas y creador de sueños" (UNESCO, 1987, 16).

Lo anterior supone entender la educación más allá de una visión puramente instrumental utilizada para conseguir determinados resultados: experiencia práctica, adquisición de capacidades diversas, fines de carácter económico.

Para considerar su función en plenitud, lo que supone la total realización de la persona ó dicho de otra forma, que toda ella aprenda a ser.

### **3.5 EDUCACIÓN INCLUSIVA**

Como respuesta a las prácticas tradicionales asociadas al modelo médico-psicológico surge la Educación Inclusiva, la cual fue vista en un primer momento como una innovación de la Educación Especial, pero progresivamente va extendiéndose a todo el contexto educativo, como un intento de que una educación de calidad llegue a todos.

Por ende el paradigma de la escuela inclusiva se perfila hoy como el camino hacia donde deben dirigir sus esfuerzos los centros y sistemas educativos que busquen ofrecer una educación integral y de calidad a todos los educandos, independientemente de sus características personales y de los apoyos que puedan necesitar para desarrollar al máximo su potencial personal.

En tanto la educación inclusiva es aquella que ofrece a todos sus educandos las oportunidades educativas y las ayudas curriculares, personales y materiales necesarias para su progreso académico y personal.

Este educar en la diversidad implica desarrollar estrategias de enseñanza y aprendizaje que personalicen la enseñanza en un marco y dinámica de trabajo para todos. Por ello, según López Melero (1990, 1993) hay que tener en cuenta algunas claves en el quehacer educativo:

- ✓ **La primera clave:** un currículo comprensivo, único y diverso; es decir partir de un currículo alternativo no cargado académicamente, que permita a todos los educandos construir mecanismos y estrategias para familiarizarse con el conocimiento y que éste les sirva para resolver problemas de la vida cotidiana.
- ✓ **La segunda clave:** la necesaria profesionalización de los docentes, ir de la reflexión a la autonomía, ya que la educación en y para la diversidad necesita profesionales que sepan crear ambientes para enseñar a aprender.
- ✓ **La tercera clave:** la interacción y la heterogeneidad como nueva estructura organizativa, tomando en cuenta que educar en y para la diversidad no significa que los educandos tengan que trabajar solos o que la enseñanza no

tenga que ser estructurada; más bien es un lugar donde se disfruta de la diversidad y el aprendizaje se convierte en una actividad placentera.

- ✓ **La cuarta clave:** un nuevo estilo de enseñanza, es decir el trabajo solidario y cooperativo entre los profesionales; planteamiento que llevará a un desarrollo coordinado de la acción educativa, buscando esa misma sintonía de acción en las distintas experiencias educativas, tales como la convivencia en situación de co-educación, las experiencias de integración de personas con necesidades educativas específicas, las prácticas de intercambios permanentes con el medio.
- ✓ **La quinta clave:** la participación de la familia y de la comunidad como recurso y apoyo en el proceso de la educación intercultural.

Así pues la educación inclusiva debe ser entendida como un intento más de atender las dificultades de aprendizaje de cualquier educando en el sistema educativo; como un medio de asegurar que los educandos que presentan alguna discapacidad tengan los mismos derechos que el resto de sus compañeros escolarizados en una escuela regular.

Es importante señalar que dicha educación se centra en apoyar las cualidades y las necesidades de cada uno y de todos los educandos en la comunidad escolar, de tal forma que se sientan seguros y alcancen éxito, lo cual conlleva a pensar en la heterogeneidad del alumnado como una situación normal del grupo/clase y a poner en marcha una planificación educativa acorde, que permita utilizar a los docentes tanto distintos niveles instrumentales y actitudinales como recursos intrapersonales e interpersonales que beneficien a todos sus educandos.

Este sistema educativo se caracteriza por un aprendizaje significativo centrado en el educando, por la transformación de una sociedad, de un mundo intolerante y temeroso, para que todos seamos capaces de celebrar la diversidad como algo natural.

Entonces la educación inclusiva se presenta como un derecho de todos los niños y no sólo de aquellos calificados con NEE, pretendiendo pensar las diferencias en términos de normalidad[2] y de equidad en el acceso a una educación de calidad para todos.

Así pues dicha educación no sólo respeta el derecho a ser diferente como algo legítimo, sino que valora explícitamente la existencia de esa diversidad, asumiendo a cada persona como única.

### **3.6 ESCUELA INCLUSIVA**

Stainback y Stainback afirman que se puede definir a la escuela inclusiva como aquella que educa a todos los educandos en un único sistema escolar, proporcionando un currículo apropiado a sus intereses y necesidades, facilitando aquellos soportes necesarios para que tanto los educandos como sus docentes tengan éxito.

Por su parte, Arnaiz y Ortiz consideran que la escuela inclusiva es aquella que puede hacer frente a las necesidades de sus educandos, respetando la individualidad, desarrollando una cultura de colaboración, facilitando el aprendizaje profesional entre docentes y aumentando la igualdad de oportunidades como medio de conseguir la mejora educativa.

Las escuelas inclusivas suponen un modelo en el que los docentes, educandos y padres de familia participan y desarrollan un sentido de comunidad entre todos, tengan o no discapacidades o pertenezcan a una cultura, raza o religión diferente; lo cual implica incrementar la participación activa social y académica de todos los participantes y exige la reestructuración escolar, mediante el abordaje desde una perspectiva institucional; asimilando que la educación es un proceso inacabado y no un estado.

Sin embargo hay que tener cuidado, ya que la inclusión no debe reducirse a una simple cuestión curricular, organizativa o metodológica; es más que todo eso, es una manera distinta de entender la educación y si se quiere la vida misma ó la sociedad; se trata más bien de una filosofía de valores.

Por último, la finalidad principal de la educación debiera ser: construir una comunidad, proporcionar a todos los educandos situaciones y oportunidades educativas para que se sientan miembros de una colectividad, aprendiendo y comunicándose sinceramente y profundizando en sus relaciones para crecer conjuntamente.

### **3.7 ESTRATEGIAS PARA FAVORECER LA INCLUSIÓN ESCOLAR DE NIÑOS QUE PRESENTAN TDA/H**

A través de estas estrategias pretendemos el avance académico simultáneo de los niños que padecen este trastorno. Así el primer paso para atenderlos es promover un ambiente de aprendizaje altamente estructurado; ayudándolos con apoyos visuales que les faciliten la comprensión verbal; empleando técnicas que les permitan controlar su conducta; modificando las pruebas y otros instrumentos de evaluación con el fin de que respondan a sus necesidades específicas.

A su vez es necesario implementar el aprendizaje cooperativo, ya que al organizar de forma interdependiente el logro de metas entre los educandos, los procesos de inclusión se ven facilitados; permitiendo, a través de esta estrategia de instrucción no competitiva, que cada educando tenga su rol claramente definido e igualmente valorado.

Conjuntamente, como docentes debemos promover las relaciones interpersonales, ya que al interactuar con otros tenemos la oportunidad de beneficiarnos de algunos comportamientos como modelos adecuados para el aprendizaje de conductas sociales, conductas de trabajo apropiadas y destrezas de independencia y comunicación. En este sentido, un aspecto importante del éxito se encuentra en el desarrollo de soporte de amigos, ya que esto hace que el individuo se sienta aceptado, seguro y apoyado en épocas de tensión generadas por actividades sociales y/o educativas.

Desde esta perspectiva, el principio de atención a la diversidad, que es consecuencia de la enseñanza comprensiva y de los postulados de la concepción constructivista de la enseñanza y el aprendizaje, fuerza que el currículo sea relativamente abierto y flexible. Es decir, en él sólo se consignan los aprendizajes básicos que deben realizar todos los educandos, lo cual exige que estos se reformulen, se complementen y se concreten atendiendo a la diversidad de características y necesidades de todos los educandos; en consecuencia los docentes deben concretar y adecuar el currículo a la realidad socio-cultural del entorno y a las características de sus educandos.

De tal manera, las adaptaciones curriculares permiten a cada individuo participar activamente a su propio nivel y ritmo de aprendizaje; incluso muchos individuos con dificultades en el aprendizaje pueden beneficiarse del aula regular, sólo si el currículo es modificado de acuerdo a sus necesidades. Al respecto, los docentes pueden planear modificaciones tanto al contenido como a las rutinas diarias si desean incorporar, practicar y/o desarrollar nuevas destrezas.

En cuanto a las adaptaciones ambientales; los docentes pueden realizar cambios físicos en el ambiente, de tal forma que se favorezcan los procesos de enseñanza-aprendizaje y con la finalidad de que cada individuo participe exitosamente en las diversas actividades. En sí el punto de partida es la modificación de su ambiente para aprender, lo que significa contar con un aula que tenga los menores distractores posibles pero que cuente con el material y las actividades que propicien la concentración y mantengan la atención de los educandos.

Respecto al manejo del comportamiento; los docentes pueden diseñar estrategias tales como mantener una rutina de trabajo con el niño con TDA/H, ya que él difícilmente acepta los cambios; y alternar las actividades que requieran movimiento con otras que le pidan estar sentado en un lugar determinado.

Dichas estrategias están íntimamente ligadas con algunas acciones a realizar dentro de la práctica educativa diaria, entre las cuales destacan las siguientes:

❖ **Para recibir y mantener atención:**

- ✓ Da instrucciones simples.
- ✓ Permite libertad de movimiento en el salón de clases con un propósito.
- ✓ Utiliza atención visual atrayente como diagramas, objetos y colores.
- ✓ Utiliza una variedad de señas ó indicaciones auditivas como una campana, voz baja, aplaudir con un patrón determinado, etc.
- ✓ Usa marcadores de colores ó gises para enfatizar las palabras claves.
- ✓ Presenta el nuevo material en pequeñas cantidades en un ritmo adecuado.
- ✓ Bríndale una realimentación positiva en las tareas realizadas.
- ✓ Utiliza contacto visual directo frecuentemente.
- ✓ Permite a los educandos que revisen lo que han hecho y ayuden a otros.
- ✓ Permite que marquen sus progresos en una tarjeta.

- ✓ Permite que trabajen con un compañero o amigo a la medida que te sea posible.
- ✓ Permite libertad de expresión cuando sea referente a su trabajo.
- ✓ Reconoce el tipo de ruido que hacen los educandos cuando trabajan.
- ✓ Enséñales a escuchar atentamente.
- ✓ Reduce el trabajo y tareas en lo posible.
- ✓ Permíteles trabajar en donde puedan hacerlo mejor y en una posición que les ayude a rendir más, claro si tiene sentido.
- ✓ Ubícalo junto a un compañero que no presente las mismas dificultades y que lo pueda ayudar.

❖ **Para el manejo del salón de clases:**

- ✓ Pon las reglas de la clase en un lugar visual y repítelas regularmente.
- ✓ Discute y revisa las normas de comportamiento para el aula.
- ✓ Se firme, justo y amigable.
- ✓ Respeta y trata a los educandos con dignidad.
- ✓ Planea momentos de innovación y prepara a los educandos hacia esto u otros cambios que puedan interrumpir la rutina.
- ✓ Recuerda que los educandos con *TDA/H* necesitan reforzamiento inmediato.
- ✓ Los recordatorios de lo que tienen que hacer pueden incluso estar pegados en el escritorio del educando.
- ✓ Permite a los educandos que lleven un monitoreo de sus conductas usando tarjetas de indicaciones: tarjeta verde "*estoy trabajando*", tarjeta azul "*ya terminé*" y tarjeta roja "*necesito ayuda*".
- ✓ Ten un lugar destinado para los educandos que terminen el trabajo antes, en el que tengan la oportunidad de pararse y caminar.
- ✓ Provee oportunidades de asumir roles de responsabilidad: líder o jefe de grupo.

❖ **Para el involucramiento activo:**

- ✓ Fomenta y permite la participación activa de todos tus educandos.
- ✓ Estructura las actividades con instrucciones claras y precisas.
- ✓ Permite a los educando expresarse, trabajar en equipo, resolver sus propios problemas.

- ✓ Utiliza el aprendizaje cooperativo para promover habilidades sociales; asigna roles y responsabilidades y permite a los niños que se manejen solos hasta donde sea posible.
- ✓ Utiliza incentivos para motivar a los educandos, ya que los niños con TDA/H se desarrollan mejor cuando están activamente involucrados en un proceso de aprendizaje.
- ✓ Permíteles equivocarse o fallar sin exhibirlos.
- ✓ Divide la tarea en pequeñas cantidades.

❖ **Para las Habilidades de Organización:**

- ✓ Carpetas, cuadernos de colores y calendarios son recomendables para facilitar la organización en el salón de clases y en la tarea.
- ✓ Ten una tarjeta de progresos o una manera de marcar la tarea completa.
- ✓ Usa los 5 sentidos sensoriales, ya que mientras más canales sensoriales se utilicen para que les llegue la información, más fácil aprenderán.
- ✓ Utiliza calendarios especialmente para la tarea y para trabajos a largo plazo.
- ✓ Utiliza cuadernos de colores, ya que son útiles para que reconozcan más fácil sus materias.
- ✓ Enséñales a tomar notas de lecturas ó materiales que vayan escritos sobre tres ejes: idea principal, lo que soporta a la idea y preguntas.
- ✓ Es importante que los padres estén al tanto de las técnicas que utilizan en la escuela para que así puedan revisar sus tareas diariamente.

❖ **Instrucciones Multisensoriales**

- ✓ Todas las instrucciones deben darse verbal y oralmente.
- ✓ Ponles ejercicios de música o relajantes.
- ✓ Permíteles usar la computadora en lugar de escribir siempre sus trabajos.
- ✓ Utiliza colores y diseños para ayudar a los estudiantes a visualizar los conceptos.
- ✓ Utiliza papel cuadriculado para ayudar a los educandos a escribir los números en línea.
- ✓ Tomate tiempo para cantar o ejercitar a los niños frecuentemente durante el día.

❖ **Modifica las Tareas y los Trabajos**

- ✓ Aplica exámenes orales y/o escritos.
- ✓ Limita la cantidad de tarea, tomando en cuenta que si no pueden terminar el trabajo en la escuela, tampoco lo harán en la casa.
- ✓ Permite a los educandos que utilicen apoyos para su aprendizaje como grabadoras, computadoras, calculadoras, tarjetas de referencia, audiovisuales.
- ✓ Promueve la utilización de técnicas anémicas: mapas mentales, cuadros conceptuales y estrategias de visualización
- ✓ Se creativo, breve y usa diversas técnicas de enseñanza.
- ✓ Fomentar la calidad de las tareas vs cantidad.

❖ **Apoyo en Equipo**

- ✓ Padres, estudiantes y docentes deben estar involucrados en el planeamiento de metas; mientras más involucrados estén los padres mayor será el éxito que el educando tendrá.
- ✓ Es necesario realizar periódicamente entrevistas con los padres del niño para monitorear el progreso de éste; asimismo, es importante mantener a los padres informados regularmente sobre el avance de su hijo.
- ✓ Platica, escucha a los padres y a tus educandos, de esta forma conocerás su contexto.
- ✓ Padres y docentes deben adecuar sus expectativas respecto al desarrollo del niño, proponiendo objetivos de cambios realistas que tengan en cuenta el comportamiento y la personalidad de éste.

❖ **Desde el Punto de Vista Emocional**

- ✓ Ayuda al niño a hacer una valoración más objetiva de sus errores sin hacerle sentir infravalorado y culpable.
- ✓ Evita evaluar siempre negativamente al niño.
- ✓ Proyecta expectativas de éxito futuro.
- ✓ Utiliza métodos que permitan que él visualice sus avances, tales como la comparación o registros de mejora.

El docente tiene la oportunidad histórica no sólo de desarrollar competencias para el mundo profesional y laboral, sino para su desarrollo personal y ciudadano; lograr capacidades para la autonomía, la realización y sobre todo la capacidad de comprensión y acción ante las necesidades presentadas en la sociedad.

---

[1] La diversidad no se percibe como un problema a resolver, sino como una riqueza para ~~enriquecer el aprendizaje de todos~~

[2] "Normal" y "anormal" pueden expresar diferentes cosas, según las personas que lo manejen y puede ser muy subjetivo; es por ello que, cuando alguien dice de algo que es anormal, este debe explicar muy claramente qué entiende por normal y qué concepto de "normalidad" emplea. Así, la normalidad sería cómo el sujeto se entiende con su propia estructura psíquica; sus patrones vinculares, cognoscitivos y afectivos según su "dotación natural" y el sistema interpersonal-social-cultural que lo ha acompañado en la historia de su vida, configurando un cierto "estilo" y estructura. No obstante, no debemos nunca tomar la anormalidad como sinónimo de la enfermedad, ya que lo anormal es lo que se desvía de la norma estadística o termino medio; hay dos modos de entender la norma: en primer lugar como norma estadística cuya representación en el seno de una comunidad representa un "termino medio" y en segundo lugar como norma valorativa, que equivale al ideal sustentado al respecto por cada uno de nosotros.

***CAPÍTULO IV***  
***DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL***

En México se calcula que hay cerca de 2 millones de niños con *TDA/H*, entre el 30% y 40% de pacientes que lo padecen reprueban un año escolar en su vida y más del 25% no termina la preparatoria[1], entonces el *TDA/H* representa un factor negativo en la educación.

La Reforma Integral de la Educación Básica (RIEB) introduce una visión distinta del aprendizaje de los alumnos, de la función de las escuelas y de la profesión docente. Se reconocen las capacidades de los niños, las niñas y los adolescentes, así como todas sus potencialidades para aprender, de tal manera que los alumnos son el centro de las propuestas formativas en cada nivel, las cuales se articulan entre sí y permiten concebir a las escuelas como espacios generadores de experiencias de aprendizaje favorables.

#### **4.1 CONTEXTUALIZACIÓN**

Actualmente el sistema educativo en la escolarización obligatoria ha de brindar atención a todos los educandos, independientemente de sus necesidades educativas específicas, es decir, aquéllos que por problemas de diferente índole tienen dificultades para que su progreso educativo sea adecuado.

En este sentido, el sistema educativo debe ofrecer a todos la enseñanza necesaria para ser unos ciudadanos que puedan comprender y descifrar los códigos de la civilización actual y no sólo preocuparse por hacer llegar a todos las mismas posibilidades de prepararse, tomando en cuenta que cada educando tiene sus particularidades.

Por ello debemos entender la educación como la acción de enseñar a cada educando según sus necesidades, lo cual implica dentro de la acción preventiva, el conocimiento de éste: sus déficits, habilidades, aptitudes, actitudes, motivaciones y en suma todo el compendio de sus capacidades.

Entonces los educandos con algún tipo de deficiencia, a los que los recursos que habitualmente se utilizan para la mayoría no funcionan, crean una angustia no sólo para ellos sino también para los docentes, la cual se refleja en la falta de herramientas para dar salida a las necesidades de estos.

Así, para que ellos alcancen una escolaridad obligatoria con éxito se requiere un esfuerzo superior acompañado de una comprensión del déficit del educando por parte de los docentes, los cuales pueden no estar preparados para enfrentar tan enorme reto.

Al respecto, es importante mencionar que actualmente nos rige una política educativa, la cual exige a los centros escolares la profesionalización de sus docentes, permitiendo un avance en la calidad educativa.

Igualmente, entendemos que el sistema educativo carece de los elementos pertinentes a las necesidades de los educandos, perdiendo de vista la trascendencia del proceso de enseñanza y aprendizaje en la vida de todo ser humano.

En este sentido, es evidente que los conocimientos son importantes pero no debemos desconocer que los esfuerzos van dirigidos hacia la humanización de todo educando. Para tal efecto es de vital importancia la participación de los padres de familia, el compromiso de los docentes y el apoyo de especialistas con un sentido ético y responsable.

Dado lo anterior resulta imprescindible el apoyo del psicopedagogo, tomando como una de sus funciones asesorar a los docentes en casos de educandos con características y deficiencias específicas y/o que producen mayores estadísticas de fracaso escolar.

Ahora dentro del campo de estudio de las deficiencias en educandos con necesidades educativas específicas, uno de los que actualmente parece tener un especial interés por su proporción en las aulas, son los que presentan *deficiencias atencionales*. Estos forman un grupo con un denominador común en el que la persistente incapacidad para mantener un nivel de atención suficiente, repercute en su dinámica de aprendizaje y en la construcción de su propio conocimiento.

Así uno de los problemas que el educando puede tener durante la asistencia a las clases es la falta de atención y sin atención resulta difícil generar aprendizaje. Esta grave deficiencia en el aspecto atencional, se ve reflejada cuando en los educandos la falta de atención no es un hecho anecdótico, ni puntual, sino que por diversas causas el índice de

atención está más disminuido que en la mayoría y constantemente están despistados por lo que no siguen una dinámica de aprendizaje adecuada; además tienen un grado de actividad mayor dentro del aula y son impulsivos. Dichas alteraciones en el desarrollo del aprendizaje y de la conducta se denominan *Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad TDA/H*.

Este trastorno es un fenómeno relativamente reciente respecto al conocimiento por parte de la población en nuestro país; sin embargo dos hechos a nuestro parecer han provocado tal divulgación:

1. El alargamiento en nuestro país de la obligatoriedad del sistema educativo, por lo que se han introducido una serie de profesionales como pedagogos y psicólogos en el ámbito educativo, a los cuales sólo acudía el educando cuando necesitaba de un diagnóstico o reeducación específica en su proceso de formación.
2. La divulgación social de este déficit en nuestro país, propiciado por los medios de comunicación y que aparece en multitud de ocasiones ante la opinión pública, alertando a las familias que ven reflejados a sus hijos en muchas más ocasiones de las que realmente se producen.

Este fenómeno produce una concienciación social, por tal motivo la importancia de un abordaje interdisciplinar de éste, con la finalidad de entender claramente el panorama del *TDA/H* y poder actuar adecuadamente como docentes, pedagogos y padres de familia. Además sabemos que para lograr una intervención eficaz es necesario que los docentes reciban una formación al respecto, la cual no se basa solamente en información sobre el trastorno, sino en la preparación de estrategias y/o actividades que favorezcan la inclusión de niños con *TDA/H*.

## **4.2 DIAGNÓSTICO DE LAS NECESIDADES PSICOPEDAGÓGICAS DE LA INSTITUCIÓN A NIVEL GRUPO – ESCUELA**

El Centro de Investigación Educativa Tonantzin es una institución fundada en el año de 1998, la cual tiene como objetivo preparar al educando armónica e integralmente.

Durante estos años la Institución ha presentado una demanda creciente, así como una movilidad en cuanto a bajas de los educandos. A su vez, el nivel académico también presenta incongruencias: por una parte educandos con un nivel de aprovechamiento adecuado; y por otra educandos con dificultades y problemas en su proceso de aprendizaje.

En el ciclo escolar 2008-2009 la matrícula estuvo integrada por 112 educandos, de los cuales el 7.1 por ciento presentó dificultades, problemas y conductas que repercutieron en su aprendizaje.

En el ciclo escolar 2009-2010 la matrícula disminuyó considerablemente quedando conformada por 61 educandos, de los cuales el nueve por ciento manifestó las características anteriormente citadas; sin embargo seis casos despertaron el interés y preocupación de la institución. Anteriormente, una de las estrategias era canalizar a los educandos que manifestarán conductas que obstaculizarán el aprendizaje, tanto personal como colectivo; y regularmente eran tratados por profesionales irresponsables ó simplemente los padres de familia hacían caso omiso de las recomendaciones de los docentes.

Estos hechos derivaron la preocupación de los docentes, ya que no contaban con los elementos suficientes para generar en los educandos aprendizajes significativos y para realizar una intervención adecuada y responsable hacia estos. Dado lo anterior, los docentes se muestran agobiados, exhaustos y confundidos al no saber conducir estos casos, por lo cual estas inquietudes serían abordadas en los Talleres Generales de Actualización e incluidas como uno de los proyectos para el P.E.T. durante los ciclos escolares 2006-2007 y 2007-2008, con la finalidad de preparar a los docentes para enfrentarse a dichas situaciones y tomando como apoyo este proyecto de investigación.

### **4.3 IMPORTANCIA DE LA ACTUALIZACIÓN Y CAPACITACIÓN DE LOS DOCENTES PARA REALIZAR UN DIAGNÓSTICO DE MANERA INTEGRAL**

Como docentes participamos en una dinámica de continuo cambio, con circunstancias y problemas específicos que afectan ó posibilitan el desarrollo escolar de cada uno de los educandos pertenecientes a un grupo. En tanto, se debe asumir la responsabilidad de investigar la práctica educativa, a fin de encontrar alternativas que respondan a las particularidades de un grupo. Esta investigación *participante* se da por medio de la evaluación y el análisis de nuestra práctica educativa, con el propósito de elaborar un plan de acción, el cual parta de la visión general del problema y continúe con el análisis de las posibles soluciones a los problemas que se enfrentan los docentes diariamente. Así, nuestra práctica educativa atenderá las circunstancias de nuestro en grupo en particular, sin embargo es necesario la reflexión y crítica de la realidad en busca de las respuestas a las necesidades de aprendizaje de nuestros educandos.

### **4.4 EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE LOS DOCENTES DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA TONANTZIN**

En algunos casos se apreció la dificultad hacia la comprensión del término por parte de los docentes, debido a la diferencia de perfiles profesionales con los que contaba la institución. Otra situación a destacar es la resistencia hacia el cambio por algunos de ellos, de manera que fue necesario sensibilizarlos a partir de diversas estrategias con la finalidad de lograr la mejora educativa y brindar un mejor servicio.

Además, con base en la aplicación de cuestionarios y a partir de la observación de las clases percibimos la necesidad de brindar asesorías funcionales y prácticas. Durante el desarrollo de estas, los docentes se familiarizaron con el tema, adquiriendo nociones acerca del *TDA/H* que posteriormente fueron traducidas en estrategias para hacer frente a los casos presentados en el salón de clases.

Así mismo continuamente se brindó el apoyo respecto a las dudas o ajustes que debían realizarse en cuanto a la planeación de actividades incluyentes y favorables para los alumnos.

Así después de valorar los conocimientos que los docentes del *CIET* poseen sobre el *TDA/H*, resulta necesario poner en marcha la propuesta de intervención psicopedagógica con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los educandos que padecen este trastorno.

---

[1] [http://weblogs.eluniversal.com.mx/weblogs\\_detalle3118.html](http://weblogs.eluniversal.com.mx/weblogs_detalle3118.html)

***CAPÍTULO V***  
***PROPUESTA PSICOPEDAGÓGICA***

*“En la escuela el docente enseña el método que sabe no el que cada educando necesita”*

En cada año escolar que comienza es posible que existan niños que presenten dificultades de inclusión en su proceso de aprendizaje por manifestar características atípicas; como docentes y/o profesionales comprometidos con las prácticas educativas, debemos realizar esfuerzos conjuntos con la finalidad de transformar las situaciones presentadas, contribuyendo en elevar la calidad educativa así como la equidad en nuestra sociedad.

### **5.1 BATERÍA DE PRUEBAS PARA LA DETECCIÓN Y/O EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS QUE DEFINEN AL TDA/H**

La aplicación de las diversas pruebas es necesaria para realizar un diagnóstico diferencial del TDA/H, en el que descartemos la existencia de otros posibles trastornos. Hoy por hoy, todavía no contamos con una batería específica de pruebas que detecte de manera precisa y evidente el TDA/H, sin embargo dentro de las pruebas más usuales podemos encontrar gran variedad.

En cuanto a la observación de patrones comportamentales, podemos citar diversas escalas de observación[1], las cuales pueden ser aplicadas por los docentes dentro del aula y realimentadas en casa por parte de los padres de familia:

- ✓ Lista de síntomas relacionados con el Trastorno por Déficit de Atención, elaborado con base en el DSM-IV por María Teresa Alicia Silva y Ortiz. [2]
- ✓ Lista de síntomas Copeland para detectar Trastornos por Déficit de Atención, propuesta por Instituto de Psicología del Sureste y elaborada por Aaron Copeland con base en la experiencia de muchos especialistas que han realizado investigaciones sobre deficiencias atencionales, sus desórdenes e hiperactividad.
- ✓ Escala de Conners (1969) [3], la cual se divide en dos partes: una para padres y otra para docentes. La primera consta de noventa y seis reactivos agrupados en ocho factores: 1) alteraciones de conducta; 2) miedos; 3) ansiedades; 4) inquietudes-impulsividad; 5) inmadurez-problemas de aprendizaje; 6) problemas

psicosomáticos; 7) obsesiones; 8) conductas antisociales y 9) hiperactividad. La segunda sólo consta de treinta y nueve reactivos agrupados en seis factores: 1) hiperactividad; 2) problemas de conducta; 3) labilidad emocional; 4) ansiedad-pasividad; 5) conducta antisocial y 6) dificultades en el sueño. En cada reactivo se describe una conducta característica de estos niños, para que los padres y docentes valoren con base en la intensidad con que se presenten.

- ✓ Escala de observación en el aula de Abikoff y Gittelman, la cual resulta adecuada para evaluar la conducta del niño en la escuela.
- ✓ Escala de observación para el docente, en la cual este valora la intensidad y frecuencia con que se dan algunas conductas determinantes para el diagnóstico del *TDA/H*.
- ✓ Escala de valoración para el docente, por medio de esta el docente identifica conductas específicas pertenecientes a un Trastorno del Comportamiento, al Trastorno por Déficit de Atención y al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Una vez recabada la información a través de dichas escalas, tanto de padres como de docentes continuaremos con las entrevistas a ambos, con la finalidad de tener más elementos y continuar con el estudio de caso de forma objetiva. Por un lado, en la entrevista con los docentes se profundizará en temas de posibles dificultades de aprendizaje, relaciones con otros niños y problemas de comportamiento; por otro, en la entrevista con la familia se profundizará en aspectos relativos a antecedentes familiares relacionados con problemas de aprendizaje y/o comportamiento, relativos al desarrollo del niño y a la forma de comportarse en casa u otros ambientes.

Posteriormente daremos paso a la evaluación psicopedagógica, la cual se llevará a cabo de forma personalizada, con cada niño que haya sido definido como posible sujeto con *TDA/H*. Cabe resaltar que algunas de las pruebas deben realizarse por parte de los especialistas, es por ello que se sugiere desde un principio contar con el apoyo de un grupo multidisciplinario. Esta evaluación se efectuará explorando diversos ámbitos:

<b>AMBITOS</b>	<b>INSTRUMENTOS A UTILIZAR</b>	<b>APLICADORES</b>
*Evaluación específica del TDAH, lo que permitirá matizar todas ó algunas de las dimensiones principales de este trastorno: Hiperactividad, Impulsividad y Déficit de Atención.	*EDAH ó Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, este instrumento se utiliza de los 6-12 y evalúa, a través de la información aportada por el docente, los síntomas de Hiperactividad, Impulsividad y Déficit de Atención diferenciando: Predominantemente Hiperactivo - Impulsivo; predominantemente Atencional y de tipo Combinado. *Escala de DSM-IV (1995). [4]	Docente  Psicopedagogo
*Ámbito Cognitivo-Aptitudinal-Personalidad; por medio del cual se valorarán las funciones cognitivas, apreciando la inteligencia fluida y cristalizada, así como el nivel de estabilidad emocional.	K*ABC Test breve de Inteligencia de Kaufman y Kaufman (1997), el cual mide las funciones cognitivas a través de dos test, uno de carácter verbal: vocabulario; otro de tipo no verbal: matrices, los cuales permiten la apreciación de la inteligencia cristalizada y fluida, así como la obtención de un Coeficiente Intelectual Compuesto. Así mismo sus tres escalas permiten evaluar funciones como el Procesamiento Simultáneo, Procesamiento Secuencial y Conocimientos que permiten detectar posibles alteraciones lecto-escritoras y de cálculo.	Psicopedagogo
	*Escala de Inteligencia Weschler (2005), instrumento que se utiliza para conocer el grado de inteligencia del niño, esta comprende doce pruebas divididas en dos grupos: verbal y de ejecución; esta área se debe complementar con la identificación de su estilo de aprendizaje.	Psicopedagogo
	*CAS ó Cuestionario de Ansiedad Infantil (Gilllis, 1989), este instrumento se aplica de los 6 a los 8 años y nos permite efectuar una exploración psicológica de los procesos de ansiedad.	Psicólogo
	*Dibujo de la Figura Humana, nos permite valorar la madurez del niño y la presencia o no de indicadores emocionales.	Psicopedagogo

	*Prueba de Emparejamiento de Figuras Familiares de Cains y Cammock (1978), nos permite estudiar contrastes como la reflexión e impulsividad a través de la elección entre varias alternativas.	Psicólogo
	*Figuras Enmascaradas de Kart y Konstandt (1963), se mide el nivel de dependencia frente a la independencia del niño, por medio de la percepción de las partes como elementos de un todo: <i>independencia</i> o en un contexto global: <i>dependencia</i> .	Psicólogo
	*Test de Distracción del Color de Santostefano y Paley (1964), evalúa la capacidad para controlar estímulos sin importancia y omitir respuestas incorrectas, según el nivel de flexibilidad y reflexión del niño.	Psicopedagogo
	*Prueba Guestáltica Visomotora de Bender, la cual se utiliza para conocer el nivel de integración visomotriz, así como la madurez y coordinación visual del niño, a través de la reproducción de dibujos en tarjetas.	Psicopedagogo Psicólogo
	*Prueba rápida de Discriminación Neurológica de Sterling y Spalding, la cual consta de tareas que requieren de habilidad manual, reconocimiento y reproducción de formas en la palma de la mano; nos ayuda a observar si hay signos neurobiológicos menores.	Psicólogo Neurólogo
	*Prueba de Illinois (ITPA), su objetivo es detectar posibles fallos ó dificultades en el proceso de comunicación, tales como deficiencias en la percepción, interpretación o transmisión, las cuales son causa de la mayoría de los problemas del aprendizaje escolar. De forma complementaria, intenta poner de manifiesto las habilidades ó condiciones positivas que puedan servir de apoyo a un programa de recuperación.	Psicopedagogo

## **5.2 PARÁMETROS GENERALES Y BÁSICOS QUE HAY QUE TENER EN CUENTA EN EL PROCESO DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE DEL EDUCANDO CON TDA/H**

El proceso de enseñanza y aprendizaje está vinculado entrañablemente con el procesamiento de la información, por lo cual resulta trascendente mencionar las cuatro etapas de este:

1. **Entrada;** constantemente estamos expuestos a una serie de estímulos, consciente o inconscientemente elegimos prestar atención a alguna cosa y seleccionamos lo importante de la información; entonces debemos sostener la atención a dicho estímulo mientras usamos procesos perceptuales como la vista, el oído y el tacto. Por ello resulta positivo para los niños con TDA/H el dar instrucciones simples, permitir libertad de movimiento en el salón de clases con un propósito, utilizar recursos visuales atrayentes, emplear el contacto visual directo frecuentemente, así como presentar las actividades y tareas en pequeñas cantidades.
2. **Memoria a corto plazo;** una vez que el estímulo entra procesamos la información en la memoria a corto plazo, aquí debemos poner atención para prepararla para la memoria a largo plazo, utilizando la repetición y el ensayo para recordar la información. Así, debemos concentrarnos un tiempo suficiente para organizar, categorizar o asociar la información con un material aprendido previamente. A los niños con *TDA/H* se les dificulta encontrar el material relevante para organizarlo de una manera significativa, por lo cual el reforzamiento debe generarse de forma inmediata permitiendo al niño asumir roles de responsabilidad.
3. **Memoria a largo plazo;** en cuanto el material está organizado, categorizado y asociado se guarda en la memoria a largo plazo y para recordar la información debemos pensar en ella; en la manera que el material fue guardado se determina la accesibilidad y utilidad. Así, cuando la nueva información es introducida, debemos recordar primero el material aprendido en la memoria a corto plazo y posteriormente asociar el nuevo material con el ya guardado para expandir la memoria; por ello para poder recordar la información la debemos hacer significativa.

4. **Salida;** además de la dificultad de procesar la información, muchos educandos pueden tener dificultad en recordarla; así escribir y deletrear se les dificulta ya que involucra este proceso. A la mayoría de las personas les resulta natural escribir mientras escuchan al maestro, pero a los niños con *TDA/H* se les dificulta ya que pueden prestar atención a lo que dicen ó a lo que escriben, por lo cual copiar del pizarrón es definitivamente más fácil para ellos. El desarrollo de habilidades de organización resulta fundamental en la asimilación de la información por cual es pertinente la implementación de materiales como carpetas, cuadernos de colores, calendarios, así como la división del trabajo en pequeñas secciones.

Es importante reconocer que los alumnos con TDA-H aprenden por ensayo y error y regularmente aprenderán a trabajar para lo siguiente:

- 1. Para obtener algo (estimulante, activo o novedoso)
- 2. Para escapar de algo (repetido o aburrido). En este caso, los maestros se enfrentan al reto de cómo incorporar mayor actividad y novedad en sus métodos y materiales.

Dado lo anterior, como pedagogos sugerimos a los docentes tomar en cuenta algunos ejes que resultan fundamentales en la enseñanza y para el aprendizaje de los educandos con *TDA/H*; los cuales son:

- ✓ **Brevedad:** realizar actividades de corta duración; dividir una tarea compleja ó larga en varias más cortas; por ejemplo, ante un examen poner una sola pregunta por hoja, evitando así la distracción ante un exceso de estímulos.
- ✓ **Variedad:** proponer actividades de forma atractiva y utilizando diferentes recursos para evitar la repetición.
- ✓ **Organización;** favorecer rutinas con uso de agendas ó listas, ya que los niños con *TDA/H* aprenden mejor en ambientes organizados.
- ✓ **Metodología Meta-cognitiva:** enseñar la manera de conducir el pensamiento, verbalizando los pasos que hay que seguir en cualquier aprendizaje; por ejemplo, ante un examen: primero leer el enunciado 2 veces; segundo hacer un dibujo ó

esquema con los elementos esenciales; tercero pensar qué operaciones matemáticas son las adecuadas; cuarto escribir las operaciones y soluciones y por último repasar.

- ✓ **Adecuación del Programa Educativo:** adecuar las exigencias escolares a las capacidades y características del niño con *TDAH*, los cuales aprenden por ensayo-error y aprenderán a trabajar para obtener algo estimulante, activo o novedoso y para escapar de algo repetido o aburrido. En este sentido, los docentes se enfrentan al reto de incorporar mayor actividad y novedad en sus métodos y materiales.

Paralelamente, el docente debe observar a sus educandos para definir el perfil comportamental de estos; así una vez perfilados los grupos de niños, éste identificará las áreas de oportunidad y con base a esto podrá realizar una planeación con competencias específicas y centradas en los alumnos.

Básicamente existen los siguientes perfiles comportamentales:

1. Niños que manifiestan falta de atención, no siguen las explicaciones, se pierden en la lectura, olvidan los libros, no apuntan los deberes, pierden el material; es decir, niños con un significativo problema de organización que repercute en su rendimiento académico.
2. Niños que manifiestan, además de dificultades de atención, dificultades de aprendizaje específico que requieren tratamiento determinado ó que presentan retraso por falta de base académica acumulada en cursos anteriores.
3. Niños que manifiestan hiperactividad e impulsividad pero sin actitud oposicionista, lo cuales necesitan moverse constantemente y parecen no escuchar pero en realidad siguen la clase.
4. Niños con hiperactividad, impulsividad y déficit de atención pero sin conducta oposicionista, los cuales se meten en problemas por su falta de atención, parecen olvidar las normas aunque no desobedecen de forma deliberada, responden impulsivamente y no prevén las consecuencias de su comportamiento.
5. Niños que teniendo ó no las características anteriores poseen una actitud oposicionista y desafiante ante los adultos, estos tienen serias dificultades para

aceptar las normas y se preocupan más por llamar la atención en forma negativa de los adultos.

6. Niños que teniendo algunas de las características anteriores muestran una actitud emocionalmente afectada, tendencia al desánimo ó a la ansiedad y que se muestran bloqueados ó que se esfuerzan desmesuradamente por adaptarse a las demandas del entorno.

Así, una vez estudiadas las posibilidades del grupo, el docente optimizara recursos y trabajo si diseña sus clases basándose en el nivel de aprendizaje y comprensión de los niños con más dificultades; sin tratar de reducir el nivel de exigencia sino de modificar las condiciones en las que se desarrolla la clase.

### **5.3 ORIENTACIONES PEDAGÓGICAS PARA LOS DOCENTES DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA TONANTZIN EN CUANTO AL MANEJO DE LA CONDUCTA DE NIÑOS CON TDA/H.**

Primero que nada, es importante señalar que la educación inclusiva es una actitud, un sistema de valores y de creencias; no una acción ni un conjunto de acciones, la cual debe estar implícita en la práctica educativa diaria.

Con el fin de realizar una valoración y tener una aproximación acerca de los conocimientos e información que poseían los profesores del CEIT respecto al *TDA-H* resultó de gran utilidad la aplicación de cuestionarios diagnósticos durante las primeras sesiones, ya que nos permitió adecuar los contenidos que deseábamos impartir y profundizar sobre sus dudas e inquietudes. Es preciso tener en cuenta que si pretende realizar una intervención de forma acertada, se debe conocer la forma de abordar la situación.

En dichos cuestionarios pudimos apreciar que los docentes presentan un gran desconocimiento acerca del TDA-H, lo cual posibilita que se realicen diagnósticos de forma equivocada y las estrategias de intervención no sean las adecuadas.

Ahora bien, para el manejo de la conducta de los niños con *TDA/H* los docentes deberán participar en la identificación de los diversos indicadores de comportamientos susceptibles de cambio, para lo cual deberán contar apoyarse de los especialistas de forma objetiva, señalando cuales son los problemas que obstaculizan el aprendizaje del niño, los cuales no tienen que ser comportamientos molestos o los que se desea corregir; en tanto; se debe evitar que las emociones influyan en el momento de la detección del problema. Para el caso, la utilización de las escalas puede ayudar, para cada punto enlistar el comportamiento, su frecuencia, que lo dispara y como perturba este con valores determinados del 1 al 10, siendo lo más preciso posible; y escribir para cada problema al menos una estrategia para eliminar o transformar el comportamiento.

Igualmente, el docente debe identificar los problemas suscitados en el ambiente del aula, ya que la evaluación de la manera en que educan y el ambiente que se propicia durante la clase, ayudará a transformar algunos comportamientos indeseables.

Utilizar el refuerzo positivo para crear, mantener y/o fomentar conductas adecuadas; es muy importante a la vez que útil porque nos sirve para elogiar o premiar los avances y esfuerzos de los niños, y así mejorar la imagen que tienen de sí mismos; también nos puede servir para motivar al niño a la hora de trabajar, manteniendo e incrementando el nivel atencional de éste en la realización de tareas.

En tanto, para lograr que un niño con *TDA/H* nos escuche, es necesario dar mensajes e instrucciones específicas, hablar claro, usando frases cortas, palabra por palabra, explícitamente; ya que el dar instrucciones precisas que incluyan acciones determinadas elimina cualquier duda, mal entendido ó mala interpretación.

Además el tener cercanía, permite una corrección conductual sin comentarios verbales negativos y es una de las principales características para mantener la atención del niño. A su vez, las expresiones faciales y el contacto visual pueden aclarar el objetivo perseguido, tomando en cuenta que los educandos tienden a prestar más atención a lo que haces que a lo que dices.

En cuanto a la organización, el docente ha de fijar objetivos claros y concretos para el tiempo de estudio, elaborando conjuntamente con el niño un horario realista que se pueda cumplir, ayudándolo a distribuir el tiempo por asignatura según la dificultad y comenzando siempre por la asignatura más sencilla, de esta manera evitaremos que el niño se desmotive rápidamente, sin olvidar programar siempre descansos. Así mismo éste debe procurar un ambiente tranquilo, ordenado y sin demasiados cambios; en caso que se den, debemos planificarlos con antelación para evitar distracciones.

El docente deberá asumir una actitud flexible: no podemos pedir a un niño activo que permanezca quieto durante toda una actividad, pero es necesario establecer límites y hacer de su conocimiento hasta dónde puede llegar. Este puede recurrir al niño con *TDA/H* para realizar trabajos que supongan actividad motora: enviar encargos a otros docentes, repartir papeles entre los compañeros, borrar el pizarrón, de esta forma logramos que sus estímulos sean aprovechados.

El educando con *TDA/H* debe estar consciente de que el docente valora sus esfuerzos por mejorar su rendimiento, es por ello que necesitan ser elogiados continuamente por los comportamientos adecuados. Al respecto se pueden utilizar los premios, sin embargo las recompensas no sólo deben ser premios materiales, también pueden ser elogios en público, una palabra de agradecimiento ó bien hecho significa una buena oportunidad de elevar su posición en la clase. Por el contrario, si al niño se le pone como meta una recompensa material, procure estirla lo más posible otorgándole al niño estrellas ó boletos, de los cuales tendrá que recolectar varios con el fin de obtener la recompensa material final, al hacer esto cada estrella se convierten en una paso más para llegar a la meta.

Por otro lado, si exentamos al niño con *TDA/H* de sus consecuencias, responsabilidades y expectativas por el hecho de que padece el trastorno, estaremos contribuyendo a su retroceso; no hay que comprender las dificultades que presenta como una limitante; en general son niños con capacidad pero que requieren facilitadores para su avance. Si tenemos a un niño que tiene dificultades para destacar en el aprendizaje podemos ayudarle favoreciendo otras actividades que desarrollen su creatividad como las manualidades o las expresiones artísticas.

Paralelamente podemos armar alianzas para tareas difíciles; ya que si a éste le cuesta aprender algo ó alguna habilidad, el juntarse con otros puede ser de gran ayuda; así como ser solidarios con él al descomponer las tareas en pequeñas actividades para que las pueda realizar con éxito, ya que la asimilación del contenido en etapas fomentará la interiorización de éste.

Igualmente, el docente debe trabajar a nivel de grupo, habilidades y estrategias que mejoren las relaciones sociales con su entorno y que fomenten acciones de interacción con los iguales y con los adultos, comunicación, resolución de problemas y expresión de sentimientos.

Por último, ante un posible rechazo por parte de los pares, es necesario propiciar una plática tranquila con el niño, explicándole cómo se sienten los demás ante sus comportamientos y hablando sobre las posibles soluciones. En este caso, podemos aprovechar las situaciones conflictivas con sus compañeros ó adultos para ayudarlo a valorar las consecuencias de su comportamiento, de tal forma que éste piense ó imagine otras formas de actuar ante dichas situaciones.

Así, apoyándose en las actividades propuestas el docente podrá adquirir nuevas habilidades para el manejo de situaciones en el proceso de enseñanza y aprendizaje, favoreciendo el desempeño en el ámbito escolar y social de los educandos que padecen el trastorno.

#### ***5.4 ORIENTACIONES PEDAGÓGICAS PARA LOS PADRES DE LOS NIÑOS CON TDA/H PARA LA MEJORA DE LA CONVIVENCIA ENTRE ELLOS.***

En este punto, resulta necesario resaltar la importancia de la colaboración entre padres, docentes y profesionales con un claro y firme objetivo: desarrollar un plan de actuación adecuado y pertinente con base a las necesidades del niño.

Para tal efecto los padres pueden acudir a diversas prácticas de orientación, ya que no es una tarea fácil el convivir con un niño con *TDA/H*. Estas básicamente persiguen dos objetivos:

1. Conocer a otros padres en situación similar, para que puedan darse apoyo mutuo y realimentar sus vivencias;
2. El conocimiento de técnicas y estrategias para controlar la conducta de su hijo y mejorar las relaciones con él.

A continuación se describen algunos consejos para la convivencia sana entre padres e hijos con *TDA/H*:

- ✓ Es importante no pretender solucionar todos los problemas diarios a la vez, es preciso marcarse un sólo objetivo a conseguir por día como mínimo; por ejemplo: que el niño se levante menos veces de la silla.
- ✓ Conviene no olvidar que siempre tendrá más interés en hacer lo que se le pide si obtiene algún privilegio a cambio de su esfuerzo, lo cual no debe limitarse a premios superficiales, tales como dinero, regalos, juguetes, etc.
- ✓ Hay comportamientos que no se pueden ignorar por el riesgo que implican, por ejemplo las agresiones físicas o todos aquellos comportamientos que supongan un riesgo físico para él ó para los demás; en este caso, lo mejor será pararlos físicamente y potenciar una conducta alternativa.
- ✓ Es importante marcar objetivos de conducta realistas, evitando comparar lo que el niño es capaz de hacer con las posibilidades de otros niños e ir aumentando el grado de dificultad progresivamente.
- ✓ Vale la pena evitar conflictos programando actividades adecuadas a sus posibilidades de control; por ejemplo con un niño *TDA/H* hasta los 12 años de edad no es apropiado planificar una comida de 2 horas en un restaurante ó 4 horas en un supermercado.
- ✓ Deben favorecer el ambiente que rodea al niño, de tal forma que éste sea ordenado y organizado en cuanto a los horarios ó rutina diaria; así, facilitamos también la adquisición de hábitos de autonomía, ya que a medida que el niño madura decidirá por sí mismo lo que debe hacer y de qué manera.

- ✓ En relación a las tareas escolares el niño con *TDA/H* requiere mayor supervisión; por tanto es importante el uso de la agenda como medio de comunicación con el docente y de control de las tareas; en ella han de escribirse comentarios positivos que gratifiquen el comportamiento del niño.
- ✓ Todos los niños necesitan saber a través de sus padres qué es lo que hacen bien; por tanto resulta significativo destacarle sus conductas apropiadas.
- ✓ Es más importante fijarse en aquellas conductas positivas, las cuales seguro pasan desapercibidas; sin embargo se deben felicitar y atender a las conductas negativas que no nos gustan.
- ✓ Es de trascendencia recompensar las conductas positivas en forma de alabanza, dedicándole un tiempo de juego o permitiendo un tiempo mayor en sus actividades de mayor agrado.
- ✓ Asistir a reuniones de grupos de padres puede ser un apoyo fundamental, pues las familias encuentran ayuda y comprensión a la vez que buscan soluciones.
- ✓ Es importante fijar horas específicas para levantarse, comer, jugar, hacer tarea, hacer quehaceres, mirar televisión y para acostarse; así mismo se debe poner el horario donde el niño siempre lo pueda ver, de tal forma que pueda seguirlo.
- ✓ El niño ha de estudiar en casa cada día, a la misma hora y a ser posible durante el mismo espacio de tiempo; además lo podemos ayudar diariamente a organizar el escritorio y los deberes haciéndole apuntar en una hoja lo que necesita realmente para trabajar en determinado momento.
- ✓ Es necesario simplificar las reglas de la casa y explicar lo que pasará cuando se cumplen las reglas y cuando se rompen las mismas.
- ✓ Debe asegurarse que su hijo le preste atención, háblele directamente a los ojos, con voz clara y calmada específicamente lo que usted desea, manteniendo las instrucciones simples y cortas.
- ✓ Puesto que son impulsivos, los niños con *TDA/H* pueden necesitar más supervisión de los adultos que otros niños de la misma edad.
- ✓ A estos niños les resulta difícil aprender habilidades en el comportamiento social; es por ello que debe fijarse cuando su niño está alrededor de sus amigos para conocer sus conductas y poder modificarlas.

- ✓ Escoja un lugar fijo para hacer la tarea lejos de distracciones, tales como otras personas ó la televisión; además divida el tiempo para hacer la tarea en sesiones cortas y permita descansos.
- ✓ Premie a su hijo cuando trata de terminar alguna tarea no solamente para sacar una buena calificación, sino por el esfuerzo realizado.

Igualmente, se recomienda ejercer comunicación con el docente de su hijo para conocer su situación escolar: durante la clase, el recreo y la hora de la comida del medio día; así mismo pida al docente notas de progreso diario ó semanal, con la finalidad de valorar la evolución del niño y buscar soluciones a los problemas que puedan presentarse.

Todo lo anterior, resulta una tarea ardua pero finalmente estamos contribuyendo al mejoramiento de la convivencia y de la socialización de los niños que padecen este trastorno.

## 5.5 PROGRAMA DEL TALLER DIRIGIDO A DOCENTES Y DIRECTIVOS DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA

### SESIÓN 1

**TEMA:** Presentación del curso-taller y conceptos básicos

**OBJETIVO:** Los docentes y/o directivos del CIET conceptualizarán algunos conceptos fundamentales para el inicio del curso-taller, tales como enseñanza, aprendizaje, problemas de aprendizaje y trastornos en el aprendizaje.

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Técnica</b>	<b>Actividades</b>
<p>Al término de la sesión, los docentes y directivos del CIET:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocerán el contenido y objetivos del curso-taller que se les impartirá.</li> <li>• Identificarán las diferentes definiciones de enseñanza y aprendizaje.</li> <li>• Construirán su propia definición de enseñanza y aprendizaje a partir de las diversas concepciones.</li> <li>• Diferenciarán entre un problema de aprendizaje y un trastorno en el aprendizaje.</li> </ul> <p>Asimismo, los capacitadores: Evaluarán y analizarán los conocimientos de los docentes sobre el TDA/H.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presentación             <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Introducción al curso-taller</li> <li>1.2 Definición de objetivos</li> </ol> </li> <li>2. Aprendizaje y enseñanza desde diferentes corrientes pedagógicas             <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Conductismo</li> <li>2.2 Constructivismo</li> <li>2.3 Construcción de un concepto universal</li> </ol> </li> <li>3. Definición de problemas de aprendizaje y trastornos en el aprendizaje</li> <li>4. Evaluación diagnóstica sobre el TDA/H</li> <li>5. Conclusiones</li> <li>6. Cierre de sesión</li> </ol>	<p>Exposición</p> <p>Cuchicheo</p> <p>Lluvia de ideas</p> <p>Cuestionario</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestar atención a los capacitadores.</li> <li>- Integrarse en parejas.</li> <li>- Comentar acerca de las diferentes concepciones de enseñanza y aprendizaje.</li> <li>-Aportar las ideas relevantes.</li> <li>- Analizar las palabras clave de cada definición.</li> <li>- Retroalimentación entre capacitadores y docentes y directivos del CIET.</li> <li>- Resolver el cuestionario en silencio y de forma individual.</li> <li>- Comentar conclusiones.</li> </ul>

## SESIÓN 2

**TEMA:** Panorama general del TDA/H

**OBJETIVO:** Los docentes y/o directivos del CIET analizarán los antecedentes históricos, la conceptualización y la etiología del TDA/H.

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Técnica</b>	<b>Actividades</b>
<p>Al término de la sesión, los docentes y directivos del CIET:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocerán los antecedentes históricos del TDA/H.</li> <li>• Comprenderán los conceptos que componen al TDA/H.</li> <li>• Destacarán las diversas causas que originan el TDA/H</li> <li>• Comprenderán el origen multicausal del TDA/H.</li> </ul>	<p>1. Antecedentes históricos del TDA/H</p> <p>2. Conceptualización</p> <p>2.1 Conceptos de Atención, distractibilidad e hiperactividad</p> <p>2.2 Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad</p> <p>3. Etiología del TDA/H</p> <p>3.1 Diversos elementos que originan el TDA/H</p> <p>3.2 Modelo explicativo integral</p> <p>4. Conclusiones</p> <p>5. Cierre de sesión</p>	<p>Línea del tiempo</p> <p>Lluvia de ideas</p> <p>Corrillos</p>	<p>- Resaltar las fechas relevantes.</p> <p>- Aportar las ideas importantes.</p> <p>- Reunirse en grupos de tres personas.</p> <p>- Leer el material sobre las diferentes causas del TDA/H.</p> <p>- Discutir los aspectos relevantes.</p> <p>- Sintetizar las ideas principales.</p> <p>- Comentar conclusiones.</p>



## SESIÓN 4

**TEMA:** Importancia de la Inclusión Educativa de niños con *TDA/H*

**OBJETIVO:** Los docentes y/o directivos del *CIET* evaluarán la importancia de la intervención educativa con base a la inclusión.

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Técnica</b>	<b>Actividades</b>
<p>Al término de la sesión, los docentes y directivos del <i>CIET</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollarán el concepto de Inclusión educativa.</li> <li>• Conocerán los cuatro pilares básicos de la educación.</li> <li>• Reconocerán las actitudes que favorecen para la inclusión de niños con <i>TDA/H</i>.</li> </ul>	<p>1. Concepto de Inclusión Educativa</p> <p>2. Cuatro pilares básicos de la educación</p> <p>3. Educación Inclusiva y Escuela Inclusiva</p> <p>4. Estrategias para favorecer la inclusión educativa de niños con <i>TDA/H</i></p> <p>6. Conclusiones</p> <p>7. Cierre de sesión</p>	<p>Panel</p> <p>Lluvia de ideas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar el material escrito presentado por los capacitadores.</li> <li>- Ubicarse en forma de círculo.</li> <li>- Dar a conocer puntos de vista sobre el material.</li> <li>- Debatir.</li> <li>- Resaltar ideas importantes sobre el material.</li> <li>- Aportar las experiencias significativas que ayuden a favorecer la inclusión educativa.</li> <li>- Comentar conclusiones.</li> </ul>

## SESIÓN 5

**TEMA:** Elaboración de un diagnóstico pertinente del *TDA/H*

**OBJETIVO:** Los docentes y/o directivos del *CIET* evaluarán los elementos necesarios para la realización de un diagnóstico multimodal del *TDA/H*.

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Técnica</b>	<b>Actividades</b>
<p>Al término de la sesión, los docentes y directivos del <i>CIET</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocerán la importancia de la intervención multimodal</li> <li>• Diferenciarán las tareas pertinentes a da especialista.</li> <li>• Analizarán los diversos instrumentos necesarios para el diagnóstico oportuno del <i>TDA/H</i>.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Importancia de la intervención multimodal               <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Pedagogos</li> <li>1.2 Psicólogos</li> <li>1.3 Neurólogos</li> <li>1.4 Sociólogos</li> </ol> </li> <li>2. Análisis de entrevistas, cuestionarios y escalas de observación pertinentes en el diagnóstico del <i>TDA/H</i></li> <li>3. Conclusiones</li> <li>4. Cierre de sesión</li> </ol>	<p>Corrillos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reunirse en equipos de cuatro personas.</li> <li>- Recibir una tarjeta con el nombre de un especialista.               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Discutir y enlistar las tareas correspondientes al especialista.</li> </ul> </li> <li>- Elaborar un mapa mental que enliste dichas tareas. Pasar al frente para explicarlo a los demás participantes.</li> <li>- Permanecer en los equipos anteriores.</li> <li>- Desmenuzar y analizar el contenido de cada uno de los diversos instrumentos necesarios para el diagnóstico del <i>TDA/H</i>.               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aportar ideas relevantes.</li> </ul> </li> <li>- Comentar conclusiones.</li> </ul>

## SESIÓN 6

**TEMA:** Análisis de las diversas pruebas que facilitan el diagnóstico del *TDA/H*

**OBJETIVO:** Los docentes y/o directivos del *CIET* analizarán las diversas pruebas que se aplicarán a niños con posibilidades de padecer *TDA/H*.

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Técnica</b>	<b>Actividades</b>
<p>Al término de la sesión, los docentes y directivos del <i>CIET</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocerán las distintas pruebas.</li> <li>• Identificarán la finalidad de cada una de las pruebas.</li> <li>• Construirán su propia batería de evaluación.</li> <li>• Identificarán los parámetros de evaluación de cada prueba.</li> </ul>	<p>1. Batería de pruebas para la evaluación de las características que definen al <i>TDA/H</i></p> <p>2. Conclusiones</p> <p>3. Cierre de sesión</p>	<p>Corrillos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Integrarse en equipos de 6 personas: 5 docentes y un capacitador.</li> <li>- Revisar y analizar detalladamente las pruebas asignadas.</li> <li>- Resaltar características importantes de cada prueba.</li> <li>- Aportar las ideas relevantes frente al otro equipo.</li> <li>- Comentar conclusiones.</li> </ul>

## SESIÓN 7

**TEMA:** Análisis de las diversas pruebas que facilitan el diagnóstico del *TDA/H*

**OBJETIVO:** Los docentes y/o directivos del *CIET* analizarán las diversas pruebas que se aplicarán a niños con posibilidades de padecer *TDA/H*.

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Técnica</b>	<b>Actividades</b>
<p>Al término de la sesión, los docentes y directivos del <i>CIET</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocerán las distintas pruebas.</li> <li>• Identificarán la finalidad de cada una de las pruebas.</li> <li>• Construirán su propia batería de evaluación.</li> <li>• Identificarán los parámetros de evaluación de cada prueba.</li> </ul>	<p>1. Batería de pruebas para la evaluación de las características que definen al <i>TDA/H</i></p> <p>2. Conclusiones</p> <p>3. Cierre de sesión</p>	<p>Corrillos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Integrarse en equipos de 6 personas: 5 docentes y un capacitador.</li> <li>- Revisar y analizar detalladamente las pruebas asignadas.</li> <li>- Resaltar características importantes de cada prueba.</li> <li>- Aportar las ideas relevantes frente al otro equipo.</li> <li>- Comentar conclusiones.</li> </ul>

## SESIÓN 8

**TEMA:** Orientaciones Pedagógicas para docentes y padres de familia de niños con TDA/H

**OBJETIVO:** Los docentes y/o directivos del CIET examinarán las orientaciones pedagógicas propuestas en torno al manejo del TDA/H, valorándolas como sujetos activos y participantes dentro del proceso educativo.

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Técnica</b>	<b>Actividades</b>
<p>Al término de la sesión, los docentes y directivos del CIET:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorarán las orientaciones pedagógicas, tanto para docentes como para los padres de familia.</li> <li>• Evaluarán la intervención de los capacitadores.</li> </ul> <p>Asimismo, los capacitadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analizarán los conocimientos de los docentes sobre el TDA/H.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientaciones pedagógicas               <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Para docentes</li> <li>1.2 Para padres de familia</li> </ol> </li> <li>2. Cierre del curso-taller</li> <li>3. Evaluación final aplicada a los docentes</li> <li>4. Conclusiones Finales</li> </ol>	<p>Presentación de un audiovisual</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analizar el material audiovisual realizado por los capacitadores.</li> <li>- Identificar las ideas relevantes.</li> <li>- Aportar ideas relevantes</li> <li>- Resolver el cuestionario</li> <li>- Comentar conclusiones y comentarios respecto a la intervención de los capacitadores.</li> </ul>

[1] Ver anexos.

[2] Silva y Ortiz, María Teresa Alicia. *Trastornos por Déficit de Atención*.

[3] Ver anexos.

[4] Ver anexos.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

A través de nuestra propuesta pretendemos apoyar al docente en la atención de niños con problemas relacionados al Trastorno por Déficit de Atención.

Debido a que actualmente existe una magnitud de problemas con tal situación, se han buscado ciertas estrategias de apoyo metodológico para mejorar el trabajo humano y sobre todo la enseñanza en nuestro país, con la mera finalidad de obtener un aprendizaje significativo en cada persona que pasa no sólo por una escuela si no que es parte de la vida social y cultural de nuestro país.

Cabe señalar que nuestro proyecto inició a partir de la sensibilización de los docentes y de los fundamentos planteados por diversos investigadores, los cuales se han dado a la tarea de ofrecernos una idea practica relacionada con el trabajo a realizar con niños de necesidades especiales, tal es el caso del Trastorno por Déficit de Atención, que se encuentra emergente en un 8% de los niños que están cursando su educación básica.

Así la intervención psicopedagógica debe centrarse en la institución escolar, dando respuesta a las distintas necesidades educativas que puedan presentar los educandos; sin embargo para que esta sea eficaz, es necesario que los docentes cuenten con los elementos necesarios para dar respuesta a las problemáticas sociales y sobre todo tengan apertura hacia la colaboración.

Ahora bien, al iniciar la investigación partíamos del argumento de que el problema no era que los niños no fuesen capaces de comprender, sino que no eran capaces de concentrarse y no porque no quisieran atender, sino porque presentan algún impedimento. Sin embargo, en este momento sabemos que el problema central de los sujetos diagnosticados con TDA/H es su baja capacidad para ejercer el control inhibitorio sobre sus comportamientos.

Por ello la finalidad del tratamiento ha de ser que estos sujetos sean capaces de decidir sobre qué es lo que tienen que hacer y qué es lo que tienen que pensar; o dicho

en términos de intervención, disponerles y enseñarles autocontrol, ó sea, prepararles para planificar, organizar y ejecutar su conducta.

Lo anterior nos lleva a replantear nuestra mirada y considerar factores que no han sido lo suficientemente reflexionados, sobre todo partiendo de la idea de que la realidad infantil y sobre todo social es heterogénea y diversa, en la medida en que responde a un contexto determinado. Es decir, no podemos seguir pensando que las propuestas de solución del siglo pasado pueden resolver los problemas actuales de la Educación.

Una de nuestras preocupaciones fundamentales al actuar en la enseñanza, como lo señala Pablo González Casanova, debe consistir en demostrar a los escolares que la escuela “es una comunidad de cultura”, “una comunidad de maestros y alumnos que no persiguen fines antagónicos, sino complementarios y que se traducen en un fin fundamental, considerado desde dos puntos de vista distintos pero nunca opuestos; enseñar y aprender”.

Aunado a lo anterior, para que esta intervención sea efectiva se requiere que las escuelas, como instituciones educativas asuman el compromiso de brindar una preparación verdaderamente integral y responsable. Sólo así y con la coordinación de los demás agentes del tratamiento, daremos respuesta adecuada al trastorno de conducta más común y con más implicaciones en el aprendizaje dentro del período de la Educación Primaria.

Además, dado que el núcleo central del trastorno es de naturaleza neurobiológica y que por ello es necesario hacer un diagnóstico clínico, el tratamiento no puede limitarse a una terapia parcial ni a un contexto único, sino que ha de ser multimodal y multidisciplinario, compartido por los ámbitos: médico-farmacológico, psicoterapéutico, y psico-educativo con la indispensable colaboración de la familia.

Esta tarea justifica y compromete la acción de los profesionales de la psicología, la pedagogía y trabajo social; y quiénes más adecuados que los que están presentes en el propio contexto educativo, que es en definitiva, junto con el familiar, donde se hacen patentes mayoritariamente las manifestaciones que se han de evaluar.

No obstante el diagnóstico y tratamiento del *TDA/H* representan gran dificultad tanto para docentes y padres de familia, como para algunos profesionales que están al frente de las aulas educativas, la cual es originada por diversos motivos:

A. *En cuanto a la identificación y diagnóstico;* podemos percibir la falta de una adecuada orientación e información en los padres sobre lo que deben considerar como un posible comportamiento alterado en el niño. A su vez, la resistencia que presentan algunos docentes hacia un verdadero trabajo multidisciplinario que posibilite la correcta intervención acerca de los Trastornos del Comportamiento en general y del *TDA/H* en particular.

B. *Referente a la prevención y tratamiento:* Pocos centros escolares cuentan con los apoyos necesarios para tratar casos que requieren una educación especializada. Otro factor responde a la escases de recursos por parte de de las familias para llevar a cabo un correcto tratamiento y sobre todo una oportuna intervención.

Sin embargo, dichos tratamientos van de la mano con la inclusión, la cual no sólo es un concepto teórico de la pedagogía actual, sino una manera de vivir y enfrentarnos a nuestro contexto real; para ello resulta fundamental la educación y por esto hablamos de inclusión educativa, la cual no sólo significa poner en práctica una serie de preceptos teóricos, sino educar en la diversidad eliminando ó minimizando las barreras que limitan el aprendizaje con la participación de todos y para alcanzar el desarrollo potencial de nuestros educandos. Así para lograr la inclusión escolar de los niños con *TDA/H*, resulta esencial el desarrollo de habilidades del docente para reconocer las características específicas de cada uno de los educandos que componen su grupo y poder realizar las adecuaciones con base en las necesidades del colectivo.

Si bien el grupo-clase es una unidad en la que convive un número de alumnos con los que hay que trabajar una serie de contenidos para lograr, o al menos intentarlo, los objetivos propios del nivel; no es menos cierto que dentro de ese grupo pueden estar presentes educandos con necesidades educativas específicas a los que hemos de dar una respuesta educativa adecuada y que no vaya en detrimento de la colectividad. Por tanto, es necesario que los profesores ajusten la dinámica de la clase para crear un

ambiente que permita conseguir los objetivos generales del grupo y a la vez los singulares del educando con algún trastorno.

Por ello, todo docente que imparta clase al grupo debe conocer de forma suficiente las características de sus educandos, lo cual asegurará el conocimiento del niño con *TDA/H*; y sólo así se podrá iniciar con ciertas garantías una acción educativa con los planteamientos que requiera el caso.

Si bien no es fácil convivir con un niño con *TDA/H*, la peor parte la lleva éste dado el rechazo de los demás por causar caos en la casa, en la escuela y en los juegos con sus iguales. En tanto, debemos entender que las conductas agresivas de estos niños son una respuesta a la falta de elementos para convivir y desarrollarse a plenitud. Por ello resulta fundamental reconocer los comportamientos adecuados, ya que de esta forma le enseñamos la manera adecuada de comportarse. En todo caso, estos niños responden de forma favorable al reforzamiento y dentro de este mejor al positivo que al negativo, dando la oportunidad al niño de recuperar el control perdido

Ahora, en cuanto a la etiología del *TDA/H*, en un principio se concedió importancia a los agentes potencialmente lesivos del sistema nervioso, tales como las infecciones, los traumatismos, las sustancias tóxicas o el mal manejo obstétrico, considerando al *daño orgánico cerebral* como su resultado y explicación del trastorno. Sin embargo, paulatinamente se ha ido concediendo importancia a otras líneas de evidencia, las cuales permiten proponer un problema de desarrollo o maduración del cerebro. Entonces, es posible afirmar que los trastornos por déficit de atención muestran una clara tendencia a ser heredados, que existen imágenes cerebrales estáticas y dinámicas que los caracterizan, que podrían existir mecanismos neuroquímicos y electrofisiológicos anómalos en el cerebro de quienes están afectados y que la discapacidad producida por estos factores entorpece el desarrollo y dificulta la adaptación. Así, un modelo explicativo integral abarca los problemas detectados en estructuras como el lóbulo frontal, con la consecuente incapacidad para plantear el comportamiento y dirigir la atención al cumplimiento de metas, mediante la concentración orientada y motivada al procesamiento de información y la solución de problemas.

Entonces, el *TDA/H* se convierte en un gran mosaico y entre todos los factores que influyen en este padecimiento también debemos mencionar a la alimentación, la cual puede afectar el comportamiento del niño. Por regla general, todos los niños padezcan o no el trastorno, necesitan una dieta sana, controlada y equilibrada; sin embargo, existen algunos alimentos que pueden alterar los procesos neuronales y dificultar el aprendizaje, la atención y la concentración, por ejemplo, un niño hiperactivo alimentado con demasiada glucosa no va a contar con los recursos orgánicos que le ayuden a mejorar su atención; no obstante, lo anterior no quiere decir que algunos alimentos sean los causantes de los comportamientos específicos del *TDA/H*.

Por último es pertinente tomar en cuenta las siguientes consideraciones para que el niño logre manejar su problemática de déficit de atención de un modo más eficaz.

- ✓ Realizar una valoración integral y en caso de no ser necesaria, tratar de evitar la medicación en el niño permitiendo que este logre avances de la manera más natural posible.
- ✓ Manejar terapias de tipo familiar e individual y realizar los cambios necesarios en la escuela para abordar estilos de aprendizaje particulares, de tal forma que se trabaje de común acuerdo con los especialistas.
- ✓ Los docentes también deben participar para ayudar a las personas con *TDA/H*. Las escuelas pueden realizar cambios que les permitirán a los educandos aprender de un modo en el cual se incluyan estrategias que den respuesta a sus necesidades.
- ✓ La escuela debe ayudar a desarrollar un plan adecuado para cada niño y así implementar técnicas para sobrellevar el trastorno.
- ✓ Ayudar al niño a controlar su comportamiento en el aula, lo que repercutirá en una mejor relación con los demás, en mejores resultados académicos y en una mejora de su amor propio.
- ✓ Enseñar habilidades sociales básicas y habilidades de solución de problemas interpersonales en los niños.
- ✓ Reforzar los periodos de atención, controlando el ambiente para que haya los menores elementos de distracción posibles.

- ✓ Enseñar ejercicios de control muscular y ejercicios de relajación.
- ✓ Fundamentalmente enseñarle al niño a pensar antes de actuar, de tal forma que regule su comportamiento, tanto a la hora de enfrentarse a una tarea como en sus relaciones interpersonales.

Ante los retos que afronta la sociedad mexicana del siglo XXI, que demanda la formación de ciudadanos mejor preparados y con valores éticos, la profesionalización de los docentes adquiere especial relevancia; ya que ellos tienen, en primera instancia, la tarea de llevar a cabo las reformas adecuadas para mejorar su quehacer diario, pensando en el bienestar de los educandos y actuando solidariamente en la tarea de educar e incluir a niños que padecen el *TDA/H*.

## **GLOSARIO**

**ALUMNADO, ESTUDIANTES O ALUMNO:** Se usan para referirse a cualquier niño o joven que participe en la educación formal y que, por lo tanto, asiste a escuela, u otro centro de aprendizaje.

**BAREMO:** Escalas estandarizadas para medir un test psicológico

**DIAGNÓSTICO:** Es una de las actuaciones educativas indispensables para el tratamiento de los problemas que un alumno puede experimentar en un centro educativo. Se le considera el puente entre la evaluación y la orientación. Su finalidad consiste en determinar la naturaleza de las dificultades, su gravedad y los factores que subyacen.

**DÉFICIT DE ATENCIÓN:** Disminución de la capacidad de atención.

**DÉFICIT SENSORIAL:** Disminución de la capacidad de uno o varios sentidos.

**DISCRIMINAR:** Es hacer una distinción.

**DISFUNCIÓN CEREBRAL MÍNIMA:** Alteración leve en el funcionamiento del sistema nervioso.

### **DIVERSIDAD:**

- Diversidad biológica, un parámetro ecológico empleado en biología.
- Diversidad funcional, término sociológico que hace referencia a las discapacidades.
- Diversidad sexual, en relación a la sexualidad humana.
- Diversidad Cultural, en cuanto a la riqueza cultural de un grupo humano.
- Diversidad ecológica, una aproximación purista a la diversidad biológica.

**ESCALAS DE CONDUCTA:** Cuestionarios que tienen por objeto conocer las conductas del sujeto.

**ESCUELA” O “CENTRO EDUCATIVO:** se utilizan indistintamente para referirse a todos los contextos educativos formales que impartan educación inicial, básica o secundaria.

**ESTUDIO DE CASOS:** Es la canalización del sujeto para su evaluación, comienza con la entrevista de inicio y termina con la devolución de los resultados a quién lo solicitó.

**ETIOLOGÍA:** Estudio de las causas que originan un hecho o fenómeno. Conjunto de causas de un trastorno, alteración o estado patológico. Pedagogía: El conocimiento de las causas de un trastorno ó enfermedad (diagnóstico etiológico) pronóstico: programa terapéutico acertado.

**FAMILIA:** Se usa en relación con la unidad social básica en que el niño o niña está creciendo. En muchos contextos, el padre y particularmente la madre asumen la responsabilidad principal de la educación del niño; en otros, pueden ser los abuelos, hermanos mayores, u otros miembros de la familia o la comunidad quienes asuman la responsabilidad.

**FEEDBACK O REACCIÓN:** Información que recibe una persona sobre su actuar.

**IMPULSIVIDAD:** Tendencia a reaccionar, tomar decisiones etc., de forma inmediata y sin reflexión, es decir, sin tomar en consideración las consecuencias.

**IMPULSO NERVIOSO:** Mecanismo a través del cual se comunican las neuronas en el sistema nervioso, haciendo posible su funcionamiento.

**INCLUSIÓN:** Es un concepto teórico de la pedagogía que hace referencia al modo en que se debe dar respuesta en la escuela a la diversidad. Es un término que surge en los años 90 y pretende sustituir al de integración, hasta ese momento el dominante en la práctica educativa. Su supuesto básico es que hay que modificar el sistema escolar para que responda a las necesidades de todos los alumnos, en vez de que sean los alumnos quienes deban adaptarse al sistema, integrándose en él. La opción consciente y deliberada por la heterogeneidad en la escuela constituye uno de los pilares centrales del enfoque inclusivo. *La inclusión* 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.

**LABILIDAD EMOCIONAL:** Cambio con facilidad de una emoción a otra; estado emocional desequilibrado con cambios bruscos del humor que son desproporcionados a las situaciones que lo provocan.

**LESIÓN CEREBRAL:** Daño o alteración en el cerebro.

**MARGINACIÓN:** situación social de desventaja económica, profesional, estatutaria o política, producida por la dificultad que una persona o grupo tiene para integrarse a algunos de los sistemas de funcionamiento social.

**NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES:** El término *barreras para el aprendizaje y la participación* se adopta en nuestro trabajo en lugar del de necesidades educativas especiales para hacer referencia a las dificultades que experimenta cualquier alumno o alumna. Se considera que las barreras al aprendizaje y la participación surgen de la interacción entre los estudiantes y sus contextos; las personas, las políticas, las instituciones, las culturas y las circunstancias sociales y económicas que afectan a sus vidas.

**NEURONAS:** Células nerviosas encargadas de las funciones del cerebro.

**NEUROTRANSMISOR:** Sustancia química encargada de transmitir las órdenes de una neurona a otra.

**PADRE O TUTOR:** El término “padre” o “tutor” se usa para referirse a cualquiera con la responsabilidad primaria por la crianza y tutela de un niño o niña.

**PLAN DE DESARROLLO DE LA ESCUELA:** Sustenta la idea de que la escuela es una institución en permanente desarrollo, que tiene que introducir permanentemente cambios en su propuesta pedagógica y en su funcionamiento, con el fin de aumentar progresivamente su capacidad para dar respuesta a la diversidad de las necesidades educativas de todo su alumnado. En algunos países, se utiliza el término plan de mejora o

de innovación educativa. En todo caso, este plan de desarrollo tiene que enmarcarse en los procesos de planificación establecidos en cada país con carácter anual o de largo plazo, como pueden ser por ejemplo, los proyectos educativos institucionales.

**PSICOLEXIA:** reside en apreciar la calidad (cualitativo).

**PSICOMETRÍA:** reside en apreciar la cantidad (cuantitativo).

**PSICOMOTRICIDAD:** trata de la interacción que existe entre nuestro pensamiento, consciente o inconsciente, y el movimiento efectuado por los músculos con ayuda de nuestro sistema nervioso.

**PROFESORADO, DOCENTES” O PROFESORES:** se refieren a cualquiera que cumpla el rol de enseñar en un contexto educativo formal.

**SEGREGACIÓN:** El término segregar hace referencia a apartar, separar a alguien de algo o una cosa de otra.

**SÍNDROME:** Conjunto de características o síntomas que definen una enfermedad y por extensión una psicopatología.

**SÍNTOMA:** Del gr. “symptoma” (encuentro); en general lo que es signo, presagio o indicio de otra realidad diferente a sí. Cualquier hecho, reacción funcional, pensamiento, sentimiento, cambio de conducta etc., que es indicador de una perturbación, trastorno o enfermedad.

**TRASTORNO:** En general, alteración o perturbación de actividades, procesos, comportamientos.

**TRASTORNO NEUROLÓGICO:** Perturbación cuyo origen se haya en el funcionamiento del sistema nervioso.

**TRASTORNOS NEUROVEGETATIVOS:** Perturbaciones que afectan a las funciones autónomas e involuntarias

**TEMPERAMENTO:** Constitución particular de cada persona.

**TEST PSICOLÓGICOS:** Pruebas que tienen por objeto conocer el funcionamiento de algunas de las habilidades y disposiciones químicas del sujeto.

**TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN:** Capacidad de una persona para controlar sus caprichos, aceptar sus errores y asumir cualquier consecuencia que puede derivarse del incumplimiento de sus deseos de logro y motivaciones.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Armstrong, T. (2001). *Síndrome de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. Estrategias en el aula*. Buenos Aires: Paidós.

Arnaiz, P. (1996). *Las escuelas son para todos*. Siglo Cero, Vol. 27.

Arnaiz Sánchez, P. (1997). "Integración, segregación, inclusión". En P. Arnaiz Sánchez y R. De Haro Rodríguez: *10 años de integración en España: Análisis de la realidad y perspectivas de futuro*. Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad.

Arnaiz Sánchez, P. (2000). "La diversidad como valor educativo". En I. Martín: *El valor educativo de la diversidad*. Valladolid: Grupo Editorial Universitario.

Arnaiz P.; Herrero, A.; De Haro, R. (1999). *Trabajo colaborativo entre profesores y atención a la diversidad*. Valladolid: Comunidad Educativa.

Ávila, C y Polaino-Lorente, A. (2002). *Niños hiperactivos, comportamiento, diagnóstico, tratamiento, ayuda familiar y escolar*. México: Alfaomega Grupo Editor.

Bandet, J. (1975). *Enseñar a través del juego*. Barcelona: Editorial Fontanella.

Barkley, R. A. (1999). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós

Barragán Eduardo. (2001). *El niño y el adolescente con TDA, su mendo y sus soluciones*. México: Altitus Editores.

Booth, T. & Ainscow, M. (2001). *Guía para la evaluación y mejora de la educación inclusiva. CSIE- Consorcio Universitario para la Educación Inclusiva*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Buendía Eisman, Leonor; Colás Bravo Pilar. (1998) *Métodos de investigación en psicopedagogía*. Madrid: Mc Graw Hill.

Brown, T. (2003). *Trastornos por déficit de Atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos*. Madrid: Masson.

Campbell, L. (2000). *Inteligencias múltiples, usos prácticos para la enseñanza y el aprendizaje*. Argentina: Editorial Troquel.

Caralla Luis, Salvador. (2001). *Mente en desventaja*. España: Editorial Océano.

Chiaradia y Turner. (1978). *Los trastornos del aprendizaje*. Buenos Aires: Paidós.

De Borja Solé, M. (1980). *El juego infantil. Organización de las ludotecas*. Barcelona: Ediciones Oikos-Tau. S.A.

Decroly y Monchamp. (1986). *El juego educativo iniciación a la actividad intelectual y motriz*. España: Ediciones Morata.

Delors, J. (1996). *La educación encierra un tesoro*. Madrid: Santillana/Ediciones UNESCO.

Esquivel Fayne. (1999). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: El Manual Moderno.

Edward A., Kiyby. (1992). *Trastorno por déficit de atención: estudio y tratamiento*. México: Limusa.

Garvey, C. (1981). *El juego infantil*. España: Ediciones Morata.

Gillis, J.S. (1989). *Cuestionario de ansiedad infantil*. Madrid: TEA.

Hernández Sampieri, Roberto. (2000). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

Hopkins, D.; Soutworth, G.; West, M. (2001). *Hacia escuelas eficaces para todos. Manual para la formación de equipos docentes*. Madrid: Narcea.

Joselevich Estrella. (2000). *Síndrome del TDA con o sin hiperactividad en niños, adolescentes y adultos*. Argentina: Paidós.

Kaufman, A.S. y Kaufman, N.L. (1997). *Test Breve de Inteligencia de Kaufman. Manual técnico*. Madrid:TEA.

López Melero, M. (1990). *La integración, otra cultura*. Málaga: Delegación de Educación y Ciencia de la Junta de Andalucía.

López Melero, M. (1993). "Reforma educativa y diversidad, otro modo de entender la cultura escolar". *Rev. Popular nº5*.

López Melero, M. (1998). *Integración Escolar*. España: Jornadas de integración.

Martínez Cárdenas, Georgina. (2003). *Aprender a vivir con TDAH*. México: Editorial Norma.

Miranda, A. y Santamaría, M. (1986). *Hiperactividad y dificultades de aprendizaje. Análisis y técnicas de recuperación*. Valencia: Promolibro.

Moytes, J. R. (1990). *El juego en la educación infantil y primaria*. Ministerio de Educación y Ciencia. Madrid: Ediciones Morata.

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

Orjales, I. (2000). *Programa de entrenamiento para descifrar instrucciones escritas*. Madrid: Editorial Ciencias de Educación Preescolar y Especial.

Orjales, I. y Polaino-Lorente, A. (2001). *Programas de Intervención Cognitivo-conductual para niños con Déficit de Atención con Hiperactividad*. Madrid: Editorial Ciencias de Educación Preescolar y Especial.

Ortiz, C. (2000a). "Hacia una escuela inclusiva". En L. Melero: *Reflexiones y aportaciones al estudio de la educación infantil y primaria en el marco de la LOGSE*. Zamora: Grupo Editorial Universitario.

Ortiz, C. (2000b). *Hacia una educación inclusiva: la educación especial ayer, hoy y mañana*. España: Siglo Cero.

Pearpoint, J; Forest, M. (1999), Prólogo. En S. Stainback and W. Stainback: *Aulas inclusivas*. Madrid: Narcea.

Polaino, A.; Avila, C.; Cabanyes, J.; García Villamisar, D.; Orjales, I. y Moreno. (1997). *Manual de Hiperactividad Infantil*. Madrid: Unión Editorial.

Rief, S. (1999). *Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad. Técnicas, estrategias e intervenciones para el tratamiento del niños con TDA/TDAH*. Buenos Aires: Paidós.

Silva y Ortiz, María Teresa Alicia. *Trastornos por Déficit de Atención*. México:

Skrtic, T.M. (1999). *Discapacidad y Democracia: voz, colaboración e inclusión en la enseñanza y la sociedad*. Málaga: Servicio de Publicaciones de la Universidad.

Stainback, W.; Stainback, S; Moravee, J. (1999). *Un currículo para crear aulas inclusivas*. En S. Stainback; W. Stainback: *Aulas inclusivas*. Madrid. Narcea.

Stevens J., Laura. *Como ayudar a los niños con déficit de atención*. México: Aguilar.

UNESCO (1987). *Aprender a ser. Informe de la Comisión Internacional para el Desarrollo de la Educación*. Madrid: UNESCO-Alianza Editorial.

UNESCO (1994). *Declaración de Salamanca y Marco de acción ante las necesidades educativas especiales*. París: UNESCO.

Wechsler, D. (2005). *Escala de Inteligencia Wechsler para niños - IV Edición (WISC-IV)*. Madrid: TEA.

## **REFERENCIAS ELECTRÓNICAS**

Booth T. & Ainscow M., (2004) “Índice de inclusión, desarrollando el aprendizaje y la participación en las escuelas” encontrado en: <http://www.unesco.cl/esp/biblio/ediciones/105.act?menu=/esp/biblio/ediciones> Consultado: 21- 03 - 2008

Castillo Trejo, Mario Enrique, “los trastornos en el aprendizaje” encontrado en: <http://www.espaciologopedico.com> Consultado: 29 – 03 - 2008

Duk, Cinthia, “¿Integración escolar o inclusión educativa?”: encontrado en: <http://boards2.melodysoft.com/app?ID=Inclusion> Consultado: 29 – 03 – 2008

Fernández Jaén, Alberto, “*trastorno de déficit de atención e hiperactividad*” encontrado en: <http://www.anshda.org/> Consultado: 24 – 04 - 2008

García Pérez, Manuel, “*Modelo conceptual del TDAH*” encontrado en:

<http://www.tda-h.com/articulos.htm> Consultado: 29 - 03 - 2008

Pardo Rodríguez, Néstor Antonio, “*Educación inclusiva*” encontrado en: <http://www.geocities.com/sptl2002/inclusion.html> Consultado: 21 - 03 - 2008

Ríos Hernández, Mercedes, “*La inclusión del alumnado y el pensamiento del profesorado*” encontrado en:

[http://webpages.ull.es/users/cseduc/congresos/XXI\\_congreso\\_EF/actas/PonenciasPlenarias/RIOSHERNANDEZMercedes.pdf](http://webpages.ull.es/users/cseduc/congresos/XXI_congreso_EF/actas/PonenciasPlenarias/RIOSHERNANDEZMercedes.pdf) Consultado: 23 - 03 – 2008

Ureña Morales, Esther “*Guía práctica con recomendaciones de actuación para los centros educativos en los casos de educandos con TDAH*” encontrado en: <http://www.still-tdah.com> Consultado: 03 – 04 -2008

Verdugo Alonso, Miguel Ángel, “*De la segregación a la inclusión escolar*” encontrado en: <http://inico.usal.es/publicaciones/pdf/segregacion.pdf> Consultado: 29 – 03 - 2008

“*Conferencia acerca del TDA/H*” encontrado en: <http://www.add.org>

Consultado: 04 – 04 – 2008

“*Déficit de Atención*” encontrado en: <http://www.revistaadicciones.com.mx>

Consultado: 02 – 04 -2008

“*Desorden Deficitario de la atención/ hiperactividad*” encontrado en: <http://www.nichcy.org/pubs/spanish/fs19sp.pdf> Consultado: 25 - 03 – 2008

*“Desorden Deficitario de Atención”* encontrado en: <http://www.deficitdeatencion.org/>  
Consultado: 05 – 04 – 2008

*“Documentos de interés sobre TDAH en atención Primaria”* encontrado en:  
<http://www.aepap.org/atencion/documentos.html> Consultado: 24 - 04 - 2008

*“Documentos de interés sobre el Trastorno de Hiperactividad y Déficit de Atención”*  
encontrado en: [http://www.medicinainformacion.com/psq\\_thda\\_libros.htm](http://www.medicinainformacion.com/psq_thda_libros.htm)

Consultado: 24 – 04 - 2008

*“El niño con trastorno por déficit de atención –hiperactividad (TDA-H) Abordaje terapéutico”* encontrado en:  
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup2/suple10a.html>

Consultado: 07 - 04 - 2008

*“El trastorno de déficit de atención e hiperactividad”* encontrado en:  
<http://www.trastornohiperactividad.com/> Consultado: 05 – 04 - 2008

*“El trastorno de déficit de atención e hiperactividad”* encontrado en:  
<http://parentsmedguide.org/ParentGuide/Spanish.pdf> Consultado: 03 – 04 -2008

*“Fármacos utilizados en el tratamiento de niños diagnosticados con TDAH”* encontrado en:

<http://www.consumerreports.org/health/resources/pdf/best-buydrugs/ADHDspanish.pdf>

Consultado: 03 – 04 -2008

*“Guía para padres con niños hiperactivos”* encontrado en: <http://www.somospadres.com/>

Consultado: 02 – 04 – 2008

*“Inclusión educativa; creando una mejor escuela para todos”* encontrado en:  
<http://www.puntodepartida.org/infantil-inclusion.html> Consultado: 23 - 03 - 2008

*“La ciencia del TDAH”* y *“Mitos y malos entendidos”* encontrado en:  
<http://www.help4adhd.org> Consultado: 04 – 04 - 2008

“Las medicinas contra los trastornos en duda” encontrado en: <http://www2.elcomercio.com>  
Consultado: 25 - 03 - 2008

“¿Qué es el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)?” encontrado en:  
<http://www.cdc.gov/ncbddd/Spanish/adhd/whatisADHD.htm> Consultado: 23 - 03 - 2008

“Trastorno por déficit de atención e hiperactividad” encontrado en:  
<http://ayudandolesatriunfar.org/tdah.php> Consultado: 25 - 03 - 2008

“Trastorno de déficit de atención e hiperactividad” encontrado en:  
<http://www.dmedicina.com/salud/neurologicas/trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad.html> Consultado: 06 - 04 - 2008

“TDAH: Lo que los padres deberían saber” encontrado en:  
<http://familydoctor.org/online/famdoces/home/children/parents/behavior/118.html>  
Consultado: 23 - 03 - 2008

“Trastorno de Déficit de Atención con hiperactividad: diagnóstico” encontrado en:  
<http://www.paidopsiquiatria.com/trabajos/adhd3.pdf> Consultado: 24 - 04 - 2008

# ***ANEXOS***

## ANEXO 1

### ***HISTORIA CLÍNICA***

#### *DATOS GENERALES*

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de exploración: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Lugar que ocupa: \_\_\_\_\_ Número de hermanos: \_\_\_\_\_

Otros familiares con los que convive: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Nombre la madre: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Ocupación del padre: \_\_\_\_\_ Ocupación de la madre: \_\_\_\_\_

#### 1. *Descripción del problema*

- Inicio:
- Intensidad y frecuencia:
- Situaciones que agravan el problema:
- Situaciones que disminuyen el problema:
- Personas que agravan el problema:
- Intentos de solución, control de conducta: ¿qué hacen cuando...?
- Atribuciones del problema:
- Expectativas:
- Diagnósticos y tratamientos anteriores:

#### 2. *Historia evolutiva:*

- Embarazo:
  - Enfermedades, problemas, medicación:
  - Tipo de trabajo, hábitos de vida de la madre:
- Parto:
  - A término, prematuro, postmaduro.

- Duración, duración, fórceps, ventosa.
- Presentación: cefálica, podálica, vueltas de cordón, sufrimiento fetal, hipoxia.
- Peso, color, medidas.
- Desarrollo motor:
- Desarrollo de lenguaje:
- Desarrollo emocional:
- Desarrollo social:
- Alimentación:
- Sueño:
- Conductas de autonomía:
- Control de esfínteres:
- Juego:
- Enfermedades padecidas:
- Accidentes y traumatismos:

### 3. *Escolaridad*

- Inicio:
- Conducta en clase: igual, peor o mejor que el entorno familiar:
- Materias que lleva mejor:
- Materias que lleva peor:
- Relación con los docentes:
- Relaciones con los compañeros:
- Conducta en clase, recreos, comedor:
- Estilo de aprendizaje:
- Tiempo y hábitos de estudio:
- Respuesta del niño ante el elogio, regaños, castigos:

### 4. *Personalidad*

- Puntos fuertes y débiles
- Reacción ante la frustración:
- Sensible:

- Autoestima:
  - Autocontrol:
  - Atribuciones:
  - Expectativas:
5. *Ocio y cosas que le gustan tener o hacer*

- Deportes:
- Juegos:
- Actividades:
- Otros:

6. *Relaciones sociales*

- Grupo de amigos:
- Un único amigo:
- Aislado:
- Impulsivo
- Abusan de él:

7. *Antecedentes familiares*

- Hiperactividad y Déficit de Atención:
  - Problemas de aprendizaje:
- Otros trastornos:

## **ANEXO 2**

### ***CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD***

**A.** Existen 1 o 2:

**1.** seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

#### **Desatención:**

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

(b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas;

(c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente;

(d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones);

(e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades;

(f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos);

(g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas);

(h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes;

(i) a menudo es descuidado en las actividades diarias.

**2.** seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

#### **Hiperactividad**

(a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento;

(b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado;

(c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud);

(d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de

ocio;

(e) a menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor;

(f) a menudo habla en exceso

### **Impulsividad**

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

(h) a menudo tiene dificultades para guardar turno;

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

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

**C.** Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela o en el trabajo y en casa).

**D.** Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

**E.** Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

### **F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (314.01)**

Si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses

### **F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención (314.00)**

Si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses

### **F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (314.01)**

Si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses

## ANEXO 3

### **LISTA DE SINTOMAS COPELAND PARA DETECTAR TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN**

*Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*

*Trastorno por déficit de atención no diferenciado (TDAND)*

Esta lista ha sido diseñada para ayudar a padres y docentes en la identificación o discriminación del **TDAH**, su nivel o grado, y en caso de que se presente, cuáles serían las áreas de dificultad.

#### **Listado TDAH**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

Llenado por: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Ponga una marca (X) en el lugar correspondiente de cada reactivo con el fin de poder indicar el grado en el cual usted considera que se manifiesta la conducta o el comportamiento que caracteriza o presenta su hijo o su alumno, con base en los siguientes criterios:

1. No se presenta
2. Se manifiesta pocas veces
3. Se presenta bastante o con frecuencia
4. Se presenta mucho o con mucha frecuencia

#### **I. Inatención / Distractibilidad**

		1	2	3	4
<input type="checkbox"/> •	1. Sus períodos de atención son cortos, en especial cuando las actividades casi no le interesan.				
<input type="checkbox"/> •	2. Dificultad para terminar la tarea.				
•	3. Ensoñación diurna para terminar la tarea.				
<input type="checkbox"/> •	4. Se distrae con facilidad.				

•	5. Se le percibe como “distante”, “adormilado”.				
<input type="checkbox"/> •	6. Se engancha en muchas actividades que no termina.				
<input type="checkbox"/> •	7. Entusiasta al comienzo pero termina con desgano.				
	<b>TOTAL:</b>				

## II. Inatención / Distractibilidad

		1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	1. Excitable.				
<input type="checkbox"/> •	2. Baja tolerancia a la frustración.				
•	3. Actúa antes de pensar.				
<input type="checkbox"/> •	4. Desorganizado.				
•	5. Poca habilidad para planear.				
<input type="checkbox"/> •	6. Cambios excesivos de una actividad a otra.				
<input type="checkbox"/>	7. Dificultad en las actividades en grupo que requieren de paciencia y tomar turnos.				
<input type="checkbox"/> •	8. Requiere de mucha supervisión.				
<input type="checkbox"/> •	9. Dificultad constante por omisiones y confundir la comisión.				
<input type="checkbox"/> •	10. Con frecuencia interrumpe las conversaciones, habla fuera de turno o cuando no le toca.				
	<b>TOTAL:</b>				

## III. Problemas con el nivel de actividad

		1	2	3	4
	<i>A. Sobre activo / hiperactivo:</i>				
<input type="checkbox"/> •	1. Impaciente – está inquieto durante el proceso o se muestra impaciente mientras está haciendo algo.				
<input type="checkbox"/>	2. Necesita pocas horas para dormir.				
<input type="checkbox"/>	3. Habla en exceso.				
<input type="checkbox"/>	4. Corre, salta y se trepa o escala en exceso.				
<input type="checkbox"/>	5. Inquietud motora durante el sueño. Patea por todos lados, se mueve alrededor constantemente.				
<input type="checkbox"/>	6. Dificultad para permanecer sentado durante las comidas, en clase, por ejemplo. Con frecuencia camina en el salón.				
	<i>B. Baja actividad / hipoactivo:</i>				
•	1. Letargo.				
•	2. Dormita a ratos durante el día.				
•	3. Falla en terminar las tareas.				

<input type="checkbox"/> •	4. Desatento, falta de atención.				
<input type="checkbox"/> •	5. Poca habilidad de liderazgo.				
<input type="checkbox"/> •	6. Dificultad para aprender desempeñarse.				
	<b>TOTAL:</b>				

#### IV. No complaciente

		1	2	3	4
<input type="checkbox"/> •	1. Con frecuencia desobedece.				
<input type="checkbox"/> •	2. Argumenta por todo.				
<input type="checkbox"/>	3. No observa las reglas de conducta aceptadas socialmente.				
•	4. Se “olvida” de muchas cosas sin intención.				
<input type="checkbox"/> •	5. Utiliza “lo olvide” como excusa (intencional).				
	<b>TOTAL:</b>				

#### V. Atención y comportamiento

		1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	1. Con frecuencia necesita ser centrado en la atención.				
<input type="checkbox"/>	2. Pregunta o interrumpe constantemente.				
<input type="checkbox"/>	3. Irrita y molesta a sus hermanos, compañeros y adultos.				
<input type="checkbox"/>	4. Se comporta como el “payaso” de la clase.				
<input type="checkbox"/>	5. Utiliza lenguaje obsceno o rudo para atraer la atención.				
<input type="checkbox"/>	6. Se engancha en comportamientos negativos para llamar la atención.				
	<b>TOTAL:</b>				

#### VI. Inmadurez

		1	2	3	4
<input type="checkbox"/> •	1. Su comportamiento parece ser el de un niño pequeño. Sus respuestas son típicas de uno más joven, desde 6 meses hasta dos o más años.				
<input type="checkbox"/> •	2. Su desarrollo físico es más lento, se demora.				
<input type="checkbox"/> •	3. Prefiere relacionarse con niños más pequeños y se lleva mejor con ellos.				
<input type="checkbox"/> •	4. Sus reacciones emocionales son inmaduras casi siempre				
	<b>TOTAL:</b>				

**VII. Bajo rendimiento cognoscitivo y problemas visomotores**

		1	2	3	4
<input type="checkbox"/> •	1. Su rendimiento es relativamente menor a su habilidad.				
<input type="checkbox"/> •	2. Pierde libros, las tareas, etcétera.				
<input type="checkbox"/> •	3. Problemas de memoria auditiva y de procesos auditivos.				
<input type="checkbox"/> •	4. Problemas y dificultades para aprender.				
<input type="checkbox"/> •	5. No termina con las tareas.				
<input type="checkbox"/> •	6. Termina el trabajo escolar demasiado rápido.				
<input type="checkbox"/> •	7. Termina el trabajo escolar demasiado lento.				
<input type="checkbox"/> •	8. Letra mal trazada y separada, con poca caligrafía, sus trabajos escritos son de baja calidad.				
<input type="checkbox"/> •	9. Mala memoria para seguir instrucciones, direcciones y la secuencia o rutas de aprendizaje.				
	<b>TOTAL:</b>				

**VIII. Dificultades emocionales**

		1	2	3	4
<input type="checkbox"/> •	1. Cambios de humor frecuentes e impredecibles.				
<input type="checkbox"/> •	2. Altos niveles de irritabilidad.				
<input type="checkbox"/>	3. Baja reacción ante el dolor / insensible ante el peligro.				
<input type="checkbox"/>	4. Se estimula más de la cuenta con facilidad. Es difícil tranquilizarlo cuando se ha sobreexcitado o sobre estimulado.				
<input type="checkbox"/> •	5. Baja tolerancia a la frustración.				
<input type="checkbox"/>	6. Berrinchudo, temperamental, estallidos de enojo.				
<input type="checkbox"/> •	7. Caprichoso.				
<input type="checkbox"/> •	8. Baja autoestima.				
	<b>TOTAL:</b>				

**IX. Poca relación con sus compañeros o coetáneos**

		1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	1. Golpea, pateo o muerde a otros niños.				
<input type="checkbox"/>	2. Dificultad para seguir las reglas de los juegos o para la interacción social.				
<input type="checkbox"/> •	3. Es rechazado o evitado por sus compañeros.				
<input type="checkbox"/> •	4. Evita actividades en grupo: es un solitario.				
<input type="checkbox"/>	5. Fastidia y molesta a sus compañeros excesivamente.				

<input type="checkbox"/>	6. Intimida o embroma a otros niños.				
	<b>TOTAL:</b>				

**X. Problemas con la interacción familiar**

	1	2	3	4
1. Con frecuencia provoca conflictos en la familia.				
2. Le disgustan los compromisos y las actividades sociales.				
3. Los padres se quejan de no poderlo disciplinar y fallan todas las alternativas que usan con él. Nada les funciona.				
4. Mamá pasa mucho tiempo ayudándolo con las tareas dejándole poco tiempo a los demás miembros de la familia.				
5. Las comidas con frecuencia son poco placenteras.				
6. Tiene discusiones frecuentes con los padres sobre sus deberes y responsabilidades.				
7. Hay tensión constante y estrés en la familia debido los problemas sociales y académicos del niño.				
8. Los padres generalmente se sienten: Frustrados( ) Sin esperanza( ) Solos( ) Decepcionados( )				
9. La madre se siente: Enojada( ) Culpable( ) Temerosa por el niño( ) Sola( ) Sin apoyo( ) Triste y deprimida( ) Confundida( )				
<b>TOTAL:</b>				

Se manifiesta el **TDA** con hiperactividad

• Se manifiesta el **TDA** sin hiperactividad; es un **TDA** no diferenciado.

Es recomendable anotar todo aquello que sirva para entender mejor el cuadro de comportamiento y de aprendizaje del niño.

## ANEXO 4

### **LISTA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre del docente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Por favor llene el siguiente listado con base en lo que usted ha observado sobre la persona en estudio, considerando la siguiente clave:

0 = no está presente    1 = raro    2 = poco común    3 = moderado    4 = frecuente o muy intenso    5 = muy frecuente

#### 1. DÉFICIT DE ATENCIÓN

1. Parece no escuchar cuando se le habla	0	1	2	3	4	5
2. Tiene errores por descuido al realizar la tarea escolar	0	1	2	3	4	5
3. Evita o realiza con apatía las tareas que requieren de atención sostenida	0	1	2	3	4	5
4. Tiene períodos cortos de atención	0	1	2	3	4	5
5. Es desorganizado	0	1	2	3	4	5
6. Pierde las cosas	0	1	2	3	4	5
7. Tiene problemas para comportarse con propiedad	0	1	2	3	4	5
8. Se distrae con facilidad	0	1	2	3	4	5
9. Es olvidadizo en las actividades diarias	0	1	2	3	4	5
10. Se le dificulta completar las tareas que le asignan	0	1	2	3	4	5
11. Se aburre con facilidad	0	1	2	3	4	5
12. Parece estar en el espacio o soñando	0	1	2	3	4	5
13. Parece perezoso o soñoliento	0	1	2	3	4	5
14. Parece apático o desmotivado	0	1	2	3	4	5
15. Cambia de una actividad a otra con frecuencia	0	1	2	3	4	5
16. Le es difícil concentrarse	0	1	2	3	4	5
17. Se queda dormido durante el trabajo	0	1	2	3	4	5
18. Manifiesta dificultades al realizar la tarea escolar	0	1	2	3	4	5
19. Falla para entregar el trabajo	0	1	2	3	4	5
20. Le es difícil seguir instrucciones	0	1	2	3	4	5
21. Se motiva al inicio, pero no termina las actividades	0	1	2	3	4	5
22. Tiene dificultades para aprender	0	1	2	3	4	5

<b>TOTAL</b>						
--------------	--	--	--	--	--	--

## 2. HIPERACTIVIDAD

1. Juega o mueve sus manos y/o sus pies	0	1	2	3	4	5
2. Se incomoda al estar sentado	0	1	2	3	4	5
3. Abandona su asiento con frecuencia	0	1	2	3	4	5
4. Corre, trepa o se mueve en exceso	0	1	2	3	4	5
5. Le es difícil trabajar o jugar en silencio	0	1	2	3	4	5
6. Siempre se encuentra en acción	0	1	2	3	4	5
7. Es compulsivo	0	1	2	3	4	5
8. Habla de forma excesiva	0	1	2	3	4	5
9. No puede sostener la mirada	0	1	2	3	4	5
10. Requiere de constante supervisión	0	1	2	3	4	5
11. Parece estar atendiendo a muchas cosas a un mismo tiempo pero a la vez no atiende a ninguna	0	1	2	3	4	5
12. Con frecuencia es violento y/o llega a agredir a alguien con palabras o acción	0	1	2	3	4	5
13. Es excitable	0	1	2	3	4	5
14. Es impaciente, le cuesta esperar, darse tiempo	0	1	2	3	4	5
15. Seguido se mete en problemas	0	1	2	3	4	5
16. Es inquieto y ansioso	0	1	2	3	4	5
<b>TOTAL</b>						

## 3. IMPULSIVIDAD

1. No mide las consecuencias de sus actos	0	1	2	3	4	5
2. Se precipita al contestar o al hacer comentarios	0	1	2	3	4	5
3. Le es difícil esperar turno	0	1	2	3	4	5
4. Interrumpe constantemente	0	1	2	3	4	5
5. Se mete en las conversaciones ajenas	0	1	2	3	4	5
6. Se ocupa de actividades físicamente peligrosas	0	1	2	3	4	5
7. Actúa antes de pensar	0	1	2	3	4	5
8. Toma riesgos con frecuencia	0	1	2	3	4	5
9. Toma todos los desafíos	0	1	2	3	4	5
10. Se frustra con facilidad	0	1	2	3	4	5
<b>TOTAL</b>						

**Evaluación:** sacar el porcentaje de cada apartado. Es recomendable que esta lista sea llenada por ambos padres por separado y, a la vez, por los docentes y personas que tengan una relación directa con el niño.

## ANEXO 5

### **CUESTIONARIO DIAGNÓSTICO PARA DOCENTES**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Años de servicio: \_\_\_\_\_ Grado escolar que atiende: \_\_\_\_\_ Materia: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Formación Académica: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Contesta sinceramente las siguientes preguntas.

1. ¿Qué es un Estudio de Casos?
  
2. ¿Qué es un expediente?
  
3. ¿A que se refiere la Evaluación Psicopedagógica?
  
4. ¿Cuál es el significado de las siglas **TDA/H**?
  
5. ¿Qué es el **TDA/H**?
  - a) Una enfermedad que afecta sólo a niños
  - b) Un conjunto de síntomas que se caracterizan sólo por problemas en la atención en niños
  - c) Problemas para mantener la atención en todo momento
  - d) Un conjunto de síntomas caracterizados por dificultades para mantener la atención sostenida tanto en adultos como en niños
  
6. ¿Cuántos tipos de déficit atencional se conocen hasta el momento?
  - a) 3 tipos: TDA con hipoactividad, TDA con normoactividad y TDA con hiperactividad
  - b) 1 tipo: TDA con hiperactividad
  - c) 2 tipos: TDA con hipoactividad y TDA con hiperactividad

7. El **TDA/H** afecta a:
- a) Niños en edad escolar
  - b) Niños en edad preescolar
  - c) Niños desde la edad preescolar hasta la adultez
  - d) Niños en edad escolar hasta la adultez
  - e) Preadolescentes
8. ¿Cuáles son los síntomas más característicos manifestados en las personas que presentan **TDA/H**?
- a) Mal comportamiento en clase
  - b) Dificultades para realizar actividades cotidianas y académicas
  - c) Dificultades para mantener la atención en situaciones conflictivas
  - d) Dificultades para mantener la atención en situaciones en la vida cotidiana
  - e) Dificultades para resolver problemas de la vida diaria
9. ¿Qué relación existe entre el TDA y el cuadro de Disfunción Cerebral Mínima (DCM)?
- a) Ambas denominaciones se usan actualmente para el mismo cuadro
  - b) Ambos cuadros se presentan como exclusivos en niños pequeños
  - c) La denominación de DCM precede a la de TDA
  - d) Ambos cuadros son lo mismo pero el TDA es más profundo
10. ¿Qué estrategias a su juicio son las más efectivas en el trabajo con personas que padecen el **TDA/H**?
- a) Evaluación y tratamiento psicopedagógico
  - b) Evaluación y tratamiento neurológico
  - c) Evaluación y tratamiento psicológico
  - d) Evaluación y tratamiento psicopedagógico, neurológico y psicológico.
11. ¿Cuál de los siguientes test es el más utilizado en el diagnóstico y detección del TDA?
- a) Test abreviado de Copper
  - b) Test abreviado de Conners para profesores
  - c) Test abreviado de Coderrs para profesores
  - d) Test abreviado de Cowers para profesores

12. El concepto de hiperactividad es entendido como:
- a) Actividad motora hipotónica
  - b) Exceso incontrolable de quietud
  - c) Proceso homologable con hiperactividad
  - d) Actividad motora excesiva
13. ¿Qué tipo de tratamiento es considerado más efectivo en el trabajo con niños con **TDA/H**?
- a) Tratamiento farmacológico, psicopedagógico y conductual
  - b) Tratamiento psicológico y farmacológico en conjunto
  - c) Tratamiento farmacológico exclusivamente
14. ¿Qué rol juegan los padres en el tratamiento de los niños que padecen TDA/H?
- a) Fundamental y necesario
  - b) Fundamental y circunstancial
  - c) Secundario pero necesario
  - d) Instrumental e informativo
15. A lo largo de vida profesional, ¿ha tenido contacto con algún niño hiperactivo?
- a) No
  - b) De 1 a 5 casos
  - c) De 6 a 10 casos
  - d) Más de 10 casos
  - e) No lo sé
16. Ante su sospecha de un caso de **TDA/H**, ¿cómo actúa?
- a) Actúa de forma independiente en la educación del niño
  - b) Se lo comunica a la familia
  - c) Se lo comunica al director del Centro Escolar
  - d) Otros: \_\_\_\_\_
-

## ANEXO 6

### ESCALA DE OBSERVACIÓN PARA EL DOCENTE

**Instrucciones:** Señale con una cruz la(s) conducta(s) que sí presenta con cierta frecuencia o intensidad.

1 = nunca    2 = pocas veces    3 = casi siempre    4 = siempre

	1	2	3	4
1. Presta atención				
2. Nivel de actividad				
3. aceptación de lo nuevo				
4. Velocidad de respuesta ante estímulos				
5. Aborda la tarea				
6. Comete errores en sus trabajos				
7. Permanece en la tarea				
8. Se motiva				
9. Adaptación a las actividades escolares				
10. Reacción ante el elogio				
11. Aceptación del éxito				
12. Reacción ante la crítica				
13. Tolerancia a la frustración				
14. Alimentación caprichosa				
15. Capaz de descansar				
16. Expresión emocional				

17. Puede entretenerse solo				
18. Convive con sus compañeros				
19. Accesible con sus profesores				
20. Respetuoso de los demás				

a) Estilo de aprendizaje predominante: (cruzar uno o varios)

Visual

Auditivo

Cinestésico

b) Estilo de pensamiento:

Teórico

Reflexivo

Activo

Práctico

## ANEXO 7

### ESCALA ESCOLAR CONNERS

**Instrucciones:** Responda a cada cuestión con una (X), valorando el grado en que el educando presenta cada una de las conductas descritas.

NADA = 0 puntos    POCO = 1 punto    BASTANTE = 2 puntos    MUCHO = 3 puntos

	N	P	B	M
1. Tiene excesiva inquietud motora				
2. Tiene dificultades de aprendizaje escolar				
3. Molesta a otros niños con frecuencia				
4. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención				
5. Exige inmediata satisfacción a sus demandas				
6. Tiene dificultad en las actividades de colaborar				
7. Está en las nubes, ensimismado				
8. Deja sin terminar la tarea que empieza				
9. Es mal aceptado en el grupo				
10. Niega sus errores y echa la culpa a otros				
11. Emite sonidos en situaciones inapropiadas				
12. Intranquilo, está siempre en movimiento				
13. Se comporta con arrogancia, es irrespetuoso				
14. Discute y pelea por cualquier cosa				
15. Tiene explosiones impredecibles, mal genio				
16. Carece sentido de la regla, del "juego limpio"				
17. Es impulsivo e irritable				
18. Se lleva mal con la mayoría de los niños				
19. Se frustra con facilidad, es inconstante				
20. Acepta mal las indicaciones del profesor				
<b>TOTAL</b>				

**Evaluación:** Cada reactivo tendrá un valor de 0 a 3.

- *Hiperactividad:* reactivos 1, 2, 5, 13 y 17.
- *Déficit de Atención:* 2, 4, 7, 8 y 19.
- *Trastorno de conducta:* 6, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 20.

## ANEXO 8

### ESCALA DE VALORACIÓN PARA EL DOCENTE

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del niño: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** A continuación aparecen términos descriptivos de conducta; marque con una cruz la columna que mejor defina al niño. Es necesario que conteste todos los reactivos.

#### NIVEL DE ACTIVIDAD

---

Nunca Poco Bastante Demasiado

#### OBSERVACIÓN

##### **CONDUCTA EN EL AULA**

1. Juguetea constantemente
2. Tararea y emite sonidos raros
3. Sus exigencias deben satisfacerse de inmediato; se frustra con facilidad
  
4. Su coordinación es deficiente
5. Es inquieto o activo en exceso
6. Es excitable e impulsivo
7. No pone atención, se distrae con facilidad
  
8. Deja inconclusas las cosas que comienza; no enfoca su atención por períodos largos
  
9. Es excesivamente sensible
10. Es demasiado serio o triste
11. Suele soñar despierto
12. Es malhumorado o resentido
13. Lloro con frecuencia y fácilmente
14. Molesta a otros niños
15. Es peleonero
16. Cambia rápida y drásticamente de humor
17. Se quiere pasar de listo
18. Es destructivo
19. Acostumbra hurtar
20. Miente con frecuencia
21. Tiene excesos de cólera; su conducta es explosiva e impredecible

### ***PARTICIPACIÓN EN EL GRUPO***

- 22. Se aísla de otros niños
- 23. Es rechazado por el grupo
- 24. Se deja llevar con facilidad
- 25. No tiene sentido de lo que es jugar con equidad
  
- 26. Carece de liderazgo
- 27. No se lleva bien con el sexo contrario
- 28. No se lleva bien con el mismo sexo
- 29. Provoca a otros chicos e interfiere en sus actividades

### ***ACTITUD HACIA LA AUTORIDAD***

- 30. Es sumiso
- 31. es retador
- 32. Es insolente
- 33. Es tímido
- 34. Es temeroso
- 35. Exige demasiada atención del docente
- 36. Es obstinado
- 37. Se afana mucho por complacer
- 38. Es poco cooperativo
- 39. Falta mucho a clases

Cada pregunta describe una conducta característica de estos niños, que los docentes deberán valorar, de acuerdo con la intensidad con que se presenten: nada=0, poco=1, bastante=2 y mucho=3.

## ANEXO 9

### **CUESTIONARIO CONNERS DE HIPERACTIVIDAD INFANTIL PARA PADRES**

**Instrucciones:** Responda a cada cuestión con una (X), valorando el grado en que está presente en su hijo.

NADA = 0 puntos    POCO = 1 punto    BASTANTE = 2 puntos    MUCHO = 3 puntos

	N	P	B	M
1. Es impulsivo, irritable				
2. Es llorón				
3. Es más movido de lo normal				
4. No puede estarse quieto				
5. Es destructor (ropa, juguetes, otros objetos)				
6. No acaba las cosas que empieza				
7. Cambia bruscamente su estado de ánimo				
8. Se distrae fácilmente				
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente				
10. Suele molestar a otros niños con frecuencia				
<b>TOTAL</b>				

**Observaciones:**

**Valoración:**

Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad:

- Para niños entre 6 y 11 años = 16 puntos es sospechosa
- Para niñas entre 6 y 11 años = 12 puntos es sospechosa

## ANEXO 10

### ***MI LISTA PERSONAL DE ACTIVIDADES***

A continuación se muestra un ejemplo de esquema, en el que los padres y docentes elaborarán una lista de control para señalar los puntos que ha cumplido el niño por sí mismo (↑) y cuando ha tenido que estarle recordando (↓). Esta grafica se puede hacer en una cartulina y ponerla en la habitación del niño, para que éste la pueda consultar con facilidad y esté al tanto de su desempeño.

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>D</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>J</b>	<b>V</b>	<b>S</b>
<i>1. Cuidado personal</i>							
Arreglar mi ropa y útiles la noche anterior	↑	↓	↑	↑	↓	↑	↓
Lavarme los dientes después de cada comida							
Bañarme							
Vestirme yo solo							
Salir a la escuela a tiempo							
<i>2. Arreglar mi recámara</i>							
Hacer mi cama							
Poner en el cesto mi ropa sucia							
Recoger mis juguetes y objetos							
Apagar la radio y/o televisión si no las uso							
Mantener limpia mi recámara							
<i>3. Ayudar a mi familia</i>							
Poner la mesa							
Hacer el agua de frutas para la comida							
Poner mis platos en el fregadero							

Revisar que haya jabón en el baño							
Regar las plantas							
<i>4. En relación con la escuela</i>							
Llegar a tiempo a la escuela							
Terminar mis trabajos en la escuela							
Hacer mi tarea sin discutir							
Acomodar mis útiles al terminar la tarea							
Practicar con el instrumento musical							

## **ANEXO 11**

### ***EVALUACION FINAL PARA LOS DOCENTES***

Nos interesa conocer su opinión respecto al curso-taller impartido sobre el **TDAH**; sus impresiones son fundamentales para la mejora de nuestra propuesta de intervención psicopedagógica. Por favor, conteste cada pregunta subrayando la opción que mejor describa su respuesta.

1. La utilidad de esta intervención ha sido:

Ninguna    Muy escasa    Escasa    Bastante útil    Extremadamente útil

2. ¿Qué grado de organización tuvo la intervención?

Ninguna    Muy escasa    Escasa    Bastante organizada

3. ¿Se asignó tiempo suficiente para las preguntas y el debate?

Insuficiente    Suficiente    Excesivo

4. ¿Aprendió acerca de las causas de la enfermedad?

Nada    Muy poco    Algo    Bastante    Mucho

5. ¿Aprendió acerca de los síntomas de la enfermedad?

Nada    Muy poco    Algo    Bastante    Mucho

6. ¿Cree que ahora comprende mejor los problemas que ocasiona el TDAH?

No    Escasamente    Algo mejor    Bastante mejor    Mucho mejor

7. ¿Aprendió acerca del tratamiento de esta enfermedad?

No Escasamente Algo mejor Bastante Mucho

8. ¿Cree que esta intervención le ayudará a resolver mejor el manejo en el aula de los niños con TDAH?

No Escasamente Algo mejor Bastante mejor Muchísimo mejor

9. ¿Le pareció provechoso oír hablar de este trastorno?

No Muy poco Algo Bastante Muy provechoso

10. ¿Le pareció provechoso hablar de estos temas dentro de este grupo?

No Muy poco Algo Bastante Muy provechoso

11. ¿Qué sugerencias haría usted para próximas intervenciones? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**