



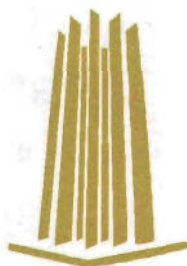
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
“ ARAGÓN ”**

**“PROPUESTA DE INTERVENCIÓN
PSICOPEDAGÓGICA ACTUAL PARA NIÑOS
DIAGNOSTICADOS CON DÉFICIT DE
ATENCIÓN”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
L I C E N C I A D A E N P E D A G O G Í A
P R E S E N T A :
MÓNICA LETICIA RUBIO JIMÉNEZ

ASESORA. LIC. YOLANDA NAVARRETE CAMACHO



MÉXICO

2005

0351014



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.

*"...Porque las cosas que se
escribieron antes, para nuestra
enseñanza se escribieron, a fin de que
por la paciencia y la consolación (...)
tengamos esperanza (...) porque el
mandamiento es lámpara y la
enseñanza es luz (...)"*

Agradecimientos

A DIOS.

Abba Padre en la plenitud de la vida te agradezco la oportunidad de ser un instrumento de servicio, y de dirigir este trabajo al desarrollo de la fe, la fuerza y la firmeza de quien lo necesita.

A MIS PADRES.

María E. y *Fernando*: gracias por ser el impulso que necesito para lograr las cosas con constancia, por la paciencia, por el apoyo, por el amor y sobretodo por no dejar de confiar.

A MIS HERMANOS.

Gracias *Aldo, Yessi, Fer*, porque su presencia en mi vida me permite esforzarme más y dar lo mejor, para ser ejemplo y luz.

A MIS AMIGOS Y FAMILIARES.

Gracias a todos aquellos que indirecta o directamente colaboraron para hacer realidad este objetivo, de los cuales sé que "no hace falta mencionar nombres ni apellidos, pues ellos mismo ya se dan por aludidos."

A MI PAREJA.

José: gracias por ser mi ayuda idónea; por tu entusiasmo, por tu alegría; por creer.

A YOLANDA NAVARRETE CAMACHO.

Gracias por ser más que mi asesora y maestra; por ser el ejemplo que eres para mí y por concederme nuevamente el privilegio de tu amistad.

Un agradecimiento especial a todos los *niños del C. F. E. y A.* de Naucalpan. Por su indispensable colaboración en la realización de este manual y por hacerme descubrir que todo es posible.

ÍNDICE

Introducción.	1
Capítulo I	
Antecedentes del Trastorno por Déficit de Atención.	7
1.1. Origen del Trastorno por Déficit de Atención	8
1.2. Situación general en Estados Unidos.	13
1.3. Situación actual en México.	16
Capítulo II	
El Trastorno por Déficit de Atención.	20
2.1. Definición del Trastorno por Déficit de Atención.	21
2.2. Signos y síntomas del Trastorno por Déficit de Atención.	23
2.3. Causas del Trastorno por Déficit de Atención.	27
2.4. Consecuencias del Trastorno por Déficit de Atención.	30
2.5. Tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención.	32
Capítulo III	
El niño sobresaliente diagnosticado como niño con TDA.	37
3.1. Concepto de niño sobresaliente.	38
3.2. Características.	41
3.3. Formas de tratamiento y atención.	43
3.4. Situación actual de los niños con aparente TDA.	47
3.5. Similitudes y diferencias entre niño con TDA y niño Sobresaliente.	51
3.5.1. Definiciones y características del niño con TDA y el niño Sobresaliente.	77
3.5.2. Diagnóstico del niño con TDA y el niño Sobresaliente.	82
3.5.3. Tratamiento del niño con TDA y el niño Sobresaliente.	93
Capítulo IV	
Propuesta psicopedagógica actual para niños con Trastorno por Déficit de Atención.	99
4.1. Propuesta.	100
4.1.2. Fundamentación Teórica.	103
4.2. Alternativas Psicopedagógicas (Vinculación Teórica)	112

4.2.1	Nutrición.	120
4.2.2.	Respiración.	130
4.2.3.	Relajación.	135
4.2.4.	Musicoterapia.	139
4.2.5.	Programación Neuro Lingüística.	145
4.2.6.	Inteligencia Emocional.	150
4.2.7.	Gimnasia Cerebral.	156
4.3.	Manual de Intervención Psicopedagógica Actual para niños con Trastorno por Déficit de Atención. (Dirigido a padres, maestros y especialistas)	159
4.3.1.	Primera fase <i>Nutrición</i> .	167
4.3.2.	Segunda fase <i>Respiración</i> .	179
4.3.3.	Tercera fase <i>Relajación</i> .	196
4.3.4.	Cuarta fase <i>Musicoterapia</i> .	210
4.3.5.	Quinta fase <i>Programación Neuro Lingüística</i> .	225
4.3.6.	Sexta fase <i>Inteligencia Emocional</i> .	242
4.3.7.	Séptima fase <i>Gimnasia Cerebral</i> .	254
	Conclusiones.	273
	Anexos.	277
	Bibliografía.	278

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención (TDA) es un problema que ha tomado gran interés entre médicos, psiquiatras, psicólogos infantiles, etc., los cuales han realizado innumerables investigaciones sobre el origen, los síntomas y los tratamientos, principalmente el farmacológico.

El TDA afecta al niño en su desarrollo académico y sobre todo en la relación familiar, sin embargo muy poco se ha realizado en el campo de la Pedagogía, es por lo anterior que el presente trabajo pretende colaborar con los padres de familia, los maestros y todos aquellos involucrados en la detección y tratamiento del TDA, proporcionando nuevas estrategias de acción encaminadas al óptimo desarrollo del niño con esta problemática; creando así una propuesta de intervención actual para niños con TDA en México a partir de diversas alternativas psicopedagógicas.

Cuando se habla del TDA, se asocia inmediatamente con los niños que presentan inatención, hiperactividad, impulsividad, etc., lo cual no sólo origina problemas en el aprendizaje sino en el salón de clases, con los compañeros, los maestros y las relaciones familiares. Sin embargo un gran número de padres y maestros, observan preocupados el alto índice de niños diagnosticados con el Trastorno por Déficit de Atención, así como de la escasa información al respecto del tema y el creciente aumento de medicamentos controlados, recetados como tratamiento.

Hoy por hoy, la mayoría de las instituciones escolares continúan con un sistema tradicional, en donde la calificación va aunada a la conducta, la cual generalmente implica, atención total al pizarrón o a la imagen del maestro, el estar obstaculizado no sólo para comunicarse con los demás, sino para emitir comentarios. El buen comportamiento entonces se determina como el requerimiento de ser un agente pasivo y receptor y la mayoría de las veces sin crítica ni reflexión alguna.

Aunado a lo anterior se observan padres agotados y maestros frustrados ante niños que además de tener un bajo rendimiento escolar presentan ansiedad, dificultades en sus habilidades académicas, hablan en exceso, ponen a prueba la paciencia de todos lo que están a su alrededor, duermen poco e incluso discuten con los adultos o se oponen a las

reglas; todo lo cual lleva al niño a aislarse y a hacer más difícil la posibilidad de inserción en la sociedad como un niño con habilidades y características sobresalientes.

Actualmente muchos maestros buscan herramientas que puedan ser aplicadas en el salón de clase, pero que a su vez no tome el tiempo dedicado al resto de los alumnos; del mismo modo muchos padres buscan alternativas de educación para sus hijos, que sean las adecuadas para su óptimo desarrollo, pero que además mantengan la disciplina necesaria que permita la orientación de los niños.

Por todo lo anterior el presente trabajo, proporciona un panorama general del Trastorno por Déficit de Atención, (origen, situación actual en México, causas, consecuencias, características, signos, síntomas y tratamiento), pero principalmente, propone una amplia gama de alternativas que permitan el óptimo desarrollo del niño diagnosticado con TDA; identificando a aquellos niños que no tienen una base orgánica comprobable y así negar el TDA como una enfermedad, sino como una característica actual mal entendida de la mayoría de los niños. Utilizando diversas alternativas psicopedagógicas como el cognoscitivismo, el humanismo y métodos que estimulen la utilización de la razón mediante un ejercicio constante como la inteligencia emocional, programación neurolingüística, nutrición, respiración, relajación, gimnasia cerebral, musicoterapia, e inteligencias múltiples; para así proporcionar un tratamiento que modifique o corrija las causas que impidan el desarrollo personal de los niños diagnosticados con TDA.

Conocer el problema al que se enfrenta el niño, los padres y los maestros así como las alternativas de solución, evitará repercusiones a largo plazo como el fracaso escolar y personal. Del mismo modo se podrá eliminar la ingesta farmacológica cuando no exista una base orgánica comprobable y así evitar las posibles repercusiones que implica la utilización de cualquier fármaco en el organismo, favoreciendo con la misma propuesta una atención interdisciplinaria, ya que el campo de acción no sólo se limita a los maestros o padres de familia, sino a todos aquellos especialistas (pedagogos, psicólogos, neurólogos, médicos, pediatras, psiquiatras, nutriólogos) involucrados en el desarrollo del niño.

Por lo que ayudar a los niños diagnosticados con TDA implica principalmente identificar a aquellos niños que no tienen una base orgánica comprobable; recuperar el autoconcepto de niño con TDA; establecer los parámetros psicopedagógicos de

diagnóstico, atención y tratamiento; negar el problema del TDA como una enfermedad con base orgánica, sino tomarlo como una característica actual mal entendida bajo la perspectiva de niño sobresaliente y primordialmente ayudar al niño utilizando las diversas alternativas psicopedagógicas actuales basadas en el cognoscitivismo y el humanismo, eliminando en lo posible la ingesta farmacológica suministrada a los niños sin una base orgánica comprobable, favoreciendo con la misma propuesta su atención interdisciplinaria, evitando las repercusiones a largo plazo.

Por lo anterior el trabajo que se presenta, está dividido en cuatro capítulos, en el primero, se dan los antecedentes del Trastorno por Déficit de Atención, su origen desde sus diferentes conceptos a lo largo de la historia; la situación general en Estados Unidos, no sólo por los recursos tecnológicos, o por las numerosas investigaciones realizadas a profundidad, sino por la capacidad de influencia y repercusión de las teorías que generan nuevas pautas para la modificación de disposiciones, decretos y leyes que actualmente conforman a la sociedad mexicana y finalmente la situación actual en México.

Al observar todos los cambios conceptuales a lo largo de la historia, así como el cambio de visión del TDA de acuerdo a cada definición dada por científicos y especialistas de diversos países, es posible que al correr del tiempo también se modifiquen estos conceptos, ahora a favor de un niño con características actuales mal entendidas, desarrolladas y enfocadas en un sistema tradicional inadecuado para él, que lo etiquetan como un niño con un trastorno y no como un niño con características especiales.

En el segundo capítulo se expone la definición actual del TDA a partir de los diferentes conceptos que demuestran muchos especialistas; así como los signos y síntomas presentes en este trastorno, la observación de éstos por tiempo y frecuencia conforma las bases de un adecuado diagnóstico lo que permitiría que los niños sean atendidos desde que presentan cualquiera de estos signos o síntomas; del mismo modo se presentan las causas permitiendo a los padres considerar aquellos factores presentes en los niños que son diagnosticados con TDA; así como las consecuencias del trastorno las cuales repercuten a corto, mediano y largo plazo, no sólo en el desarrollo académico del niño sino en su vida personal, familiar emocional, social; finalmente en este capítulo, se presentan los diferentes tratamientos que existen para estos niños.

En el tercer capítulo se observa una nueva perspectiva bajo la cual los niños diagnosticados con TDA pueden desarrollar sus habilidades intelectuales, así como un alto

desempeño en lo académico, lo creativo, en la habilidad psicomotora, verbal, lógico matemática, corporal y cognitiva, y tratarlos ya no como niños con problemáticas diversas sino como niños sobresalientes; presentando el concepto actual se niño sobresaliente; así como sus características tanto presentes como anteriores a desarrollar sus habilidades y capacidades, las cuales no distan de los niños que han sido diagnosticados con TDA; por lo que también se presentan las formas de tratamiento y atención; desarrolladas en estos niños, proporcionando actualmente una alternativa de solución más eficaz que el medicamento.

También se presenta en este mismo capítulo, la situación actual de los niños diagnosticados con aparente TDA pero que podrían ser niños sobresalientes, dado sus similitudes, no sólo en las definiciones y características sino en el diagnóstico y tratamiento; sin embargo si el diagnóstico del niño, comprueba que hay una base orgánica y las pruebas neurológicas de laboratorio y gabinete indican que requiere medicamento, las alternativas propuestas en este trabajo permitirán actuar de forma integral con el niño, por lo anterior, usted podrá observar las diferentes comentarios de los padres y maestros sobre este punto.

Finalmente y siendo la base fundamental del presente trabajo las aportaciones en el tratamiento de los niños con TDA, se presenta una propuesta Psicopedagógica actual para los niños diagnosticados con este trastorno, en el cuarto capítulo; la cual propone diferentes alternativas que propician un tratamiento integral para los niños y así modificar la perspectiva del TDA como una enfermedad y comenzar a trabajarla como una característica actual de niño sobresaliente. Presentando diversas alternativas que se desarrollan en un manual para padres maestros y especialistas que permiten un tratamiento interdisciplinario para los niños diagnosticados con TDA; alternativas como *nutrición, respiración, relajación, musicoterapia, programación neuro lingüística, inteligencia emocional y gimnasia cerebral*. Todas bajo una perspectiva cognoscitiva y humanista para así lograr el aprendizaje por descubrimiento, posibilitando la curiosidad, la duda, la creatividad, el razonamiento y la imaginación; identificando los conocimientos previos que el niño tiene acerca del tema y así relacionarlos con el nuevo aprendizaje; de esta manera, el aprendizaje significativo permitirá que cada niño asuma el compromiso de construir su propio modo de vivir.

De esta forma es posible construir una personalidad fuerte y segura en cada niño diagnosticado con TDA enseñándole a resolver los problemas no a evitarlos con el desarrollo de la *inteligencia emocional*; así el niño aprende a utilizar al máximo todas sus capacidades y habilidades para lograr lo que se propone con la aplicación de actividades propias de la *programación neuro - lingüística*; las actividades de la *gimnasia cerebral*, mejoran la atención, concentración y memoria; aunado a una adecuada *nutrición* para el óptimo funcionamiento del Sistema Nervioso, así como la sustitución de alimentos que podrían desencadenar algunos síntomas del TDA. A la par, la adecuada *respiración* nutre al cerebro de oxígeno permitiendo un adecuado funcionamiento de éste; la cual aplicada conjuntamente con la *relajación* desarrollan la atención, concentración e imaginación, obteniendo la modificación de ciertos rasgos de carácter, ya que incrementa la serenidad y el dominio de sí mismo; finalmente, la *musicoterapia* desarrolla la capacidad de atención, concentración y memoria, logrando beneficios sobre el cuerpo y la mente, equilibrando las ondas cerebrales, mejorando la respiración y haciéndola más profunda, lo que a su vez hace el ritmo cardiovascular más lento proporcionando tranquilidad y bienestar en los niños que han sido diagnosticados con TDA e hiperactividad.

Además se presentan las bases que fundamentan las diversas alternativas psicopedagógicas, respaldando cada una de las actividades propuestas con una base pedagógica, así como su vinculación teórica, su fundamentación, la importancia biológica, psicológica, social y psicopedagógica de cada una de ellas en el desarrollo del niño con TDA y conjuntamente su repercusión en el tratamiento interdisciplinario del niño.

Por lo anterior, el manual de intervención psicopedagógica para niños con TDA, dirigido a padres y maestros se presenta de manera que pueda ser aplicado por cualquier persona comprometida con los niños diagnosticados con TDA, cuya realización contribuye a crear una personalidad fuerte y segura, evitando el rechazo y el fracaso escolar.

La aplicación de las alternativas psicopedagógicas y el manejo del manual como una herramienta para desarrollar las habilidades cognitivas permiten descubrir los elementos necesarios para el desempeño de sus capacidades, aplicando de manera divertida y creativa cada una de las actividades, evitando así la rutina y el aburrimiento y finalmente validando a los niños diagnosticados con TDA como niños sobresalientes; a partir de los resultados de la aplicación de cada fase del manual, el cumplimiento de los objetivos generales; la realización del objetivo a lograr al término de cada fase, los

objetivos específicos desarrollados en cada actividad y finalmente la realización de las evaluaciones de cada fase.

El manual de intervención psicopedagógica, está diseñado para que el adulto supervise, ejemplifique, demuestre y ponga en práctica conjuntamente con el niño la aplicación de las diferentes alternativas interdisciplinarias y pedagógicas de atención, los objetivos, materiales, tiempo, actividad especificada a realizar y las evaluaciones, lo que permitirá a largo plazo la eliminación de la ingesta farmacológica.

Así el presente trabajo, además de proporcionar información necesaria para comprender a los niños con TDA, brinda las herramientas adecuadas para trabajar de forma interdisciplinaria y personal con cada niño. Es por todo lo anterior que el maestro, los padres de familia y todo aquel adulto que conoce a un niño con TDA, tiene la responsabilidad (otorgada, adquirida o heredada) de conocer este tipo de información para evitar etiquetarlos o rechazarlos; permitiéndoles una vida de calidad, aceptación social con expectativas reales y con la posibilidad de llevar un proceso de enseñanza adecuado a cada uno de ellos.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención es un tema que ha tenido especial relevancia en estos últimos años; libros, publicaciones, conferencias, terapias, etc., se renuevan día a día, para un tema, al parecer actual, pero que se remonta a varios años atrás.

El término de Trastorno por Déficit de Atención como se conoce actualmente ha tenido diferentes conceptos a lo largo de la historia, al igual que diferentes tratamientos, dependiendo del área de conocimiento o profesión que lo aborde, sin embargo, es posible remontarnos mucho antes de los orígenes del cuadro clínico por lo que es necesario profundizar en el análisis histórico debido principalmente a que los cambios en los conceptos, el diagnóstico y el tratamiento permitirían la incursión de nuevas alternativas que modifiquen y adecuen la forma de abordar este tema desde el campo de la Pedagogía, y en especial de la Psicopedagogía.

Así estos conceptos que se han ido modificando a lo largo del tiempo, también han substituido la visión del trastorno, por lo que es posible que las futuras investigaciones permitan que se deje de ver como un trastorno y se comience a observar como una característica actual de los niños.

En este capítulo se presenta la visión general sobre las investigaciones del trastorno en Estados Unidos; siendo uno de los precursores en la investigación sobre el TDA, los avances, los actuales parámetros y criterios sobre el diagnóstico y atención para los niños con TDA; así como las disposiciones médicas para su tratamiento, el cual es principalmente farmacológico, y sobre todo por su incidencia en México.

Del mismo modo, se muestran los avances actuales en nuestro país sobre el trastorno, así como las aportaciones, las investigaciones y las disposiciones en el concepto y tratamiento del TDA, en un contexto diferente al de Estados Unidos; vislumbrando el impacto emocional, familiar, social y escolar del niño mexicano diagnosticado con TDA.

1.1. ORIGEN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN

Algunos autores explican, que el estudio de este trastorno tiene su origen desde el momento en que el hombre comienza a preguntarse sobre el pensamiento y la mente, (dónde se localiza y cómo se estructura) remontándose aproximadamente hacia el año 385 a. C.; "Platón opinaba que el cuerpo y la mente están separados y que la mente existe en dos mundos: uno físico y otro espiritual. Por su parte Hipócrates refiere que la mente controla el aprendizaje en tanto que lo organiza."¹

Diversos filósofos e investigadores se interesaron en este tema descrito desde la antigüedad. Sin embargo, las primeras referencias sobre el trastorno se realizaron hasta finales del siglo XIX en el que, se inician los estudios sobre los problemas de las personas que tenían un bajo desarrollo de la estructura del pensamiento.

En 1844, H. Hoffman un médico alemán, reprodujo parte importante de los síntomas en "el protagonista de un cuento ("Zappel Philipp"), en el que describía a Philipp, como un niño inquieto, que no se acostumbra a estar sentado y se movía constantemente; podría estar describiendo, los síntomas de un niño hiperactivo, de exceso de movimiento, pero no parece detallar con minuciosidad, la inatención en este caso."² Sí hablaba, en cambio, del bajo rendimiento lo que puede indicar deficiencias en la atención y en el control de los impulsos.

La intervención en el tema, principalmente por parte de médicos, es producto de la corriente de aquellos momentos históricos, centrado en los aspectos conductuales adaptativos, que aún en este siglo continúan orientándose a partir de la misma corriente con algunas modificaciones; ahora se le da el nombre de corriente cognitivo conductual y sigue sustentando la mayoría de las investigaciones científicas que se realizan en cuanto al TDA.

Es en Francia en 1897, en donde Bourneville,³ describe en su libro sobre el tratamiento médico - pedagógico a niños con déficit importantes en cuanto a lo intelectual. Se trataba de niños con gran inquietud psicomotora, inatentos, desobedientes, indisciplinados, aunque susceptibles de manejar correctamente por las personas que ellos

¹ BARRAGÁN, Eduardo. *El niño y el adolescente con Trastorno por Déficit de Atención, su mundo y sus soluciones*, p. 18

² MENÉNDEZ Benavente, I. *Trastorno de déficit de atención con Hiperactividad: clínica y diagnóstico* p. 4

³ DIAZ Atienza Joaquín *Manual De Hiperactividad Infantil* p. 6

aman; siendo éstas entre otras características las que predominan actualmente en los niños diagnosticados con TDA/H.

Pero es hasta el siglo XX que se abren las puertas a la investigación en el ámbito de la pedagogía a profundidad, principalmente sobre el aprendizaje, su adquisición y sus dificultades. Así, en 1901, J. Demoro⁴ en Alemania, señala la presencia de niños que precisan moverse constantemente y que asocian una clara dificultad en prestar atención; dándole el nombre de **corea mental** en sus obras sobre la educación infantil; la cual se caracterizaría esencialmente por:

- * Necesidad constante de movimiento y de cambios en su entorno inmediato y estímulos.
- * Una afectividad voluble, ya que son niños que pasan rápidamente de la cólera y la rabieta a la caricia.
- * Un déficit muy importante para procurar la atención sostenida.

Sin embargo fue el pediatra inglés el Dr. Still,⁵ un año después (1902), quien dio la primera descripción de conductas impulsivas y agresivas, añadiendo la repercusión escolar como característica asociada y problemas conductuales que calificaba de "**defectos del control moral**" (algunos autores lo describen como "defectos mórbidos del control inmoral", "fallo en el control moral", incluso como "defecto patológico en el control moral"), reportando, que a partir del estudio de un grupo de niños con gran inquietud (hiperactividad) presentan estos síntomas sin lesión cerebral aparente. Still postuló que el daño cerebral, puede producir tres eventos clínicos: hiperactividad, parálisis cerebral o retraso mental.

La descripción era lógica para la época, porque como veremos más adelante, los síntomas asociados a este trastorno, estereotipan a los niños como "distintos",

⁴ FERNÁNDEZ Jaén, A. *Trastorno de Hiperactividad y Déficit de Atención. Aspectos Históricos*. p. 3.

⁵ ROVIROSA, Gustavo. *Prevalencia del Trastorno por TDAH en las escuelas primarias*. p. 12. STILL en 1902. Relaciona la hiperactividad con los problemas de aprendizaje. Estaba convencido que el trastorno hiperactivo era debido a una lesión cerebral, denominándolo por ello Síndrome de Lesión Cerebral y en función de su importancia distinguió tres tipos clínicos: Aquellos que presentaban grandes lesiones cerebrales. los que presentaban antecedentes de traumatismos craneoencefálicos y de encefalitis pero sin poder ser detectadas las lesiones por los procedimientos habituales de diagnóstico y, finalmente, aquellos en donde la hiperactividad no podía ser atribuida a ninguna causa evidente. Las teorías clínicas de este autor tomaron gran fuerza cuando se observaron niños y adultos con una clínica parecida al síndrome hiperactivo como secuela de la encefalitis epidémica de 1908.

incontrolables o problemáticos, adjetivos que aún se manejan en la actualidad para describirlos.

En 1905, Boncourt⁶ describe al “escolar inestable”, como aquel con grandes dificultades de aprendizaje debido a su incapacidad para fijar la atención “*sea para escuchar, responder y comprender*”. Este autor introduce el aspecto neuropsicológico de los trastornos específicos cuando afirma que *pueden ser brillantes en algunas áreas y nulos en otras*.

Es importante rescatar este punto ya que en los siguientes capítulos se hablará de las diferencias entre la forma de aprender y las áreas en que un niño con TDA puede desarrollar, sus habilidades y conocimientos a la cual llamaremos niños sobresalientes, según las aportaciones de la Dra. Janet Sáenz.

En 1913, ya se empieza a delimitar la hiperactividad como síntoma. Así Dupré, considerado el padre de la psiquiatría infantil francesa moderna, nos dice que la “**inestabilidad motora**” (el equivalente a la hiperactividad) “es la manifestación de un desequilibrio motor congénito y que formaría parte del espectro de otros trastornos como la debilidad motora, el temblor esencial, la corea, la epilepsia, el tartamudeo, los tics y las estereotipias motoras. La hiperactividad sería constitucional y revelaría la estrecha asociación entre lo cognitivo (atención) y lo motor.”⁷

Es por lo anterior que actualmente TDA se delimita como una patología en las áreas médicas, psiquiátricas y neurológicas; ya que se concentran en la detección de la base orgánica de la hiperactividad; aunque aún no hay indicios de una base orgánica en cuanto al trastorno por déficit de atención.

Sin embargo, el primer autor que se plantea la hiperactividad como un síntoma es Heuyer en 1914, en su tesis “Los niños anormales y los delincuentes juveniles”, destacando los trastornos del comportamiento como el déficit de atención, la hiperactividad, así como de un pronóstico que conduce a estos niños hacia la delincuencia, debido principalmente al rechazo de la sociedad.

Posteriormente los estudios realizados en todo el mundo en los años veinte y treinta, en donde se pensaba que la hiperactividad era un síntoma secundario a una encefalitis y a todos los niños que presentaban trastorno psiquiátrico se les atribuía a un

⁶ DÍAZ Atienza Joaquín. *Op cit.* p. 8

⁷ FERNANDEZ Jaén, A. *Op. cit.* p. 5.

trastorno neurológico; especialmente las investigaciones del Dr. Hohmán ⁸ en 1922 quien observa el comportamiento descrito como secuela de la encefalitis letárgica.

Al igual que Hohmán Khan y Cohen⁹ en 1934, indicaban que tras una lesión cerebral, encefalitis, etc., se producían los mismos síntomas descritos por Still, con lo que se creyó que se encontraban ante un “**síndrome de lesión cerebral humana**” (Síndrome de la Impulsividad Orgánica), debido a la investigación en pacientes con antecedentes de sufrimiento perinatal de naturaleza eminentemente neurológica.

El punto anterior nos da las bases para poder rescatar los elementos que posteriormente ayudarán a esclarecer y distinguir las características esenciales TDA y TDA/H, con una base orgánica diferenciándolas de las características de los niños diagnosticados con TDA y TDA/H sin una base orgánica comprobable y que pudieran dar la pauta para modificar el concepto al de niños con características específicas como el de niños sobresalientes; el cual se analizará con mayor detalle más adelante.

Es hasta 1940, que Straus’s escribe acerca de la idea de que la hiperactividad se obtiene con la historia familiar y los antecedentes perinatales y características clínicas del paciente. En este punto se comienza (aunque de manera muy lenta) la apertura de observar otras áreas del individuo como la familiar, la afectiva, etc., y no sólo el área biológica.

En una Reunión de Trabajo del Grupo de Oxford de Neurología Infantil, en 1962¹⁰ se proponen cambiar el término de lesión Cerebral Mínima por el **Disfunción Cerebral Mínima**, ya que no se consideraba suficiente el diagnóstico de lesión basándose en síntomas puramente conductuales.

Sin embargo, la existencia de déficits específicos (percepción, lenguaje, memoria, atención y motricidad) si se consideraron indicativos de alteraciones funcionales cerebrales. De esta forma la etiología no sería una lesión cerebral concreta, sino una disfunción general, en la que el cerebro apareciera absolutamente normal, sin ningún tipo de patología que se pudiera constatar.

Siendo precisamente este punto el que crea la gran controversia en la actualidad en lo que se refiere al diagnóstico de TDA y TDA/H, ya que, aunque, no se detecte una base

⁸ TAYLOR, E. *El niño Hiperactivo*. p 154

⁹ FERNÁNDEZ Jaén, A. *Op. cit.* p. 10

¹⁰ MENÉNDEZ Benavente, Isabel. *Op. cit.* p 8

orgánica comprobable, los anteriores indicadores pueden permitir el diagnóstico de TDA y por lo tanto el tratamiento con fármacos, sin que ningún elemento biológico, neurológico o químico lo indique, por lo que es necesario el profundo análisis y diagnóstico perfectamente elaborado para evitar la prescripción errónea y mal determinada que en vez de permitir una mejoría en los aspectos integrales del niño, cree mayores problemas como los que actualmente reportan los niños diagnosticados con TDA con morbilidad.

La nueva definición (disfunción cerebral mínima), se concretaba al igual que los síntomas siguientes: trastornos de la conducta motora, hiperactividad, alteración de la coordinación, trastornos de atención y trastornos perceptivos, dificultades de aprendizaje escolar, trastorno en el control de los impulsos, alteración en las relaciones interpersonales, trastornos afectivos, agresividad, etc.

De esta forma fue creciendo un nuevo concepto cuyas características eran principalmente síntomas conductuales totalmente al margen del daño cerebral y el nivel de hiperactividad sería el núcleo de toda la alteración, a este nuevo termino se le dio el nombre de **"hiperkinesia."**

Sin embargo las investigaciones y el tratamiento aplicado a los niños diagnosticados de hiperkinéticos fueron escasos y poco confiables, principalmente porque no había (ni hay) elementos científicos sólidos que confirmen el diagnóstico de TDA y TDA/H, adecuado y que permitan por lo tanto el tratamiento óptimo.

Las posteriores investigaciones se dan en las últimas décadas, con los avances en la neuropsicología y la neuropediatría principalmente en los Estados Unidos debido entre otras cosas a un creciente auge de niños con diversas problemáticas, principalmente psicosociales y un sin fin de síntomas englobados en el trastorno por déficit. Estas investigaciones (las cuales veremos en el punto 1.2.), moldean lo que actualmente conocemos como TDA y TDA/H, sus causas y síntomas; así como la posibilidad de cambiar o modificar el concepto y tratamiento por uno que permita observarlo ya no como una enfermedad o como una patología sino como una característica actual mal entendida y que además procure el óptimo desarrollo personal, mental, psicosocial, etc., del niño. Esta modificación de concepto y tratamiento es posible como se ha visto a lo largo de la historia del origen del TDA.

1.2. SITUACIÓN GENERAL EN LOS ESTADOS UNIDOS

Es importante mencionar los avances en cuanto al Trastorno por Déficit de Atención que se han realizado principalmente en Estados Unidos, no sólo por los recursos tecnológicos, o por las numerosas investigaciones realizadas a profundidad, sino por la capacidad de influencia y repercusión de las teorías que generan nuevas pautas para la modificación de disposiciones, decretos y leyes que actualmente conforman a la sociedad mexicana.¹¹

En la década de los cincuenta, en Estados Unidos comienza un desarrollo económico, científico y tecnológico muy importante, paralelamente a éstos, se observan grandes avances en los programas de reeducación para los niños con daño cerebral, orientando las investigaciones hacia una concepción más funcional.

Así, la Asociación Americana de Psiquiatría en su Manual de Diagnóstico y Estadística de Enfermedades Mentales DSM II, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría, en 1968, designa el nombre de "**Reacción Hiperkinética de la infancia**,"¹² con los diversos criterios diagnósticos que seguirían los profesionales hasta la aparición de nuevos estudios que hicieron que en el DSM III, se modificaran dichos criterios y que como veremos más adelante se acuñará un término distinto para denominar al trastorno.

Fue Virginia Douglas, en 1972, quien argumentó que "la deficiencia básica de los niños hiperactivos no era el excesivo grado de actividad, sino la incapacidad para mantener la atención, especialmente la atención sostenida y la impulsividad, lo que está ya más cerca de la definición actual y que sigue siendo una explicación básica y reconocida aún en la actualidad. Este argumento da la pauta para marcar las diferencias existentes entre niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad y los niños con trastorno por déficit de atención sin hiperactividad,"¹³ característica primordial del trastorno y de suma importancia en el adecuado diagnóstico, ya que en la aclaración de tal diferencia radica la elección de un adecuado tratamiento.

Virginia Douglas fue pues decisiva para que la Asociación Americana de Psiquiatría modificara su descripción en 1980 en el DSM III, en el que se introducen

¹¹NOTIMEX. El secretario de la comisión de Grupos Vulnerables de la Cámara de Diputados, Benjamin Ayala, criticó que México copie modas nefastas de Estados Unidos, ya que se da droga psiquiátrica a más de 3000 niños, para atender a lo que psiquiatras estadounidenses consideran como una enfermedad que es el TDA y que en realidad no es tal.

¹²ALVARADO, Rosas I. *Características de la hiperactividad*. p 2.

¹³MENÉNDEZ Benavente, Isabel. *Op. cit.* p. 10.

nuevos criterios, llamándole ya "**Déficit de Atención con y sin Hiperactividad.**"¹⁴ En 1987 en la revisión del manual de diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales DSM. III-R, se vuelve a dar importancia a la hiperactividad, situándola al mismo nivel que el déficit de atención.

En los años setenta el concepto se amplía en diferentes aspectos que tienen como soporte la conducta, el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad. El déficit de atención se refiere a un rasgo de la conducta, que tiene como hipótesis que el déficit es un proceso psicológico.

En este nuevo sustento se observa la posibilidad de crear diversas investigaciones en las distintas áreas que permitan reconocer al niño como un ser completo y con características especiales. Así, el TDA no es solamente exclusivo de la neurología o del tratamiento psiquiátrico, sino que es posible observarlo desde las distintas áreas de acción y así poderlo encaminar favorablemente.

En 1983, el DSM - III - R cambia la terminología por **Déficit de Atención con Hiperquinesis**. Esta nueva clasificación de los trastornos mentales introduce la novedad de estar basado en estudios epidemiológicos. Lo que posteriormente permitiría la realización detallada de un diagnóstico interdisciplinario, que elimine los casos en que no puede ser confirmado sólidamente que un niño tiene TDA.

La hiperactividad figuraba en la edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, (ICD-9), con el nombre de "Síndrome de Inestabilidad en la Infancia" o "**Síndrome hiperquinético de la infancia.**" La definición que hace de estos trastornos es de que, "*se trata de un trastorno caracterizado por una dificultad en la capacidad de atención y distracción. Durante la infancia el síntoma más importante es la hiperactividad, sin inhibición, no organizada ni controlada. En la adolescencia puede disminuir la hiperactividad y la impulsividad; pero, las variaciones del humor y la agresividad pueden volverse más frecuentes.*

Recientemente se describe en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM -IV) en 1995 y el ICD - 10, una condición del síndrome de hiperactividad y lo define como "actividad extrema" e inhabilidad de la atención cambiando el término por el de **Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad** o

¹⁴*Idem.*

el de “**trastorno hiperkinético**”¹⁵ y se divide en varios subtipos de predominio únicamente impulsivo o bien de la atención.

Con esta nueva clasificación de los trastornos mentales se introducen una serie de innovaciones muy importantes. La primera, es contemplar los aspectos cognitivos y dar importancia al problema de atención como síntoma del trastorno. La segunda, es introducir este aspecto en el nuevo manual.

Aquí se mantienen tres categorías o subgrupos:

- * Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: presencia de inatención, hiperactividad e impulsividad inapropiadas para la edad cronológica y mental.
- * Trastorno por déficit de atención sin hiperactividad: Las mismas características clínicas que el anterior excepto la hiperactividad.
- * Trastorno por déficit de atención tipo residual: Se caracterizaría por un cuadro sin hiperactividad pero con los déficit de atención y la impulsividad de los anteriores.

Por ello en una sociedad como Estado Unidos comienza el desarrollo de un sin fin de “soluciones” principalmente farmacológicas que prometen mejoras de una supuesta enfermedad que brota como epidemia y que pone en riesgo no sólo los intereses familiares sino educativos, al tener niños que cuestionan, rechazan e indagan sobre “verdades” ya establecidas; y aunque no es la intención del presente trabajo hacer una crítica al sistema que pretende adormecer a sus niños, si es importante mencionar la diferencia entre investigaciones serias, documentadas y sin ningún fin de lucro de aquellas que pretenden obtener una ganancia ofreciendo productos o medicamentos que resuelvan de manera fácil y rápida el supuesto problema, pero que en realidad reemplaza la atención de los padres, los maestros y la sociedad en general ya que ésto implicaría un cambio de paradigmas y de costumbres.

Siendo precisamente estas investigaciones serias las que actualmente tienen gran relevancia no sólo en Estados Unidos sino en gran parte de México, dado sus repercusiones antes especificadas y que para los fines del presente trabajo son suficientes en cuanto a importancia ya que permiten dar pauta a la realización de los siguientes capítulos.

¹⁵ *Ibid.* p.8. “Hiperkinesia, es un término usado como un síndrome psiquiátrico cuyos rasgos esenciales serían inquietud e inatención. Hiperactividad sería el modo de clasificar la conducta, mientras que síndrome hiperkinético englobaría junto a la hiperactividad e inatención otras variables clínicas dependientes e independientes de las anteriores.”

Sin embargo, un aspecto importante que aún perdura es la delimitación entre hiperactividad y problemas de conducta. La clasificación de la Sociedad Americana de Psiquiatría se inclina por encuadrarlos como problemas diferentes, en tanto que la Organización Mundial de la Salud mantiene en su clasificación actual un subgrupo de niños hiperactivos con trastornos de conducta. Siendo importante la investigación a profundidad en este punto debido principalmente a que la mayoría de los niños diagnosticados con TDA/H, en realidad tienen problemas de conducta sin una base orgánica comprobable la cual puede ser originada a partir de otros factores como los ambientales, psicógenos o específicos (los cuales se detallarán a profundidad más adelante); o simplemente ser parte de las características del niño; por ello la oportuna realización de un diagnóstico completo permitiría un tratamiento adecuado para el problema a tratar y no como en algunos casos el mal diagnóstico, el mal tratamiento y por lo tanto el peor resultado.

1.3. SITUACIÓN ACTUAL EN MÉXICO

Las investigaciones en México sobre el Trastorno por Déficit de Atención, comienzan a tener gran auge, especialmente entre neurólogos, psiquiatras, pedagogos y médicos en general, actualmente se realizan diversas actividades, (conferencias, pláticas, talleres, etc.) para dar a conocer de manera efectiva, real y concreta, la información sobre los niños diagnosticados con TDA. Sin embargo, sigue siendo necesario desarrollar espacios, no sólo para encontrar información sino para proporcionar la adecuada atención, diagnóstico y tratamiento, para los niños con TDA, para sus padres y para sus maestros, es por eso que "La Academia Mexicana de Pediatría, como "órgano consultor" de la Secretaría de Salud, promovió el desarrollo del "consenso sobre tratamiento farmacológico del Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad (TDA/H)."¹⁶

Actualmente en México (dado el peso social del "deber ser") las personas y en especial los niños están, expuestos a exigencias sociales y académicas intensas y de alta competitividad.

En este contexto se hace presente el Trastorno por Déficit de Atención (TDA) en México, como un problema de salud pública; que afecta, el 4 o 5% de la población escolar,

¹⁶ LOREDO Abdalá, Arturo. Presidente de la Academia Mexicana de Pediatría *Simposium Sobre El Tratamiento Del Trastorno Por Déficit De Atención*. p. 1.

lo que implica que en México¹⁷ existen alrededor de 1,500,000 niños diagnosticados con TDA y TDA/H. Al ser una cifra tan elevada es de esperarse que ya se haya desarrollado un diagnóstico completo que sin lugar a dudas permitiera la adecuada prescripción del trastorno, y de esta manera diferenciar a aquellos niños que no tienen una base orgánica comprobable sino, más bien que son niños sobresalientes mal entendidos con problemas de conducta y que no por eso tienen TDA.

Ya que un niño diagnosticado con TDA, tiene una repercusión definitiva sobre el desarrollo social, escolar y familiar de quienes lo padecen, no sólo, como alguna vez se consideró en la etapa escolar, sino en forma persistente en la vida.

Las controversias con relación al diagnóstico y tratamiento subrayan la importancia del TDA en el qué hacer de la investigación médica, psiquiátrica y pedagógica actual y adecuada a una sociedad como la nuestra.

En México el diagnóstico de TDA/H se realiza en bases clínicas. Se utilizan los criterios de diagnósticos vigentes que propone el Manual de Enfermedades Mentales (DSM-IV) o la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales y del Comportamiento (CIE 10.)

Sin embargo estos diagnósticos clínicos (como ya se mencionó anteriormente) son realizados en gran parte por médicos, psiquiatras o neurólogos, olvidan la importancia de tratar al niño en forma integral, de acuerdo a sus circunstancias de vida, desarrollo, afectividad, socialización y sociabilización, así como en las relaciones familiares; todo lo anterior de suma importancia en cuanto a los trastornos de conducta en donde la mayoría de los casos son por cuestiones afectivas y no de tipo orgánico.

No obstante para descartar cualquier factor de este tipo, es importante realizar una evaluación médica cuidadosa que descarte la presencia de enfermedades en las que la inatención puede ser un síntoma predominante, destacando: la hipoacusia, el retraso mental, el autismo, la ansiedad, la depresión, la desnutrición grave (principal causa de en México de muchos de los síntomas de los niños diagnosticados con TDA), enfermedades crónicas, entre otros:¹⁸

* La inatención se caracteriza por la interrupción prematura en la ejecución de actividades, tareas inconclusas, olvidos frecuentes y pérdida de objetos.

¹⁷ MARIN, Ana *Legislan a favor de niños con TDAH.* p. 3.

¹⁸ ALVARADO, Rosa *(Op. cit.* p. 6

- * La hiperactividad involucra una actividad motora excesiva, que no tiene un fin definido y que impide al niño estar sentado en situaciones que así lo requieren; las manos y los pies están en continuo movimiento.
- * La impulsividad se manifiesta por dificultad para seguir el orden y mantener la disciplina, hay desinhibición social, falta de precaución ante situaciones de riesgo, precipitación en respuestas y actividades. La interrupción e intromisión en las actividades de los compañeros y la incapacidad para esperar turnos, condiciona frecuentemente el rechazo social.

Siendo de por sí un trastorno que señala, segrega y limita no sólo al niño sino a los padres, aunados al rechazo social, determinan la autoestima y el autoconcepto de cada uno de ellos; por lo que el primer obstáculo a vencer ante la resignación de una supuesta enfermedad es la inmovilidad que origina un alejamiento y la negatividad ante nuevas alternativas de ayuda que conjuntamente permitirían el óptimo desarrollo de estos niños, a partir de un adecuado tratamiento. Es por eso que hay que tomar en cuenta que existen diversos grados de severidad en el TDA/H;¹⁹ se han descrito 4 variedades:

- A) La mixta, que se presenta en el 60% de los pacientes. En esta variedad la presencia de los 3 síntomas es equivalente.
- B) La predominantemente inatenta, que representa un 15 a 20%. Ésta es la variedad más común en las niñas y a diferencia de la anterior la hiperactividad e impulsividad son síntomas prácticamente inexistentes.
- C) La impulsiva, en la cual el síntoma principal es la impulsividad y las dificultades sociales son predominantes.
- D) La no clasificada, en la cual no puede establecerse el tipo de TDA/H.

Según el Dr. San Esteban "en México las recientes investigaciones indican que hasta el 65% de los pacientes con TDA/H tienen comorbilidad asociada, ya sea con trastornos específicos del aprendizaje, de la motricidad, trastorno de ansiedad, depresión, etc., lo cual implica, la necesidad de realizar una valoración integral e individual en cada paciente."²⁰

¹⁹SAN ESTEBAN, José Eduardo. Impacto Epidemiológico del Trastorno por Déficit de Atención en México p. 2.

²⁰ *Idem*

Pero no es sólo en México que se requiere de un tratamiento adecuado a partir de un diagnóstico específico y puntual que favorezca la participación e interacción entre la familia, la escuela, el médico y el o los especialistas involucrados.

Este cambio en la concepción a lo largo de la historia, así como en la apertura de nuevas pautas de clasificación y de la incursión de otras áreas, permiten observar al trastorno desde las diferentes esferas en que se desenvuelve el ser humano (bios, ethos, logos), permitiendo reconocer al niño (y a todo individuo) como un ser total, integral y no fragmentado o por separado como hasta entonces se había tratado el trastorno y sin embargo, en México aun en la actualidad se observa la ruptura y fragmentación que no permite la inclusión de nuevas alternativas de desarrollo; por lo que la importancia de éstas y nuevas investigaciones radica en la investigación de las diferentes ramas, técnicas, corrientes, áreas y alternativas que permitan el desarrollo integral del individuo; siendo precisamente la aportación de diversas alternativas el objetivo de este trabajo; y para ello es necesario ubicar la conformación del Trastorno por Déficit de Atención conociendo y reconociendo las circunstancias que rodean al TDA, así como la conformación del mismo ya que la adecuada información sobre el tema permitirá en gran medida identificar a los niños con TDA que no tienen una base orgánica comprobable a partir de los signos y síntomas, del mismo modo es importante tener en cuenta las causas y consecuencias de ser diagnosticado con TDA y así, a partir de la información brindar un tratamiento de ayuda integral a cada niño; por lo anterior, en el siguiente capítulo se presentan los puntos más importantes para delimitar el TDA.

CAPÍTULO II

EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN

El hablar del Trastorno por Déficit de Atención en la actualidad requiere de la especificación de tal definición, así como de los conceptos que conforman la misma. Conocer el contexto del TDA analizado en el capítulo anterior, ha servido para delimitar estas especificaciones y abordar de manera directa y concreta el tema, siendo la delimitación el siguiente paso para proponer alternativas psicopedagógicas necesarias de intervención que coadyuven al óptimo desarrollo de un niño diagnosticado con TDA desde una perspectiva psicopedagógica.

Así es relevante reconocer con precisión no sólo la definición o los conceptos, sino las características del niño que presenta TDA, bajo el adecuado diagnóstico y con una base orgánica, por lo que en este capítulo se señalan los signos y síntomas a observar más relevantes del TDA, los cuales al presentar frecuencia e intensidad, permitirían iniciar con la búsqueda de un diagnóstico médico y psicopedagógico adecuado para la verificación del trastorno y posteriormente la aplicación de un eficaz tratamiento; del mismo modo reconocer adecuadamente estos signos y síntomas, ayudará a los padres y maestros a descartar la posibilidad de que el niño tenga un trastorno.

Para muchos especialistas y principalmente para los padres es importante conocer las causas del trastorno que pueden ser neurológicas, biológicas, psicológicas, fisiológicas, ambientales o genéticas, presentando en este apartado las principales investigaciones, los estudios y las actuales aportaciones sobre las posibles causas; así como las consecuencias psicológicas, emocionales, sociales, y físicas a las que se enfrenta no sólo el niño diagnosticado con TDA sino toda la familia, ya que este trastorno repercute en cada uno de los miembros de la misma.

Como último punto en este capítulo se puntualizan los principales tratamientos aplicados a los niños diagnosticados con TDA, su efectividad, alcances y consecuencias; así como los resultados a largo plazo de la aplicación de los mismos. Por lo que el análisis de este capítulo permitirá seguir el camino adecuado para aquellos niños que se sospeche tengan TDA, pero también para aquellos que ya han sido diagnosticados con el trastorno y que requieren mayor conocimiento sobre el mismo.

2.1. DEFINICIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN

Examinando la extensa bibliografía aparecida en la actualidad relacionada con el Trastorno por Déficit de Atención, se observa que las distintas teorías formuladas por los respectivos autores permiten una estructuración en las diversas categorías.

Teniendo en cuenta que, el término actual aparece en 1995, pero que las referencias sobre el tema se han realizado desde finales del siglo XIX y que por esos años tanto la psicología como la pedagogía, comenzaban a tomar importancia, por lo que es de reconocerse que el estudio del tema fuera exclusivamente de la medicina, considerando el trastorno como una patología, a través del tiempo y hasta la actualidad.

Actualmente muchos especialistas no se ponen de acuerdo sobre la definición de Trastorno por Déficit de Atención, algunos se basan sólo en la descripción de los síntomas, otros determinan las causas desde una perspectiva fisiológica. Existen distintas explicaciones para definir el TDA y TDA/H, por lo que se da mucha controversia al respecto ya que se involucran distintos puntos de vista (pero especialmente el médico). Para comprender mejor el TDA es necesario revisar diferentes conceptos, que a continuación se explicarán.

El Trastorno por Déficit de Atención clínicamente se ha definido como un "trastorno crónico sintomáticamente evolutivo; es decir un trastorno neuropsiquiátrico que se diagnostica con mayor frecuencia en la infancia,"²¹ hoy en día el TDA se conceptualiza como un "conjunto de manifestaciones clínicas que afectan el aprendizaje y la conducta de los niños."²²

Trabajar el concepto del TDA como un trastorno psiquiátrico pone en consideración la necesidad de nuevas aportaciones de la pedagogía y en especial de la psicopedagogía (las cuales son muy escasas) en cuanto al tema debido principalmente a que es necesario observar al individuo como un ser bio - psico- social, completo y no fragmentado, en cualquier área de conocimiento.

Anteriormente este concepto era mejor conocido como el del niño hiperactivo o hiperquinético o con disfunción cerebral "mínima", sin embargo puede existir o no hiperactividad (hiperquinesia) en el trastorno por déficit de atención. El término de

²¹FERNÁNDEZ Jaén, A. *Op. cit.* p. 3.

²²BARRAGÁN, Eduardo. *Op. cit.* p. 17.

disfunción cerebral mínima (como se vio en el capítulo anterior) en la actualidad ya no es usado debido a la ambigüedad del término.

Algunos conceptos se basan en la descripción de los síntomas, así se podría decir que el TDA es un “padecimiento donde al niño le es difícil centrar su atención en un estímulo y concentrarse en él, esto se manifiesta en su conducta ya que se observa desorganizada e impulsiva,”²³ repercutiendo en la familia y en la escuela.

Con mayor frecuencia se escucha, un diagnóstico como el anterior, si el niño no se está quieto cuando el profesor pide que esté sentado poniendo atención, si pregunta, cuestiona, duda y contesta sobre lo que se le enseña, etc., entonces inmediatamente se le etiqueta como hiperactivo, sin llegar a hacer un diagnóstico profundo y adecuado, se le pide a los padres acudir a un neurólogo que afirme el juicio realizado por el maestro de que el niño puede tener TDA; sin embargo muy pocas veces se sabe lo que quiere decir hiperactividad o TDA.

La hiperactividad “alude a un despliegue de la motricidad que sobrepasa el rango de lo que se espera, es un exceso de movimiento.”²⁴ Pero no todo niño que presente trastornos de conducta, distracción, falta de límites, y que por lo tanto pasea por el salón sin completar sus actividades tiene TDA.

Actualmente el concepto de TDA y TDA/H, no se ha definido concretamente como se esperaría por parte de los especialistas (que aunque no lo definen ya tienen una “solución para el problema.”) Por lo que hay que tener especial cuidado al momento de realizar el diagnóstico ya que si no se define el problema es muy probable que se prescriba un mal juicio de los niños con un trastorno cuando en realidad son niños sobresalientes.

Es necesario ir aclarando este concepto a partir de la delimitación de los síntomas; por lo pronto se podría decir que el TDA es una característica actual de algunos niños que además de ser mal entendida, es mal diagnosticada y la mayoría de las veces mal vista.

²³Es necesario recordar que el sistema educativo actual está basado en la teoría cognitivo - conductual. La teoría conductista “es un instrumento para establecer conductas normativas. A través de él las personas aprenden cuándo y dónde deben realizar determinados actos, qué conductas son aceptadas y cuales prohibidas” [En: *Psicología Evolutiva* de MARCHESI, Alvaro p 350.] Si tomamos en cuenta este punto es posible observar la razón de muchos de los problemas que tienen los niños diagnosticados con TDA en el salón de clases: ya que este modelo de ninguna manera se adapta a sus características.

²⁴ CASADO, Silvia E. *ADHD: Déficit de Atención con Hiperactividad. Aspectos Generales.* p 61

2.2. SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN

Si bien los síntomas del TDA se deben considerar como elementos específicos a observar, éstos varían de acuerdo a cada niño. Los síntomas más relevantes en el TDA Y TDA/H son **la inatención, la hiperactividad y la impulsividad.**

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM -IV,²⁵ propone algunas reglas a considerar con respecto a los síntomas para clasificarlos como un síntoma verdadero del TDA; lo cual no determinaría que se está hablando de un caso de TDA, sino más bien, la observación de estos síntomas daría pie a la realización de un diagnóstico profundo y especializado que pudiera corroborar el juicio. Las reglas propuestas en los tres síntomas en general son:

- * Inicio de los síntomas antes de los tres años de edad.
- * Observación de los síntomas en más de dos lugares (casa, escuela, etc.)
- * Persistencia del comportamiento durante más de seis meses.
- * No iniciar este tipo de comportamiento después de un evento agudo como el divorcio de los padres o la muerte de un ser querido.
- * No estar relacionados los signos y los síntomas con alguna enfermedad o consumo de medicamento.

Para considerarse como síntoma de inatención, o de déficit de atención es necesario delimitar este concepto. El **déficit de atención** "se refiere a un rasgo de conducta; se tiene como hipótesis que el déficit es un proceso psicológico, en donde el juicio de la conducta es uno de los diagnósticos de base."²⁶ En este punto se requiere de la observación directa tanto de maestros como de padres hacia los niños ya que la conducta es lo que más establece la posibilidad de un diagnóstico de TDA/H.

La delimitación de este concepto sirve de base, para considerarse como un síntoma del TDA y TDA/H, sin embargo es indispensable observar como mínimo seis o más de las siguientes circunstancias: se distrae fácilmente con imágenes o sonidos irrelevantes; hay falta de atención a detalles; incapacidad para seguir instrucciones con cuidado; pierde u olvida distintos elementos; comete errores evidentes al momento de realizar sus tareas escolares, trabajos o actividades diarias; tiene dificultad para mantener la atención en los

²⁵BARRAGÁN, Eduardo. *Op. cit* p. 26.

²⁶TAYLOR, E. *Op. cit* p. 158.

juegos; no parece escuchar lo que le dicen; tiene dificultades en organizar actividades o tareas; evita actividades o cosas que requieran un esfuerzo mental sostenible.

De igual forma para considerar la hiperactividad como un síntoma se debe de reconocer que la hiperactividad es un "exceso de movimiento, un incremento de la actividad normal, que existe en todo el cuerpo y de manera excesiva en toda situación. El exceso de movimiento es continuo, incluso en la cama, cuando el niño se encuentra durmiendo."²⁷

También se requiere observar al menos seis de los siguientes síntomas: si el niño está inquieto con un movimiento continuo de manos y pies mientras está sentado; tiene dificultades al jugar o compartir los juegos; corre o trepa en situaciones inapropiadas; habla demasiado; contesta o actúa antes de que se le acabe de formular las preguntas; tiene dificultades para esperar su turno; interrumpe las conversaciones o los juegos.

En el DSM - IV el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, se distingue de acuerdo a los síntomas que predominan que como se vio anteriormente se considera la inatención, la hiperactividad y la impulsividad, ya que la *hiperactividad* trae como consecuencia el déficit de atención y el *déficit de atención* comúnmente establece el diagnóstico de la hiperactividad y la hiperactividad es la conducta del niño mediante la acción es decir la *impulsividad*.

Si bien la mayoría de los anteriores síntomas así como sus marcadores se consideran como un pre - requisito para iniciar un diagnóstico más profundo, actualmente muchos niños son diagnosticados, precipitadamente de Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad y precipitadamente están siendo medicados o sometidos a terapias psiquiátricas, igualmente precipitadas.

Por lo que un diagnóstico adecuado también debe tomar en cuenta el factor ambiental que, en bastantes situaciones, está detrás de un niño que, si bien tiene un carácter hiperactivo, no debe ser "etiquetado" de hiperactividad, debido entre otras muchas cosas a que las condiciones de vivienda en México,²⁸ "hábitat de los núcleos urbanos", casas o departamentos (multifamiliares) con viviendas de 70 m² y sin

²⁷*Ibid.* p. 159.

²⁸Las condiciones de vivienda en México, aunque dependen, del nivel socio - económico, básicamente están estructuradas de la misma forma, sin lugares de recreación o espacios adecuados que permitan que los niños tengan actividades adecuadas a sus necesidades.

posibilidades de esparcimiento extraescolar son un buen pretexto para que niños inquietos sean diagnosticados precipitadamente con TDA/H.

Otra de las circunstancias a considerar, para evitar un diagnóstico sintomático precipitado es el factor ambiental y familiar, ya que en la actualidad (y no sólo en México sino en gran parte del mundo, en el que se busca la comodidad) no es difícil encontrar a padres²⁹ y maestros con un grado de intolerancia bastante bajo: *“Cualquier niño que supera el umbral de tolerancia de sus padres o de sus maestros no debe ser diagnosticado de hiperactivo, aunque lo digan los cuestionarios.”*³⁰

Cuando se comienza a tratar a un niño a partir del elemento de un sólo síntoma, se piensa en eliminarlo solamente a través de la medicación y sin buscar distintos recursos que sirvan para atender de manera integral el problema, por lo que se corre el riesgo de aminorar ese síntoma, pero de acrecentar otros problemas.

Por lo anterior es fundamental que los maestros y padres de familia que están en contacto directo con los niños por mayor lapso de tiempo (algunas escuelas particulares trabajan durante siete horas diarias con los niños), observan detenidamente los síntomas predominantes en el TDA,³¹ los cuales son básicamente (dependiendo de los diferentes autores) la inatención o distractibilidad o déficit de atención, la sobre actividad o la hiperactividad y la impulsividad.

El término de “inatento” o “distruido” involucra una amplia gama de signos entre los que destacan la falta de persistencia en actividades como el juego y otras desarrolladas en el hogar y la escuela; falta de orientación precisa hacia una tarea relevante o aburrida; la falta de decisión para mantener el estímulo; la falta de atención sostenida en una tarea relevante.

Es importante señalar que la inatención se manifiesta en situaciones que requieren de una concentración prolongada, por lo que crea un gran problema principalmente en la escuela³² ya que el sistema tradicional en el que se encuentran la mayoría de las

²⁹Con esto no se pretende responsabilizar a los padres o a los maestros del TDA de los niños ya que de ninguna manera son los causantes: pero es fundamental la plena conciencia así como el deber, de proporcionar el óptimo ambiente familiar o escolar hacia los niños diagnosticados con TDA.

³⁰DÍAZ, Atienza Joaquín. *Op. cit.* p. 10. Texto de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud CIE—10 y la Asociación Americana de Psiquiatría en su Manual de Diagnóstico y Estadística de Enfermedades Mentales el DSM – IV.

³¹BARRAGAN, Eduardo *Op. cit.* p. 28

³²Con este comentario no se pretende dar a entender que se debe de modificar el contenido del mapa curricular sino más bien adecuar la forma en la que se dan las técnicas y dinámicas en el salón de clases

instituciones actualmente, requiere de toda la atención del alumno hacia temas que no le atraen o que le aburren por lo que los niños cambian de una actividad a otra sin concluir la que iniciaron y se distraen ante cualquier estímulo.

Sin embargo esto no significa que tengan algún problema de atención, al contrario si el tema que están realizando, la tarea o el programa de televisión que están viendo es interesante; pueden llegar a concentrarse de tal forma que recuerde las canciones de los comerciales, los nombres completos de las personas incluso los datos, sucesos o fechas aunque haya pasado mucho tiempo, incluso años; ésta es una de las principales características en los niños sobresalientes que ocasionalmente son mal diagnosticados con TDA/H.

La sobre actividad o hiperactividad, como ya se mencionó anteriormente se refiere al exceso de movimiento el cual puede manifestarse de diferentes maneras desde movimientos pequeños como mover un pie o un dedo hasta movimientos de coordinación gruesa que se realizan con la mayor parte del cuerpo.

El incremento en la cantidad de movimiento es observado durante el día e incluso en la noche, lo que resulta agotador para los padres que en la mayoría de las ocasiones optan porque su hijo tome "algo" que lo "tranquilece" y es precisamente el tratamiento farmacológico el que interviene para "aquietar" al niño.

Si consideramos que la cantidad de movimientos puede variar dependiendo del lugar en que se encuentre el niño, se observa que cuanto más rígido sea el ambiente en el que se encuentre, mayor será la hiperactividad; por lo que, si los padres pueden ser más tolerantes, creando normas más relajadas, sería posible que el niño presentara menos conflictos.

En cuanto a la impulsividad se observa a niños que interrumpen la actividad de los demás, no tienen sentido del límite, tienden a correr o a subirse en todos lados lo que los hace susceptibles a tener constantes accidentes; como raspones, moretones e incluso fracturas en los huesos. Los padres piensan que no pueden dejarlos solos ni por un momento, "esto genera que la relación entre padres e hijos se vea deteriorada y a la vez

la impulsividad crea en los niños sentimientos de culpa, remordimiento y una baja autoestima.”³³

Se hace necesario entonces pensar en un tratamiento psicopedagógico que no sólo apunte a lograr la concentración, la atención, mejorar el aprendizaje, optimizar la retención, desarrollar habilidades básicas y específicas así como desarrollar las áreas de interés a partir de las habilidades de cada niño y de explorar las diversas inteligencias posibles a incrementar; además de elevar la autoestima, ya que la causa original que lo produce seguramente seguirá avanzando hasta la adolescencia, sino se interviene adecuadamente en la infancia.

Y si se lograra determinar el problema como tal con sus causas del TDA/H, se podría llegar prevenir la mayoría de los síntomas como la impulsividad, el bajo rendimiento escolar, la inatención, la falta de concentración y principalmente la baja autoestima y el deterioro del autoconcepto.

2.3. CAUSAS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN

Las causas por las que un niño puede presentar el Trastorno por Déficit de Atención aún son desconocidas,³⁴ muchos autores (principalmente del área de medicina) consideran como probables, diversas causas; la biológica, la psicosocial, el síndrome del alcoholismo fetal, la transmisión genética, etc.

En un estudio realizado en México, se encontró que “86% de los pacientes con TDA eran primogénitos; 56% tuvo un peso menor de 3 Kg al nacimiento; 32% había nacido antes de las 36 semanas de gestación; 35% de las madres mencionaron un gran movimiento fetal en el último trimestre del embarazo; y en el 88% uno de los dos padres presentaba los mismos síntomas que el niño.”³⁵

Estas investigaciones deben poner énfasis en la realización del diagnóstico principalmente en la historia de vida diagnóstica para la recopilación de los datos y aunque no se ha llegado a alguna conclusión referente a este tema; si los antecedentes prenatales y perinatales se registran a profundidad es posible tener, (en futuras

³³ DÍAZ, Atienza Joaquín. *Op. cit.* p. 15.

³⁴ (Si no está determinado el origen ¿cómo es que existe un problema?)

³⁵ BARRAGÁN, Eduardo. *Op. cit.* p. 33. El estudio fue realizado por los doctores Barragán, Garza, Galindo.

realizado un diagnóstico general previo, por lo que a partir de la prescripción neurológica, la cual generalmente resulta altamente sugerente para el psiquiatra de una posible anomalía a nivel cerebral, se comienza el tratamiento farmacológico.

Por lo que sin lugar a dudas, en cada persona, es importante realizar más pruebas de tipo clínico de gabinete y laboratorio, así como psicopedagógicas, para asegurar un diagnóstico con TDA/H y si se cree necesario, después de todas esas pruebas suministrar fármacos.

Otras investigaciones muestran que los trastornos de atención tienden a surgir en familias, así que es probable que haya influencias genéticas. Las investigaciones realizadas, reportan que “el 20% de los niños hiperactivos, por los menos en alguno de sus progenitores se encontró el mismo trastorno en comparación con el 5% del grupo de control. Comparando los padres adoptivos con los padres biológicos de los niños con este trastorno se observó que en donde existía mayor frecuencia del mismo era en padres biológicos.”³⁸

Recientemente se ha descubierto por medio de diversas investigaciones que los niños que presentan TDA por lo general tienen al menos un pariente cercano que también tiene TDA. Y al menos una tercera parte de padres que han tenido TDA en su juventud tienen hijos que presentan TDA. Aún más convincente: la mayoría de gemelos comparten el rasgo. En los Institutos Nacionales de Salud, los investigadores están siguiendo el rastro del gene que puede estar involucrado en la transmisión del TDA en un pequeño número de familias con un trastorno genético de tiroides.

Si se considera que no todos los niños de hogares inestables tienen TDA; y no todos los niños con TDA provienen de familias disfuncionales, podría quitar una enorme carga en esos padres que se sienten culpables por el comportamiento de sus niños; ya que en nada ayuda, que los padres se sientan culpables o que miren hacia atrás para encontrar las razones posibles. Hay demasiadas posibilidades como para poder identificar la causa con certeza. Es mucho más importante que la familia progrese para encontrar maneras de conseguir la ayuda apropiada. Los científicos, sin embargo, sí necesitan estudiar las causas, para identificar mejores maneras de tratar, y quizás algún día prevenir, el TDA y TDA/H.

³⁸ROVIROSA, Gustavo A. *Op. Cit.* p 17

investigaciones) un indicio de los factores que originan el TDA/H (si es que realmente existe un problema.)

Las principales teorías sobre las causa del TDA hablan de una lesión específica o generalizada en el humano por encefalitis o traumatismo cráneo encefálico, como responsables del TDA/H. Los niños que presentan este trastorno manifiestan con mayor frecuencia, (que la población general reporta) antecedentes de dificultades durante la gestación y de prematurez, así como problemas perinatales y otras complicaciones médicas, durante los primeros años de vida; lo cual puede sugerir que su cerebro pudo haber sido dañado; siendo lo anterior una causa que exigiría un diagnóstico específico.

Sin embargo como se ha visto a lo largo de la historia del origen del TDA, las investigaciones reforzadas con nueva y mejor tecnología, han ido refutando o afirmando los supuestos que se originan alrededor de éste y cualquier otro tema.

Aunque las pruebas de la función intelectual "proporcionan un indicio de un daño cerebral orgánico y pueden ser utilizadas para confirmar la sospecha de una alteración en la función mental [...]debido principalmente a que un paciente con daño cerebral tiene menos capacidades para algunas áreas como la memoria, la información general, el cálculo, las similitudes, las abstracciones, etc."³⁶

Actualmente muchos niños, adolescentes e incluso adultos pueden tener fallas en estas áreas y no por ello haber tenido algún daño cerebral, o antecedentes prenatales o perinatales que indiquen algún problema en el ámbito orgánico por lo tanto, al no tener un daño cerebral, es decir al no presentar un factor orgánico comprobable no deberían ser diagnosticados con TDA/H; sino como niños sobresalientes, tal es la aportación de la Dra. Janet Saéñz bajo la teoría de Howard Gardner sobre las ocho inteligencias de la cual se hablará más adelante.

Sin embargo algunos psiquiatras o psicólogos, solicitan la aplicación de un electroencefalograma³⁷ el cual es realizado por un neurólogo; aún cuando no se ha

³⁶ MIEMBROS DEL DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA Y DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGIA Y BIOFÍSICA. *Examen Clínico Neurológico*. p. 185 –188.

³⁷*Ibid.*, p. 227. "El electroencefalograma (EEG) puede ser considerado como una extensión del examen neurológico en la función cerebral. El EEG es una mezcla de diferentes tipos de actividad, cada una caracterizada por frecuencia, amplitud, cantidad, reactividad y variabilidad. La estimación de normalidad de los diferentes tipos de actividad depende, en gran parte de la edad y del estado de alerta del paciente en el momento del registro. Durante la niñez, los ritmos que integran el EEG difieren mucho entre individuos normales."

Las diversa hipótesis sobre las causas del TDA/H no han logrado que los especialistas prevengan el que se origine el trastorno; médicos, psiquiatras y neurólogos en conjunto no localizan el factor que lo desencadena.

Por lo que se podría empezar a afirmar que si no hay un origen orgánico comprobable entonces no es una enfermedad y por lo tanto no requiere de un tratamiento farmacológico sino de un tratamiento integral que logre la concentración, la atención, mejorar el aprendizaje, optimizar la retención, desarrollar habilidades básicas y específicas, así como desarrollar las áreas de interés que permitan explorar las diversas inteligencias posibles a incrementar; además de elevar la autoestima, pero sobre todo el autoconcepto del niño porque las consecuencias que trae consigo ser etiquetado como niño con TDA tienen gran repercusión principalmente en la vida adulta.

2.4. CONSECUENCIAS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN

Es importante reconocer que los niños diagnosticados con TDA y TDA/H atraviesan por periodos de depresión, inestabilidad y gran duda acerca de su presente y su futuro (como le sucede a la mayoría de los niños actualmente sin ser etiquetados con alguna enfermedad). Por lo que para algunos padres llega a ser “un dolor de cabeza” y la “tortura” de los maestros.

Este punto es lo que finalmente repercute en la autoestima la cual se ve lesionada porque el niño o el adolescente, siente más cercano el fracaso que el éxito, y la crítica de maestros y familiares que no reconocen, el esfuerzo que hace por aprender y comportarse como los demás quieren.

Es evidente que los niños con TDA son más susceptibles de padecer problemas de ansiedad dado que les resulta difícil responder adecuadamente a las exigencias de su entorno; esto hace que las situaciones que para los demás niños son habituales y cotidianas para él pueden ser causantes de estrés como por ejemplo realizar cualquier examen, hacer los deberes, recoger su cuarto, acordarse de detalles, etc.

Por lo que durante los últimos años ha aparecido una gran cantidad de publicaciones en donde se recoge la existencia de comorbilidad³⁹ entre el TDA/H y otros trastornos afectivos, fundamentalmente los trastornos de conducta, los afectivos y los de

³⁹DÍAZ, Atienza Joaquín *Op cit.* p. 30.

ansiedad; éstos pueden clasificarse como un miedo específico por ejemplo fobia social, cuando el miedo se refiere a la exposición a situaciones de relación con los demás, fobia escolar, con terror a acudir al colegio, etc. Temor a separarse de sus padres, suelen tener pesadillas, tienen miedo a que les suceda algo, les cuesta dormirse solos, rehúsan a participar en actividades que les obligue a estar fuera de casa.

También pueden desarrollar una ansiedad generalizada; tienen preocupaciones excesivas y constantes, están muy tensos, son autocríticos y tienen miedo a fallar ante los demás; ésto les hace retraerse. Sin embargo los mismos trastornos son presentados por adolescentes que se sienten incomprendidos pero no por ello tienen TDA; por lo que se debe poner especial cuidado en la realización del diagnóstico.

Es importante tomar en cuenta que en los niños diagnosticados con TDA, aparecen sentimientos depresivos; debido principalmente a los estimulantes farmacológicos que empeoran la depresión⁴⁰ los sentimientos que tienen los niños con TDA, varían de acuerdo a cada niño pero al margen del diagnóstico, son sentimientos de minusvalía impotencia y baja autoestima, con relación al entorno escolar y social.

Siendo completamente comprensible y lógico que un niño con TDA y TDA/H diagnosticado, este decaído y desilusionado porque no puede “comportarse” y aprender como los otros niños.

El niño diagnosticado con TDA y TDA/H puede llegar a sentirse excesivamente preocupado, con una gran tristeza, deseo de aislamiento, pérdida del interés e incluso pérdida del apetito y el sueño; en casos extremos llegar a demostrar dolores físicos, cansancio, debido entre otras cosas a que se le ha dicho repetidas veces que no sabe; que no aprende; que no se está quieto; que no puede; etc., entonces utiliza su propia inteligencia contra sí mismo⁴¹ hasta llegar a somatizar una verdadera enfermedad.

Las dificultades de aprendizaje y los problemas de rendimiento académico son unas de las características más claramente relacionadas con al TDA y TDA/H; debido principalmente a que es por este motivo que la mayoría de los maestros se dan cuenta de que el niño no es como los demás.

⁴⁰MENÉNDEZ Benavente, Isabel. *Op. cit.* p 47.

⁴¹LUZURIAGA, Isabel *La inteligencia contra si misma.* p 9. “La *contrainteligencia* es en esencia la negación, la no - comprensión, que el sujeto elige por si mismo ”

Los problemas que al principio se presentan en la escuela por “no poner atención” se convierten prácticamente en un problema de aprendizaje en todas las áreas académicas que se ven afectadas como la aritmética, lectura y escritura, lenguaje, etc.

En muchos casos la falta de habilidad en alguna de estas áreas ocasiona el fracaso escolar, el cual es el “desfase negativo entre la capacidad real del niño y su rendimiento en las asignaturas escolares. En amplio sentido fracasa todo alumno cuyo rendimiento se encuentra por debajo de las aptitudes.”⁴²

Y aunque la mayoría de los niños diagnosticados con TDA, son sobresalientes en algunas áreas, el sistema escolar actual condiciona las evaluaciones a partir del comportamiento del niño que en general para el docente desmerece la calificación en correlación con el comportamiento. Así la “adaptación en el primer periodo escolar puede dejar marcado al niño para toda la vida, el repetidor de primer grado, el que fracasa prematuramente en este proceso de adaptación y aprendizaje es seguro candidato a futuros fracasos escolares.”⁴³

Si hablamos de fracaso escolar en niños con TDA es necesario estar conscientes de que son raras las ocasiones en que un fracaso escolar depende de un solo factor, por lo tanto este problema debe abordarse interdisciplinariamente pero no sólo por los especialistas sino principalmente por la familia, los padres, los compañeros de la escuela y los maestros que son el apoyo fundamental para fortalecer la atención.

Aun cuando los niños con TDA tengan problemas en el área académica, la importancia de una base sólida familiar permitiría que el niño se enfrentara a las diversas dificultades que se le presenten en cualquier ámbito y así evitar no sólo el fracaso escolar sino el fracaso personal, éste es el mejor tratamiento que existe.

2.5. TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN

El principal tratamiento utilizado actualmente, es el medicamento; la utilización de fármacos se ha convertido en una alternativa rápida para los “problemas” inmediatos tanto de padres y maestros que requieren de ver a un niño más “controlado” y “calmado”, del mismo modo la industria farmacéutica ha evocado sus esfuerzos en encontrar cada día más medicamentos que puedan ser aplicados a niños de corta edad y sin embargo los

⁴²PORTELLANO Pérez, José A. *Fracaso escolar*. p. 29.

⁴³BIMA, Hugo y J Schiavana, C. *El mito de la dislexia*. p. 57.

efectos a largo plazo no son investigados seriamente ya que estos podrían presentarse en la adolescencia o en la etapa adulta.

Por mucho tiempo se han usado medicamentos para tratar a niños diagnosticados con TDA y TDA/H. Entre los más efectivos para niños y adultos están los medicamentos que son de la clase de drogas llamadas estimulantes del Sistema Nervioso Central.⁴⁴

A la par de los avances de la psiquiatría y la neurología, los progresos de la farmacología y la bioquímica; proporcionaron avances en cuanto a investigaciones para el desarrollo científico del tratamiento; esencialmente farmacológico.

Existe una gran controversia en cuanto a la utilización de los medicamentos debido a que, como todo medicamento con acción en el organismo crea efectos secundarios. Estos fármacos son tres el metilfenidato (Ritalina), dextroanfetamina (Dexedrina o Dextrostat) y pemolina (Cylert).

Para muchas personas, estos medicamentos drásticamente reducen su hiperactividad y mejoran su habilidad para concentrarse, trabajar y aprender. Según algunas investigaciones el medicamento mejora la coordinación física, tal como la caligrafía y habilidad deportiva y sugieren que también pueden ayudar a niños con un trastorno de comportamiento y a controlar sus comportamientos impulsivos y destructivos.

Desafortunadamente, cuando la gente ve una mejoría tan inmediata, a menudo piensan que lo único que se necesita es medicación. Pero “los medicamentos no curan el trastorno sino que controlan los síntomas temporalmente.”⁴⁵ En este punto el Dr. Breggin, director del Centro Internacional para el estudio de la Psiquiatría y Psicología (ICSPP), declara que “todos los estimulantes en los terrenos del Déficit de Atención son

⁴⁴FERNANDEZ Jaén, A. *Op. cit.* p. 32 -34. El nombre de estimulantes se debe porque aumenta la habilidad, la excitación y el estado de alerta en el Sistema Nervioso Central en el tratamiento del TDA y TDA/H como el *metilfenidato* en donde [al parecer] se reporta una estabilidad en los niños, [sin embargo] se necesita la utilización de antipsicóticos y antidepresivos para contrarrestar las consecuencias del uso continuo de los estimulantes ya que se corre el riesgo de desarrollar ciertos *tics* asociados al abuso de la droga. Algunos estimulantes de uso continuo producen anorexia, pérdida de peso, efectos en el crecimiento y la talla. Los estimulantes se han asociado a una disminución en el crecimiento en los niños diagnosticados con TDA/H. En cuanto a los efectos de los antidepresivos, se asocia a padecimientos cardíacos, en donde algunos casos se ha reportado **muerte súbita** durante el tratamiento debido a un incremento en la toxicidad cardíaca.

⁴⁵ DÍAZ, Atenza Joaquín *Op. cit.* p. 43.

considerados como drogas que tienen efectos adversos al cerebro, mente y comportamiento, psicosis, manías, abuso de drogas y adicción.”⁴⁶

El Dr., explica que no existen evidencias sólidas de que los desórdenes de la atención y la hiperactividad sean desórdenes geminos; no hay prueba de ninguna anomalía cerebral en niños catalogados con Déficit de Atención e Hiperactividad; los niños no tienen ningún desbalance bioquímico.

Sin embargo si hay pruebas de los efectos de las drogas principalmente del Ritalin ⁴⁷ algunas de ellas son:

- * En el corto plazo el Ritalin suprime la creatividad, las actividades espontáneas y autónomas de los niños, haciéndolos más dependientes, dóciles y obedientes.
- * El Ritalin puede retardar el crecimiento interrumpiendo los ciclos de crecimiento de las hormonas relacionadas con la glándula pituitaria.
- * El Ritalin puede causar atrofia y otras anomalías permanentes en el cerebro.
- * El Ritalin es adictivo y puede devenir en el paso natural de otras adicciones.

Éstas son sólo algunas evidencias de varios estudios recientes con respecto a una sola droga de tres que se suministran a niños diagnosticados con TDA. Que actualmente ya es tomada en cuenta por importantes sectores de salud a nivel mundial y nacional así la vicepresidenta de Asuntos de Latinoamérica de la Comisión de Ciudadanos por los Derechos Humanos Internacional,⁴⁸ Tulia Connan, dijo en conferencia que a millones de menores se les da un tratamiento médico injustificado con sedantes y tranquilizantes.

Desde 1995 cuando se asigna el actual nombre al trastorno en el DSM – IV, el consejo Internacional de Control de Narcóticos de la ONU pidió a los gobiernos que ejercitaran la máxima vigilancia para prevenir el sobrediagnóstico de TDA y el tratamiento médico injustificado.

A su vez, el representante para México, de la Comisión de Ciudadanos, Arturo Rivas por los Derechos Humanos Internacional insistió en que no se trata de una enfermedad y que por lo tanto sólo se está sedando a los niños para que estén tranquilos.

Aunque ambas versiones están confirmadas por innumerables estudios; por muchos profesionales respetados en su área y por un sin fin de investigaciones, lo más

⁴⁶ BREGGIN, Peter *Información vital acerca del Ritalin.* p. 2.

⁴⁷ *Idem.*

⁴⁸ NOTIMEX. *En México son sedados tres millones de niños.* p. 1.

importante es que si ya se está suministrando medicamento o se confirma que hay una base orgánica comprobable y el mejor tratamiento es el farmacológico es importante recordar que para una mejoría duradera, es necesario que los medicamentos se suministren conjuntamente con tratamientos que ayuden a fortalecer todas las áreas del niño, (interdisciplinariamente.)

Muchos expertos creen que los beneficios más significativos de larga duración aparecen cuando se combina la medicación con terapia de conducta, ayuda psicológica emocional y apoyo especializado psicopedagógico que permita el desarrollo de todas las áreas de dificultad la cual se puede proporcionar a partir de las inteligencias múltiples; así como el desarrollo de las destrezas, actitudes y aptitudes, el mejoramiento académico y sobre todo mejorar su autoestima y autoconcepto, si las personas que estamos en contacto con ellos los comenzamos a tratar como niños sobresalientes y no como niños con una patología.

En el asesoramiento psicopedagógico individual, el pedagogo ayuda a los niños o adultos con TDA a sentirse mejor respecto a sí mismos. El pedagogo también puede ayudar a personas con TDA a identificar y aumentar sus fuerzas, a hacer frente a problemas diarios y a controlar su atención y agresión; al crear propuestas de enseñanza - aprendizaje, que puedan guiar a padres, maestros y niños.

En la ayuda psicopedagógica de grupo, las personas aprenden que no están solas en su frustración y que otros quieren ayudar. Pero en muchos casos, debido a que el problema afecta a la familia así como a la persona con TDA, la familia entera puede necesitar ayuda. El psicólogo con la colaboración del pedagogo ayuda a la familia a encontrar mejores maneras de manejar los comportamientos perturbadores y promover el cambio a través de crear propuestas a partir de las características de los niños, maestros y padres y sus necesidades en el proceso de enseñanza - aprendizaje.

Por lo anterior, se crea en este trabajo una propuesta de intervención psicopedagógica, donde el niño aprenda con sus características y necesidades y se desarrolle en un ambiente favorable de comprensión y entendimiento por parte de los padres y maestros, esta propuesta surge a partir de alternativas como la *programación neuro lingüística*, la *musicoterapia*, la *gimnasia cerebral*, la *inteligencia emocional*, la *respiración*, la *relajación* y la *nutrición*; en base a las aportaciones del cognoscitivismo y humanismo, y así

lograr que el aprendizaje sea un proceso placentero y fascinante, que satisfaga su curiosidad intelectual y que los niños aprendan por un deseo personal.

De esta manera es necesario un tratamiento integral con la intervención de neurólogos, pedagogos, psiquiatras, médicos, pediatras, nutriólogos, para conformar una red de ayuda interdisciplinaria; que ponga las bases del adecuado diagnóstico para cada niño. Así conocer los signos y síntomas que presenta el niño diagnosticado con TDA con una base orgánica comprobable; las características a observar en el desarrollo habitual del niño; las posibles causas y la eliminación de éstas (en la medida de lo posible); además de conocer las consecuencias del trastorno en la formación del niño y en su vida personal; permitirá realizar y diseñar el tratamiento más adecuado para cada niño, aquel que desarrolle sus habilidades y capacidades permitiendo, no sólo que relaje su Sistema Nervioso, sino que se perfile como un niño sobresaliente en todas sus actividades, pero principalmente en la vida personal; sin la necesidad de utilizar un medicamento que podría no tener los resultados deseados a corto, mediano o largo plazo.

Para ello se requiere que el niño diagnosticado con TDA desarrolle sus capacidades, habilidades e inteligencias; para tal propósito, en el siguiente capítulo se presentan las aportaciones de las *Inteligencias Múltiples* de Howard Gardner; así como de *niños sobresalientes* de la Dra. Janet Sáenz, como principal herramienta para el cambio de visión ante el TDA, lo que permitiría observar a los niños como individuos con capacidades especiales y actuales y ya no como individuos con un trastorno o patología.

CAPÍTULO III

EL NIÑO SOBRESALIENTE DIAGNOSTICADO COMO NIÑO CON TDA

Como se ha visto a lo largo de los anteriores capítulos, el diagnóstico de un niño con Trastorno por Déficit de Atención debe ser preciso y detallado, por lo que es necesario llevarlo a acabo de manera interdisciplinaria para así, confirmar que un niño tiene TDA, con una base orgánica comprobable; de la misma forma el diagnóstico debe servir para detectar y excluir a aquellos niños que no tienen una base orgánica y que por lo tanto no se justifica la administración de medicamentos.

Actualmente existe una gran cantidad de niños diagnosticados con TDA y TDA/H, y que no presentan una base orgánica; los cuales son en su mayoría, (dado sus características y habilidades en áreas específicas), niños sobresalientes con problemas de conducta, debido principalmente a que en México las escuelas tradicionales obligan a los niños a desarrollar las inteligencias lingüística y matemática, y si el niño no sobresale se le etiqueta, se le dice que "ha fracasado", cuando en realidad se están suprimiendo sus talentos.

También se ha observado que los niños que han sido diagnosticados con TDA, tienen capacidades académicas sobresalientes en una o varias áreas, sin embargo aunque estos niños obtengan diez en sus exámenes, las calificaciones promediadas con la conducta y las tareas (las cuales suelen ser repetitivas) dan una evaluación insatisfactoria, especialmente para el niño, que al paso del tiempo al obtener bajas calificaciones y un sin fin de reportes, desiste del empeño en la realización de evaluaciones. "De todos modos siempre me reprueban".⁴⁹

Por lo anterior, esta nueva visión de niño sobresaliente, ha contribuido a que niños con un diagnóstico de TDA sin base orgánica y con un tratamiento farmacológico, tengan mayores expectativas académicas, evitando el fracaso escolar y personal; ya que han desarrollado las capacidades para cada área, pero sobre todo ha contribuido a un cambio de visión tanto de padres, maestros y del propio niño sobre sí mismo.

⁴⁹ PROGRAMA DE APOYO A LA COMUNIDAD ENEP ARAGÓN 2003-2004. Comentario realizado por uno de los niños atendidos en le PAC, diagnosticado con TDA a los seis años cinco meses, sin base orgánica el cual muestra exámenes de 10 y promedios en boleta de 6 debido principalmente a "la mala conducta" Como dato adicional éste niño puede leer libros en ingles.

Para lograr lo anterior en cada uno de los niños diagnosticados con TDA o que aparentemente pudieran tener el trastorno; en este apartado se desarrolla la definición de niño sobresaliente, las principales investigaciones y las reformas realizadas a nivel educativo en Estados Unidos, así como las aportaciones para la educación en México; del mismo modo se muestran las principales características que presenta el niño sobresaliente; así como las formas de tratamiento y atención. Todo lo cual permitirá observar la situación actual de los niños con aparente TDA pero que si no tienen una base orgánica comprobable, podrían ser niños sobresalientes a la espera del desarrollo de sus habilidades, talentos y capacidades; y aún cuando existiera una base orgánica, las aportaciones de niño sobresaliente permiten que se tenga una nueva forma de tratar y ver a los niños con TDA.

Así para observar las similitudes y diferencias entre los niños con TDA y los niños sobresalientes, se presenta en este apartado una encuesta realizada a padres y maestros que permite un mejor diagnóstico y como consecuencia un óptimo tratamiento. La aplicación de esta técnica de investigación permite observar entre otras cosas, la escasa información sobre el TDA, las opiniones sobre los niños con TDA y los niños sobresalientes, así como las opiniones sobre los tratamientos más adecuados para cada niño. Finalmente se realiza un análisis comparativo entre el diagnóstico, tratamiento y atención realizado los niños sobresalientes confrontado a los realizados para los niños con TDA, comprobando que los niños que actualmente son sobresalientes en algún momento fueron diagnosticados con TDA.

Por ello es necesario adentrarse más en este tema y así proporcionar una nueva visión del niño con TDA que permitirá ver a un niño pleno y feliz; pero sobre todo a un adulto sin las respectivas secuelas que se originan cuando se es diagnosticado con un trastorno.

3.1. CONCEPTO DE NIÑO SOBRESALIENTE

El concepto de niños sobresalientes se propone como tal desde principios de la década de los setenta, los estudios y las investigaciones se llevan a cabo principalmente en Estados Unidos, surgiendo a la par de las investigaciones realizadas para determinar el TDA y TDA/H así como los respectivos tratamientos farmacológicos; este nuevo concepto se origina al observar que la mayoría de los niños diagnosticados con

TDA y TDA/H son extremadamente hábiles en diferentes áreas académicas siempre y cuando sean de su interés y que permitan el desarrollo de su creatividad.

Por eso en 1952, La Oficina de Educación de Estados Unidos propone una definición de niños sobresalientes y talentosos como aquellos “quienes en virtud de sus capacidades son capaces de lograr un alto desempeño. Estos niños requieren programas y /o servicios educativos especiales más allá de los que proporciona el programa de la escuela regular con el objetivo de concretar su potencial contribución a sí mismo y a la sociedad; años después el Congreso de los Estados Unidos en 1978 formula su primera definición de niños sobresalientes y talentosos los cuales son identificados en la escuela, como poseedores de habilidades y potencialidades que dan evidencia de alta capacidad en áreas académicas intelectuales, liderazgo, psicomotor, musical, o en artes visuales y quienes por razones mencionadas, requieren servicios o actividades que generalmente no se proporcionan en la escuela.”⁵⁰

Estos primeros conceptos permiten distinguir a una nueva generación de niños con características y habilidades especiales, dando lugar a que los especialistas lo tomen en cuenta en el momento de realizar el diagnóstico para aquellos niños que se piensa tienen TDA.

Aunque las investigaciones parecen recientes, en realidad la observación de niños, jóvenes e incluso adultos sobresalientes, se realizó desde que se crearon las primeras pruebas de inteligencia por lo que desde 1920 el Dr. L. Terman definió que “la capacidad sobresaliente se da en aquellos cuya puntuación está en el 2% superior de las pruebas de inteligencia.”⁵¹ Es por ésto que actualmente el diagnóstico para niños que se sospecha tengan TDA y TDA/H requiere de la ejecución de diversas pruebas de inteligencia no con el fin de catalogar o etiquetar sino que permita la posibilidad de, que al no encontrar una base orgánica comprobable se pueda entonces diagnosticar como un niño sobresaliente y no como un niño con TDA.

En 1985, el Dr. Joseph Renzulli propone tres áreas necesarias para ser sobresaliente que son las habilidades generales superiores, la creatividad, y la perseverancia a su vez, el

⁵⁰ AMEXPAS. *Seminario Internacional Salud emocional: Un reto para el Sobresaliente*. p. 4 - 6

⁵¹ *idem*.

Dr. Paul Witty, propone que sobresalientes son aquellas personas cuyo desempeño es consistente y distinguido en cualquier área.⁵²

Por lo que se puede observar que los niños que actualmente son encasillados (antes de realizar un diagnóstico formal) por los padres y maestros como desordenados, inatentos e impulsivos; se debe en su mayoría a que son niños que captan rápidamente los nuevos conocimientos, por lo que la repetición les parece aburrida, así que inventan algunas formas de distraerse como jugar mientras los demás estudian lo que él ya sabe, o corren mientras los demás están sentados, aunque esto implique una sanción escolar.⁵³

Actualmente en México el concepto de niños sobresalientes lo proporciona la Dra. Janet Sáenz⁵⁴ en el primer seminario internacional de niños sobresalientes que se llevó a cabo en el 2000; ella explica que los niños sobresalientes y talentosos son aquellos niños que son claramente superiores a sus compañeros en desenvolvimiento académico, talento creativo y/o otras áreas.

Este punto permite una nueva visión acerca de los niños diagnosticados con TDA y TDA/H, ya que como hemos visto, la mayoría de estos niños, tienen gran capacidad académica, sin embargo los parámetros de calificación y no de evaluación rechazan y reprenden a aquellos niños que preguntan más de lo debido, que no están sentados y callados o que simplemente se aburren al no permitirles crear, pensar e investigar por ellos mismos; por lo que el sistema de calificación no es nada benévolo con estos niños ya que cada mal comportamiento exige un recordatorio de "cómo comportarse" en la escuela, el cual se ve impreso en las boletas mensuales y por ende en las bajas calificaciones que repercuten no sólo en el área académica, sino personal y familiar.

Los niños al ver que aunque en los exámenes obtienen una excelente calificación, el resultado no se plasma al final y al contrario los "puntos menos" desmerecen sus esfuerzos, originando apatía a tal grado de no querer esforzarse más ya que "de todas maneras los van a reprobar."

Por lo que, si después de hacer el diagnóstico adecuado y al no encontrar un factor orgánico comprobable, se opta por darle un tratamiento de atención a partir de la visión

⁵² AMEXPAS *Op. Cit.* p. 4-6.

⁵³ Es importante mencionar nuevamente que el presente trabajo no propone la modificación del mapa curricular o de los contenidos de las materias sino que se plantea que esos mismos contenidos pueden ser abordados de una forma interesante para el alumno, que permita no sólo ser receptor de la información sino creador de su propio aprendizaje

⁵⁴ SAENZ, Janet. *Seminario internacional de Niños Sobresalientes* p. 5

de niño sobresaliente; sería posible que los niños diagnosticados con TDA, desarrollen sus habilidades intelectuales así como una óptima aptitud académica, alto desempeño en pensamiento creativo, habilidad de liderazgo, habilidad psicomotora, aptitud para las artes visuales etc. así como sus intereses.

Con el paso del tiempo, la definición de niños sobresalientes ha ido conformando un concepto detallado que (a diferencia del concepto aún no definido del TDA) trata de manera integral al niño; por lo que para el propósito del presente trabajo se retomará la definición de niño sobresaliente propuesto por la Dra. Janet Sáenz desarrollada en México de los niños sobresalientes y talentosos siendo aquellos que superan claramente a sus compañeros en desenvolvimiento académico, talento creativo y /o, otras áreas.

Además de complementar la definición que permite la identificación de estos niños, basada en las “Ocho inteligencias” del Dr. Howard Gardner,⁵⁵ en que apunta que los niños que destacan en una, dos o más de estas ocho áreas, están considerados como sobresalientes y requieren de programas de enriquecimiento, dentro de su aula regular o además de su programa educativo normal.

3.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS SOBRESALIENTES

Las anteriores definiciones de niños sobresalientes abren una oportunidad para trabajar de manera conjunta con especialistas que permitan una visión diferente de los niños diagnosticados con TDA, ya que las características que se observan en niños altamente sobresalientes son comunes a las características reportadas como signos y síntomas de los niños con TDA y TDA/H.

Las principales características comunes en niños sobresalientes las traduce para México la Dra. Janet Sáenz en el Seminario Internacional las cuales son las siguientes:

- * Amplio vocabulario y con complejidad.
- * Frases con estructura sofisticada.
- * Comprensión.
- * Periodos de atención prolongada y persistencia.
- * Sentimientos y acciones intensas.
- * Amplio rango de intereses.
- * Gran curiosidad; preguntas ilimitadas.
- * Le gusta experimentar.

⁵⁵ AMEXPAS *Segundo Seminario Internacional. Óptimo potencial: Cómo desarrollarlo en Niños y Jóvenes.* 2003. p 12

- * Tendencia a combinar ideas o cosas en formas inusuales (pensamiento divergente.)
- * Capacidad de adquirir habilidades básicas rápidamente y con mucho menos práctica que los compañeros.
- * Auto – enseñanza de lectura y escritura en etapa preescolar.
- * Sentido de humor extraordinario; puede utilizar frases de doble sentido.
- * Le gusta organizar personas y cosas (a veces por medio de juegos complejos.)
- * A veces tiene compañeros imaginarios.

Dado las anteriores características de estos niños es posible pensar que el niño se aburre con temas que inmediatamente aprende o que esté inquieto en el salón de clases si tiene que esperar a que se le permita preguntar o en el mejor de los casos investigar; también es comprensible que no ponga mucha atención ante algún tema que podría ser interesante pero que la forma de enseñarlo no llama su atención, ni desarrolla su creatividad.

Si los maestros y los padres de los niños diagnosticados con TDA toman en cuenta todos estos elementos observarían que la hiperactividad, la inatención y la impulsividad son los síntomas no de un trastorno sino de la falta de atención a sus necesidades y habilidades específicas; que al no ser cubiertas y desarrolladas pueden detonar grandes consecuencias, que después se busca solucionar con medicamento, cuando éste no es necesario.

Por lo anterior la Dr. Sáenz, proporciona las características generales del niño sobresaliente en edad preescolar, que son:

- * Mucha energía.
- * Mucha curiosidad.
- * Buen uso del espacio.
- * Tendencia al liderazgo.
- * Ideas únicas y originales,
- * Sentido de preguntarse acerca de cosas.
- * Preocupación por los problemas sociales o sobre el futuro.

Estas características definitivamente se observan en los niños que actualmente son diagnosticados con TDA y TDA/H y que al no encontrar una manera de “calmarlos” o “tranquilizarlos” se les realiza un electroencefalograma en donde en la mayoría de los resultados no indican ninguna base orgánica comprobable, pero sí se les medica; por lo tanto si los padres de familia y los maestros tomaran en cuenta estas características, podrían encontrar una alternativa que permitiera el óptimo desarrollo de los niños sin necesidad de utilizar fármacos.

Otra de las divisiones de las principales características de los niños sobresalientes se da a partir de las distintas formas de talento,⁵⁶ como por ejemplo el talento psicomotor en donde el niño demuestra un alto nivel de energía; el talento visual - artístico se exhibe la expresión creativa; el de liderazgo en el que se observa que tiene confianza en sí mismo; el pensamiento creativo en el cual no le importa ser distinto al montón; la habilidad intelectual general en donde además de aprender rápidamente es emprendedor y la habilidad académica específica en la cual tiene gran éxito en áreas de interés especial.

Todas estas características (las cuales se detallarán más adelante), permiten que los maestros y los padres, así como los especialistas, ya sea neurólogos o psiquiatras a reunir elementos que permitan modificar el concepto de TDA y TDA/H por el de niños sobresalientes y una vez definido éste, permitir una adecuada atención así como el óptimo tratamiento que permita el desarrollo del niño en cualquier ámbito.

3.3. FORMAS DE TRATAMIENTO Y ATENCIÓN

Si se retoma la definición de niño sobresaliente dada anteriormente por las aportaciones de la Dra. Janet Sáenz como la de aquellos niños que superan claramente a sus compañeros en desenvolvimiento académico, talento creativo y/o, otras áreas. Estas áreas proporcionadas por la Dra. Janet Sáenz en el Seminario Internacional de Salud Emocional; son importantes mencionarlas detalladamente para desarrollar la atención necesaria respecto a los niños sobresalientes, la cual debe ser proporcionada por los padres y los maestros así como con la ayuda de pedagogos o psicopedagogos.

El *área intelectual académica* se caracteriza en los niños que presentan un alto nivel de energía, están atentos y alertas, por lo que duermen menos, pareciera como que nada les cansa; tienen un vocabulario avanzado para su edad cronológica, que es lo que desespera a la mayoría de los maestros que no tienen la formación pedagógica adecuada para responder eficazmente a cada una de las preguntas que seguramente hacen a lo largo de la clase.

Los niños que tienen gran capacidad en el área intelectual, aprenden rápidamente debido entre otras cosas a que han desarrollado una gran curiosidad; les gusta preguntar por todo, investigar todo; coleccionan cosas que para los padres parecerían absurdas

⁵⁶ AMEXPAS *Op. cit.* p 11.

(lombrices, plumas de aves, rocas, etc.); les gusta estar con niños mayores de edad y adultos mayores como sus abuelos ya que ellos entienden mejor lo que quieren decir o hacer; que los niños de su edad (además de que con estos niños se aburren o se sienten diferentes.)

En esta área, los niños sobresalientes tienen periodos largos de atención principalmente en actividades que permiten desarrollar su sentido del humor un tanto maduro, en donde no existe la rutina, pero sobretodo que les permita acumular información; prefieren las experiencias nuevas; no les gusta la injusticia por lo que tienen un sentido (un tanto idealista) de justicia, es muy común que sean impulsivos ante algún acto que les indigne por lo que algunos adultos los etiquetan como irreverentes, sin modales, groseros, ya que no se detienen a pensar lo que sienten, esto crea grandes problemas tanto en la escuela como en la familia principalmente tradicionalistas.

En el *área de creatividad* los niños sobresalientes hacen las cosas a su propia manera, lo que generalmente enfada a los padres (“es que no me hace caso”, “le digo que haga algo y lo hace todo al revés” etc.); como no les gusta las actividades de grupo prefieren trabajar solos, además de que no son conformistas, experimentan con todo lo que tienen a la mano, esta característica pone en alerta a la mayoría de los padres que eligen la utilización de fármacos para que los “tranquilice” cuando el niño empieza a experimentar con fuego u otros elementos que le pueden causar algún daño y que hay que aclarar que no lo hacen por lastimarse sino para experimentar.

Los niños sobresalientes en esta área inventan muchas maneras de hacer algo diferente cada día ya que son muy imaginativos y producen ideas originales tienden a responder de una manera inesperada o se resisten a seguir órdenes, esto crea un gran conflicto a nivel escolar ya que “si no obedece se le bajan puntos en la calificación final...” y como a los maestros se les califica por el “comportamiento” de sus alumnos lo más fácil es pedir la realización de un electroencefalograma que justifique la ineficacia del sistema a partir de un diagnóstico de TDA.

La siguiente área descrita por la Dra. Sáenz, es el *área de liderazgo* en donde al niño sobresaliente lo buscan mucho sus compañeros por sus ideas y decisiones y aunque asume la responsabilidad generalmente tiene problemas con los maestros porque “es muy platicador”, “alborota a todos los niños”, “le hacen más caso a él que a mí”, lo que implica una falta de autoridad y seguramente un reporte más.

En el *área de música* el niño sobresaliente inventa melodías originales; le gustan las actividades musicales; responde con sensibilidad a la música, repite fácilmente los patrones de música, por lo que es común escuchar que repitan íntegramente las tonadas utilizadas en los comerciales o de alguna canción que escucharon hace tiempo y que recuerdan a la perfección por lo que para muchos padres parece imposible que sus hijos no puedan recordar lo que vieron en la clase de matemáticas etiquetándolos como niños con Déficit de Atención.

Por último la Dra. Sáenz describe las características del *área de psicomotricidad* en donde el niño muestra una enorme cantidad de energía física, tiene gran interés en la danza, ritmos y algunos deportes; por lo que es difícil que permanezca sentado por más de cinco minutos, este punto es el principal motivo por el que se le diagnostica a un niño con hiperactividad y que por lo tanto justifica para algunos especialistas la utilización de fármacos. El niño sobresaliente siente un reto hacia actividades atléticas con cierto grado de dificultad, es común verlo trepado en los árboles, los postes de luz, saltar de niveles altos o deslizarse por los barandales y si todo esto lo realiza en la escuela, seguramente habrá un reporte más en la larga lista.

Todas las anteriores áreas descritas por la Dra. Sáenz permiten a los padres, maestros y especialistas crear alternativas de atención, además de un adecuado apoyo, para lograr el desarrollo en cada área. Para complementar la definición anteriormente dada que permite la identificación de los niños sobresalientes, se utilizará la aportación del Dr. Howard Gardner,⁵⁷ basada en las "Inteligencias Múltiples" en que apunta que los niños que destacan en una, dos o más de estas ocho áreas, están considerados como sobresalientes y requieren de programas de enriquecimiento, dentro de su aula regular o además de su programa educativo normal.

Howard Gardner⁵⁸ ha nombrado ocho inteligencias y propone que éstas sean incluidas en el currículum para abarcar a todos los alumnos y la extensión de su pensamiento y potencial de aprendizaje. Siendo una atención integral que permita el desarrollo de las inteligencias de todos los niños, no segrega ni etiqueta, no modifica el

⁵⁷ AMEXPAS. *Segundo Seminario Internacional. Óptimo potencial: Cómo desarrollarlo en Niños y Jóvenes.* 2003. p 12

⁵⁸ GARNER, Haward. *Op. cit.* p. 40.

currículum sino que tiende a mejorarlo y por supuesto evita la utilización de fármacos con un alto grado de eficacia; estas inteligencias se resumen en la siguiente lista:

Inteligencia **musical / rítmica**. Los niños desarrollan habilidades y talentos musicales para distinguir el tono, intensidad, melodía y ritmo. Para poder lograr el objetivo educativo a partir del desarrollo de esta inteligencia los maestros y los padres pueden relacionar la información con ritmos y melodías o incluir música en el ambiente y así tener acceso a esta inteligencia.

La inteligencia **corporal / kinestésica**. Los niños aprenden a través del tacto y movimiento. Si en lugar de limitarlo o castigarlo porque “no está tranquilo” el maestro involucrara movimientos y actividades manuales, representaciones mímicas y muchas manifestaciones físicas y artísticas que proveen acceso a esta inteligencia.

La inteligencia **interpersonal**. Los niños aprenden desarrollando empatía y conexiones con otros seres humanos, si se permite que los niños hagan equipos en donde la discusión y resolución de problemas permitirían el desarrollo de esta inteligencia.

La inteligencia **intrapersonal**. Los niños aprenden a través de una extrema conciencia de sus propios intereses, habilidades y capacidades. Si el maestro desarrolla la autoestima de los niños e incluso permite que se den los procesos de autoevaluación sobre sus trabajos haciendo la clase más afectiva, se estará desarrollando esta inteligencia.

La inteligencia **visual / espacial**. El niño aprende por medio de la percepción tridimensional de la realidad. Los maestros podrían utilizar medios audiovisuales, expresión artística, colores en los mapas de historia, etc.

La inteligencia **lógico / matemática**. Los niños aprenden a través de razonamiento y lógica. Si los maestros logran relacionar números, lógica, cálculo con las habilidades de pensamiento crítico podrán cubrir el objetivo educativo que pretenden.

La inteligencia **verbal / lingüística**. Los niños aprenden usando las habilidades del lenguaje. Las habilidades como leer, escribir, tener buena ortografía; así como la oratoria y otras habilidades de composición son todas parte de esta inteligencia.

La inteligencia **naturalista**. En esta inteligencia los niños aprenden a través de la observación de las maravillas de la naturaleza; por lo que si los maestros desarrollan actividades de observación, experimentación, exploración, etc., dentro del salón de clases, permitirían el desarrollo de esta inteligencia.

Las anteriores inteligencias descritas por Howard Gardner, permiten llegar al objetivo educativo planteado por el plan de estudios sin la necesidad de cambiarlo.

Actualmente el desarrollo de las inteligencias múltiples es el tratamiento adaptado al salón de clases y al ambiente familiar, más eficaz que además de permitir el desarrollo de las diferentes áreas en los niños sobresalientes, posibilita que los niños que son diagnosticados con TDA y TDA/H, pero que no tienen una base orgánica comprobable y que por lo tanto no necesitan medicamentos tengan un tratamiento adecuado a sus necesidades a la par de sus compañeros.

Las inteligencias múltiples desarrolladas para los niños que actualmente son mal diagnosticados con TDA y TDA/H pero que en realidad son niños sobresalientes, que junto con diversas alternativas actuales psicopedagógicas permitiría la eliminación de los fármacos así como la erradicación de los síntomas (hiperactividad, impulsividad, falta de atención, etc.) que actualmente tienen los niños con aparente TDA, como una alternativa de otras que se mencionarán más adelante.

3.4. SITUACIÓN ACTUAL DE LOS NIÑOS CON APARENTE TDA

Precisamente estos niños con capacidades especiales, sobresalientes y talentosos son los que llegan a los consultorios de los psiquiatras, neurólogos y demás especialistas para atención principalmente farmacológica, debido a que en las escuelas se les pide a los padres un documento que justifique su conducta el cual tienen que ser validado oficialmente para evitar los continuos reportes a la dirección, las largas quejas de los maestros a los padres y por supuesto para evitar la responsabilidad de los maestros de adaptar sus clases a un nuevo y mejor modelo didáctico que permitiera el desarrollo de las áreas de talento e inteligencia de los niños.

Muchos de estos niños son diagnosticados erróneamente dado algunas características como problemas en el aprendizaje, ansiedad, hiperactividad, impulsividad o falta de atención, las cuales hacen pensar a los padres o maestros, que el niño puede tener un trastorno por déficit de atención, por lo que se le realiza el electroencefalograma que anteriormente ya se ha mencionado y que en la mayoría de las ocasiones no se detecta ninguna problemática en el ámbito orgánico ni se observa ninguna alteración a nivel neuronal además de no encontrar elementos físicos que respalden la utilización de los medicamentos; sin embargo los actuales enfoques dados por la medicina proponen

como la solución más eficaz a corto plazo la utilización de fármacos los cuales, según investigaciones recientes, sí tienen repercusión a largo plazo a nivel orgánico.

Así el Dr. Eduardo Barragán⁵⁹ presenta una lista de algunos de los tantos efectos adversos en la utilización de los diferentes medicamentos administrados de manera independiente o conjunta para los niños diagnosticados con TDA y TDA/H como por ejemplo la sedación o sueño en un porcentaje del 35% de los niños a los que se les suministra medicamento; ataxia o marcha tambaleante en un 20%; vértigo o sensación de dar vueltas en un 17%, náuseas en un 14%; vómito en un 14%; leucopenia o disminución de los defensores del organismo en un 10%; baja de plaquetas en un 7%; y ronchas en un 24%; todos estos efectos pueden presentarse en un solo niño a partir de la utilización de los diferentes medicamentos.

Sin embargo éstos son sólo algunos de los efectos secundarios a nivel orgánico, pero hay que recordar que todos somos seres integrales y las repercusiones no sólo se dan en el ámbito orgánico, sino emocional, familiar, espiritual, psicológico, etc.

Así los niños manifiestan actitudes específicas que tienden a empeorar la situación por la que transitan; aunado al hecho de que al niño se le dice que tiene una enfermedad y que tiene que tomar sus medicinas todos los días; que tiene que visitar al doctor (la mayoría de los niños detestan ir al médico); que tiene que realizarse exámenes generales de laboratorio, como una biometría hemática completa o pruebas de funcionamiento hepáticos; etc., aunado a un sentimiento de incompreensión del que se siente objeto al ser diferente a sus demás compañeros.

Todo lo anterior podría orillar a que el niño tomara algunas de las siguientes actitudes descritas por la Dra. Janet Sáenz,⁶⁰ por ejemplo de que prefiera no terminar o entregar proyectos o trabajos, que cumplir con las expectativas de otras personas; que manifieste rebeldía o apatía ante las expectativas de sus padres o maestros; que para quitarse el control de los padres y/o maestros exprese frustración o enojo en contra de ellos; el niño puede evitar tomar riesgos para mantener a salvo su imagen; además puede tener la sensación de depresión o sentimiento de que nadie lo entiende o valora y por lo

⁵⁹ BARRAGÁN, Eduardo. *Op.cit.* p. 156.

⁶⁰ AMEXPAS. *Op. cit.* p. 12.

tanto un comportamiento de mayor aceptación con sus compañeros, pero, que llame la atención de sus padres, para en el fondo recibir ayuda.

Si a todos estos niños que han sido diagnosticados erróneamente con TDA y TDA/H se les comenzara a tratar como niños sobresalientes y talentosos, claramente superiores a sus compañeros en desenvolvimiento académico, talento creativo, etc. llegaría el momento en que no se presentaría ninguno de los efectos secundarios anteriormente descritos.

Sin embargo la primer limitante de que este diagnóstico cambie para la mejoría de los niños, es precisamente la falta de información sobre el tema por parte de las personas que están en constante convivencia con los niños (padres y maestros) y, precisamente son estos últimos los que detectan el problema y al no tener los conocimientos, el tiempo o las habilidades para tratarlos adecuadamente son canalizados con un pre - diagnóstico de hiperactividad.

En una encuesta⁶¹ realizada a maestros y padres de familia las respuestas demuestran que, para el 57.14% de los maestros entrevistados, el Trastorno por Déficit de Atención, es “lo que le pasa a los niños inquietos, distraídos, que no aprenden que tienen falta de compromiso e incluso, que son los niños que están fuera de la realidad.”

Si partimos de este punto es lógico pensar que existan niños que han sido mal entendidos y como consecuencia su tratamiento no es el adecuado.

En esta misma pregunta el 14.28% de los maestros describe el TDA como un “trastorno a nivel neurológico” o como un problema del sistema nervioso, e incluso como un problema biológico. Lo cual demuestra que para los maestros el TDA es un problema y que no está en sus manos la solución, sino en manos de especialistas, sin embargo habría que preguntarse, cómo trabajan con los niños mientras los canalizan con los especialistas.

Parte fundamental de comenzar a reconocer a los niños sobresalientes con un mal diagnóstico de TDA, es precisamente dar información adecuada a los maestros y padres, así como de las características, las técnicas, los métodos de trabajo y el tratamiento para cada niño tanto en las aulas como en la casa; de niños con TDA así como de niños sobresalientes, esta información permitiría trabajar de manera adecuada con los niños que han sido mal diagnosticados.

⁶¹ Ver formato de cuestionarios para maestros en ANEXOS, pregunta 1

El concepto que, padres y maestros tienen sobre niños con TDA, es tan extremo como el que se tiene de niño sobresaliente,⁶² así el 45.23% de los maestros explica que un niño sobresaliente es aquel “que no tiene problemas, que vive en una familia unida, que hace las cosas bien, que trabaja rápido o que hace todo lo que le dicen sus mayores”. Por su parte el 76.47% de los padres⁶³ expresó en general que un niño sobresaliente eran aquel “que se portaban bien y que obtenía buenas calificaciones, diez en todo, buena conducta, buen comportamiento, un buen hijo.”

Este punto demuestra que la actual situación de los niños con aparente TDA está permeada por el desconocimiento general a lo que en realidad se enfrentan los niños; que la escasa información acerca del Trastorno del Déficit de Atención en los maestros y padres les crea confusión; pero principalmente a los niños los cuales, al no tener las bases para trabajar con ellos, son relegados del grupo y tratados como niños problemáticos.

Por lo que se requiere de una adecuada información para los maestros y padres de familia, que permita una clara especificación del Trastorno por Déficit de atención y TDA/H así como de niños sobresalientes; sus características, diagnóstico, tratamiento, y alternativas de ayuda no sólo por parte de los especialistas sino principalmente por parte de las personas que conviven cotidianamente con los niños.

De esta manera, se podría comenzar a utilizar el tratamiento adecuado como el desarrollo de las áreas de talento, las inteligencias múltiples y un sin fin de actividades psicopedagógicas de intervención, las cuales se describirán más adelante y que además lograrían el desarrollo integral del niño; por lo que sería importante identificar y detectar a aquellos niños que son diagnosticados con TDA pero que no tienen una base orgánica comprobable y que por lo tanto son niños sobresalientes; siendo también importante identificar a los que sí tienen una base orgánica comprobable, para apoyarlos de igual manera.

Y así llevar a cabo la utilización de todas estas alternativas las cuales pueden llegar a transformar la vida de cualquier niño ya sea que tenga TDA con una base orgánica comprobable o no.

⁶² Ver formato de cuestionarios para maestros en ANEXOS pregunta 9.

⁶³ Ver formato de cuestionarios para padres en ANEXOS, pregunta 6.

3.5 SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE NIÑO CON TDA Y NIÑO SOBRESALIENTE.

Para determinar las similitudes y diferencias entre los niños con TDA y los niños sobresalientes se aplicó una técnica de investigación de campo (encuesta realizada mediante el diseño de cuestionarios),⁶⁴ a maestros de primaria y a padres de familia que tienen un niño diagnosticado con TDA o TDA/H. La población elegida es parte fundamental en el diagnóstico del TDA ya que se les puede brindar un mejor y adecuado tratamiento a los niños con una base orgánica comprobable o sin ella; de esta forma es posible identificar a niños mal diagnosticados con TDA y que en realidad son sobresalientes.

Por lo anterior, este instrumento se realizó con la finalidad de recabar información básica y necesaria acerca de lo que piensan, creen y saben los maestros y padres sobre el Trastorno por Déficit de Atención y sobre Niños Sobresalientes.

No es objetivo de este instrumento obtener respuestas científicas o técnicas por parte de los encuestados, ni el de obtener definiciones exactas, sino de observar cuál es la visión y postura de los maestros y padres acerca de estos dos temas, lo que permitiría comprobar que la información adecuada y previa es básica para un buen diagnóstico y sobre todo para el adecuado tratamiento de un niño con TDA.

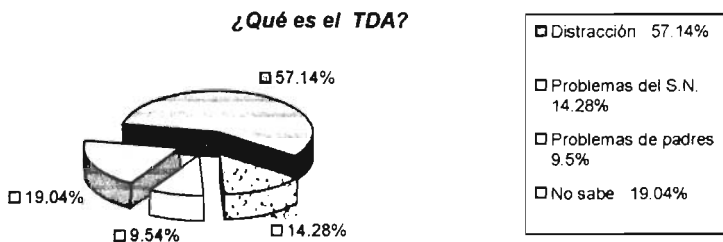
El instrumento fue aplicado a 50 maestros del "Curso de nivelación pedagógica para maestros de escuelas primarias," de los cuales sólo se tomaron en cuenta 42, ya que el resto, no fueron contestados de manera clara o sería por parte de los mismos. De igual forma se

⁶⁴ CEA D'Ancona, María de los Ángeles. *Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social*, pp.239 – 291. "La encuesta constituye una estrategia de investigación basada en las declaraciones verbales de una población concreta. [...] el diseño del cuestionario, permite abarcar un amplio abanico de cuestiones en el mismo estudio; facilita la comparación de resultados al basarse en la estandarización y cuantificación de las respuestas. La encuesta por medio de la administración del cuestionario, permite la consecución de un mayor porcentaje de respuestas. Se obtienen respuestas de mayor calidad y espontaneidad. En este instrumento de investigación se realizaron **preguntas cerradas** ya que éstas, dan la posibilidad de centrar las respuestas de los encuestados a aquellas opciones consideradas relevantes y relacionadas con la pregunta; permite una mayor comparación de las respuestas, al encontrarse éstas en los mismos términos. Del mismo modo, se realizaron **preguntas abiertas** ya que éstas permiten que la persona pueda expresarse con sus palabras: finalmente en las preguntas abiertas, se buscaron en las diversas respuestas términos comunes para que, en función de ellos, se agrupen en un número reducido de **categorías**. El número de categorías resultante, dependerá de la variabilidad de las respuestas, y los objetivos de la investigación, cada categoría debe incluir un número considerable de respuestas similares "

*Ver formato de cuestionarios en ANEXOS.

aplicaron 34 cuestionarios a padres con niños diagnosticados con TDA o que se sospecha de éste; así considerando la frecuencia de las respuestas de los 10 reactivos de los cuestionarios, se realizaron diversas categorías en todas las preguntas abiertas para facilidad del lector.

En el *primer reactivo* realizado a los **maestros**, se solicitó que escribieran *¿qué es el Trastorno por Déficit de Atención?* En esta pregunta abierta, los maestros tuvieron respuestas variadas; sin embargo es posible agruparlas en cuatro categorías principales:



distracción (1); *problemas del Sistema Nervioso* (2); *problemas familiares o relacionados con los padres*(3) *y los que no saben* (4).

Con un 57.14% las respuestas que indican alguna característica mal entendida de los niños diagnosticados con TDA, las cuales van desde “niños con inquietud, con distracción, alumnos con falta de atención, con bajas calificaciones e incluso respuestas extremas como niños que están fuera de la realidad.”

Un 14.28% de los maestros, dieron respuestas relacionadas con problemas de tipo orgánico, como por ejemplo, que el TDA es un problema biológico, problema neurológico, o problemas relacionados con el sistema nervioso.

Un 19.04% de los maestros comenta que no están seguros de lo que es el Trastorno por Déficit de Atención, algunos han escuchado hablar del tema, pero no saben describirlo.

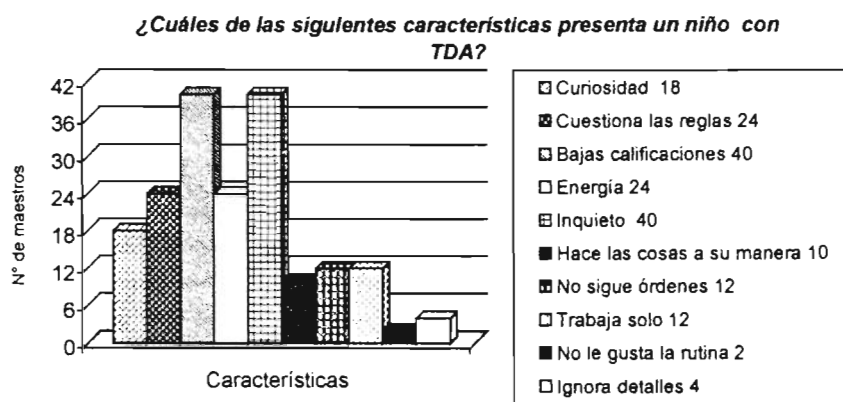
Finalmente un 9.54% de ellos respondió que es un “problema familiar, por causa de padres separados o falta de atención de los padres e incluso que es por culpa de la televisión.”

Estas respuestas muestran que la mayoría de los maestros desconocen el término o que saben muy poco al respecto; sin embargo el índice de niños diagnosticados con TDA

va en aumento, por ello la importancia de conocer acerca del tema antes de encasillar a un niño.

En el reactivo *número 2*, se solicitó a los maestros que eligieran algunas de las *características que presenta un niño con Trastorno por Déficit de Atención*, en esta pregunta de opción múltiple, los maestros tuvieron la oportunidad de elegir diversas características, las cuales presentan actualmente la mayoría de los niños, tengan o no TDA.

Estas características fueron propuestas previamente, así todos los maestros eligieron más de cuatro categorías en el mismo cuestionario, por lo que para una mejor interpretación y observación por parte del lector, se utilizaron (para esta y otras preguntas abiertas), las gráficas de barras, en donde los valores se realizaron por número de respuestas elegidas y no por porcentajes, obteniendo así la siguiente gráfica.



Así 40 maestros creen que un niño diagnosticado con TDA, es aquel que tiene *bajas calificaciones*, además de ser *inquieto*, ya que "es difícil que permanezca sentado por más de cinco minutos."

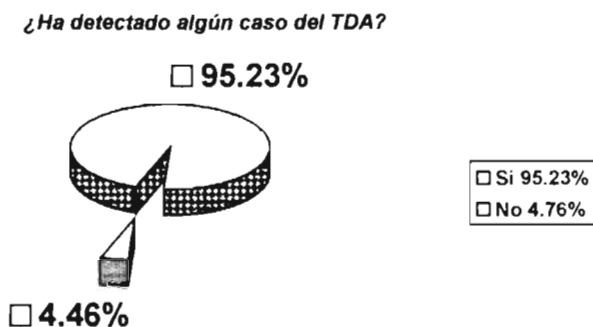
Estas dos respuestas (ambas elegidas por 40 maestros) demuestran que la dificultad principal para los maestros es trabajar en el salón de clases, donde es necesario tener control y orden de grupo.

Sin embargo las características principales de un niño diagnosticado con TDA según las investigaciones de la Dra. Irma Alvarado son aquellas que tienen un menor

porcentaje de elección por parte de los maestros, por ejemplo que al niño *no le gusta la rutina* elegida sólo por 2 maestros y que *ignora los detalles* elegida por 4 de ellos; ésto debido principalmente a “que al niño le es difícil centrar su atención en un estímulo y concentrarse en él.”⁶⁵ Así la idea que se tienen sobre las características de un niño con TDA no se basan en la información del tema sino en los supuestos sobre éste.

Algunas otras características de elección por parte de los maestros como *resistirse a seguir órdenes o trabajar solos*, tienen un mismo número de elección (12), siendo estas características principales para el Dr. Eduardo Barragán que explica que el TDA “ es un conjunto de manifestaciones clínicas que afectan [...] la conducta de los niños.”⁶⁶ Lo anterior hace evidente que la desinformación puede originar una percepción errónea acerca de los niños que tengan o no TDA.

Dado las anteriores respuestas proporcionadas por los maestros, es interesante observar las respuestas proporcionadas al *reactivo número 3* en donde se les preguntó si *¿han detectado algún caso del Trastorno por Déficit de Atención?* obteniendo las siguientes categorías y porcentajes:



Así el 95.23% de ellos *sí ha detectado un caso de TDA*, en el transcurso de su docencia. Sin embargo se observa que en general, sólo se tiene una vaga idea de lo que es el TDA, así como de sus características, por lo que es relevante analizar a profundidad los casos de niños pre - diagnosticados por los maestros; Ya que generalmente son los mismos, los que sugieren a los padres el tratamiento para sus hijos con un psicólogo o

⁶⁵ ALVARADO Rosas, I *Op. cit.*, p 35.

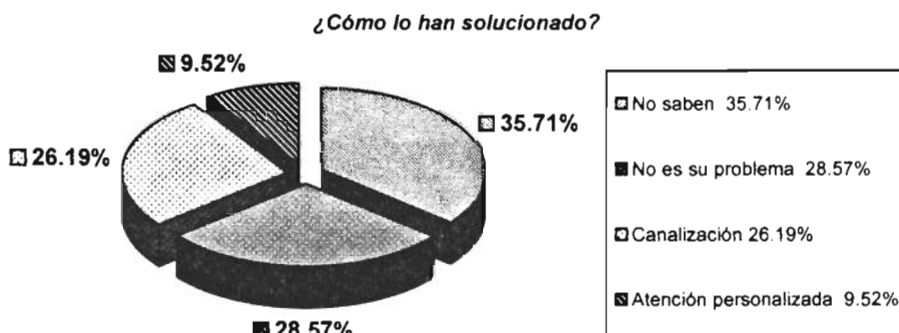
⁶⁶ BARRAGAN, Eduardo *Op. cit.* p 17

psiquiatra a partir de la errónea creencia de que el niño tiene un Trastorno por Déficit de Atención.

En esta pregunta se solicita que cada maestro especifique cuantos casos ha detectado con el TDA, las respuestas llaman la atención dado que hay maestros que dicen haber detectado a más 30 niños con TDA; por lo que es necesario hacer las siguientes preguntas: ¿cuáles fueron las características y métodos bajo los que pudieron detectar que un niño tiene TDA?, ¿estas características son propias de los niños con TDA o son propias de niños sobresalientes? y por último ¿cuál ha sido la manera de trabajar con el niño? es posible observar estas respuestas en el análisis de los siguientes reactivos.

Así las respuestas de la pregunta anterior sugieren que si los maestros han tenido en sus aulas a niños que aparentemente tienen TDA, en un noventa y cinco por ciento, para la actualidad se esperaría que estos niños tuvieran una adecuada atención e incluso que este trastorno tuviera una alternativa de solución, propiciada por los maestros hacia sus alumnos.

Sin embargo en el reactivo *número 4* se solicita que los maestros comenten *¿cómo lo han solucionado?* obteniendo las siguientes categorías según respuestas: *no saben, no es su problema, se canaliza, se les brinda atención personalizada*; con los siguientes porcentajes:



Las respuestas de esta pregunta no son nada favorables e incluso, llegan a ser desalentadoras, ya que un 28.57% de los maestros expresa por ejemplo que: “no nos corresponde a nosotros solucionarlos, sino a los padres”; “se encarga el director”; “se

realiza una platica con los padres para que pongan mayor atención a su hijo," "no es parte de nuestra labor académica."

Estas respuestas junto con otras de igual índole, indican claramente que los maestros no están dispuestos a tomar en sus manos una situación que amerite solución y tratamiento de forma inmediata; no es objetivo de este apartado cuestionar la ética de cada profesor ni su nivel pedagógico, sino exponer que en la mayoría de los casos, si un maestro no tiene la iniciativa de informarse y prepararse para situaciones como éstas, pueden generar futuros problemas a sus alumnos. Así un 35.71% de los maestros expresan que "no tienen información adecuada para ayudar" o que simplemente no saben.

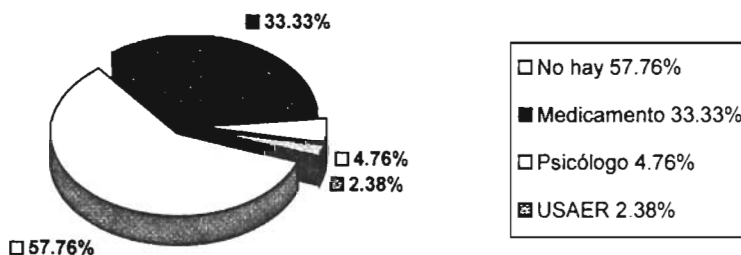
Sin embargo, un 26.19% de los maestros plantean respuestas que permiten observar que sí toman el problema en sus manos o que por lo menos buscan ayuda para solucionarlo, por ejemplo: dicen que "se canaliza al DIF"; "se canaliza con un psicólogo"; "USAER los atiende"; "trabajan con algún orientador."

Y en un menor porcentaje se encuentran los maestros que se interesan por ayudar a los niños, ellos explican que "trabajo más con ellos"; "les pongo más atención"; "platico con ellos"; "le doy mayor número de responsabilidades"; "lo hago sentir útil"; "trabajo con él los temas que no le quedaron claro"; "le dejó más tarea."

Estas respuestas confirman que la forma de tratar a un niño diagnosticado con TDA, no es sencilla y requiere de información completa sobre lo que es el TDA, y que si bien el diagnóstico y tratamiento requiere ser realizado por los profesionales correspondientes, la pieza clave para lograrlo, es la disposición, voluntad y vocación por parte de los maestros para hacer algo por los niños.

En el reactivo *número 5* se solicitó que los maestros escribieran *¿qué tratamiento han tenido los niños diagnosticados con TDA?*, siendo una pregunta abierta, que por sus respuestas da la posibilidad de englobar las mismas, así se observan las siguientes categorías y porcentajes.

¿Qué tratamiento han tenido los niños diagnosticados con TDA?



En esta gráfica se observa que un 57.76% de los maestros afirma que los niños *no han tenido tratamiento*, ellos explican que el principal motivo de esto, es que no se les ha diagnosticado como tal (niños con TDA), sino más bien niños rebeldes o con problemas familiares. Algunos maestros especifican que no han tenido tratamiento por parte de los maestros propiamente.

Un 4.76% de los maestros dice no saber si sus alumnos están llevando o no un tratamiento ya que "los padres no comentan acerca del tema" e incluso que "no es parte del trabajo saberlo" o que "desconocen" el tratamiento.

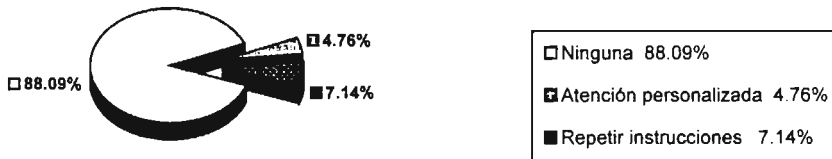
De igual manera un 4.76% de los maestros especifica que los niños están siendo tratados con un "psicólogo o terapia psicológica," pero que "desconocen el tratamiento que los psicólogos" están utilizando para con los niños; y un 2.38% de maestros comenta que sus alumnos son tratados por el USAER.

Por último un 33.33% de los maestros comentan que los niños diagnosticados con TDA, han tenido un tratamiento farmacológico, es decir "medicamento," lo cual indicaría que actualmente hay niños en edad escolar medicados, y según "La vicepresidenta de Asuntos de Latinoamérica de la Comisión de Ciudadanos por los Derechos Humanos Internacional, Tulia Connan dijo que a millones de menores se les da un tratamiento médico injustificado con sedantes y tranquilizantes[...] que lejos de favorecer a los menores, los atrofian."⁶⁷

⁶⁷ NOTIMEX. *En México son sedados tres millones de niños*. México 2001. p. 1.

Por lo anterior se solicitó que los maestros comentaran, en el reactivo *número 6* si a *parte del tratamiento ¿qué otras alternativas ha implementado para contribuir con el mejor aprendizaje de un niño con TDA?* encontrando las siguientes categorías y porcentajes:

¿Qué otras alternativas ha implementado para contribuir con el mejor aprendizaje de un niño con TDA?



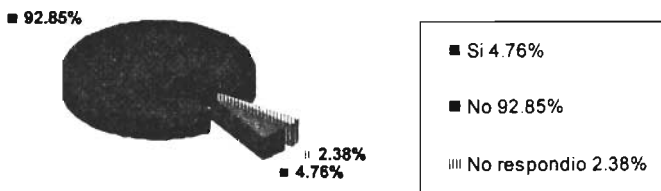
Esta es una de las preguntas en las que se observa que la información sobre el Trastorno por Déficit de Atención, no es del conocimiento de los maestros ya que el 88.09% explican que no han implementado ninguna alternativa, que no saben cuál es la mejor alternativa etc.

Un 4.76% de los maestros explica que les da atención personalizada, en donde se les proporciona a los niños “mucha paciencia y confianza,” finalmente un 7.14% de los maestros comenta que “repiten instrucciones sólo si creen que el niño lo necesita, o “dejan más tarea para que se entretenga en algo.”

Estas respuestas obligan a pensar en lo que sucede con los niños que se cree tienen TDA en el salón de clases, si no son atendidos por algún profesional; y además sobre qué actitud tienen los maestros hacia ellos y el nivel de compromiso de los mismos.

En el reactivo *número 7* se les preguntó a los maestros si creen que *están capacitados para ayudar a los niños diagnosticados con TDA*. Del mismo modo que en las anteriores preguntas, es posible englobar las categorías en tres principales:

Los maestros, ¿están capacitados para ayudar ante este problema?

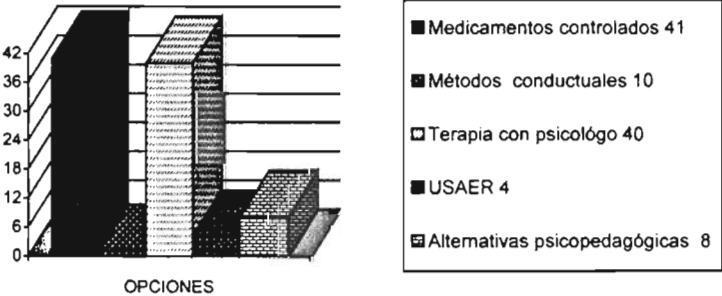


Se observa que el 2.38% de los maestros no contestó, el 4.76% de ellos respondió que los maestros sí están preparados para ayudar a los niños diagnosticados con TDA, pero "sólo en algunos casos." Y por último el 92.85%, expresa que los maestros no están capacitados para ayudar a los niños diagnosticados con TDA, ya sea por "la falta de información," o porque "no tienen apoyo por parte de los padres" o simplemente "porque no es parte de su formación."

De esta forma, se vuelve elemental analizar las siguientes preguntas; si los maestros, (que son los primeros en percatarse de que el niño no es como los demás niños, o que presenta una problemática en su conducta); no tienen la capacitación ni la información adecuada para tratarlo, ¿qué sucede con estos niños en el salón de clases?, ¿es posible que un mal diagnóstico esté segregando a estos niños y etiquetándolos como problemáticos?, ¿es posible que una información errónea y limitada no permita que los maestros observen a los niños ya no como problemáticos sino como sobresalientes?

Por lo anterior se solicitó a los maestros que nos dieran su opinión en el reactivo número 8, sobre la opción que consideraran más eficaz en el desarrollo de un niño con TDA, ya que si los maestros no están capacitados, alguien debe dar atención a estos niños; en esta pregunta de opción múltiple los maestros eligieron entre una serie de categorías propuestas previamente, por lo que tuvieron la oportunidad de seleccionar más de una opción, encontrando las siguientes respuestas, las cuales se graficaron no en porcentajes, sino en número de elección:

¿Cuál de estas opciones es la que considera más eficaz en el desarrollo de un niño con TDA?

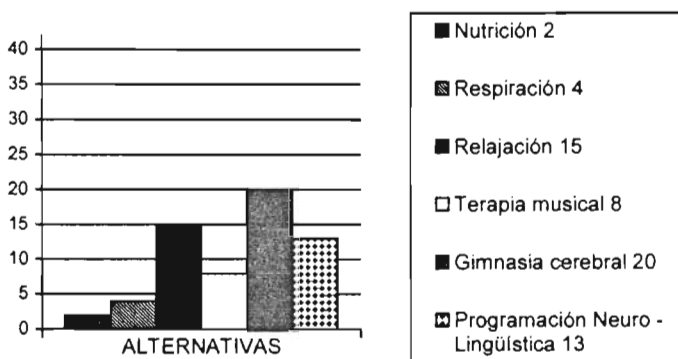


Esta pregunta de opción múltiple permite ver que para 41 de los maestros la opción más eficaz en el desarrollo de un niño con TDA es el *medicamento controlado*, así como la *terapia psicológica* elegida casi por la totalidad de los maestros que optaron por la anterior categoría (40 de ellos), ya que para los maestros estas dos opciones se pueden llevar a cabo conjuntamente, por lo que se podría analizar que para ellos el TDA es una enfermedad que requiere de medicación y por lo tanto la solución no está en sus manos, a pesar de que son ellos los que tratan con el niño por más de 5 horas diarias.

Las *alternativas psicopedagógicas* propuestas fueron elegidas sólo por 8 maestros, ya que si bien el TDA es un tema desconocido por los maestros, probablemente las alternativas de solución también.

En este mismo reactivo se solicita que los maestros elijan algunas de las alternativas psicopedagógicas de opción múltiple presentadas(en este reactivo se puede observar que los maestros eligieron más de una opción; e incluso maestros que eligieron todas las opciones) por lo que se puede observar los siguientes valores.

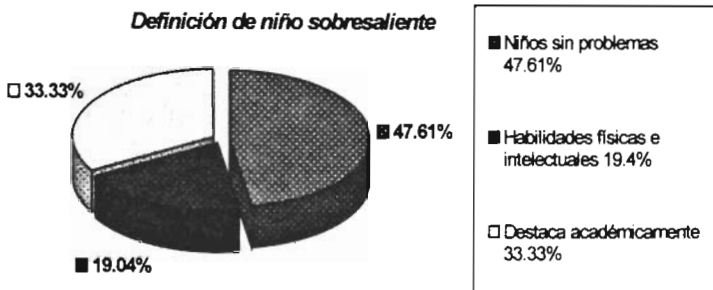
Alternativas psicopedagógicas



La alternativa psicopedagógica propuesta que tienen un mayor número de elección por parte de los maestros se observa que es la *gimnasia cerebral*, ya que como se observó en el reactivo número 1, para los maestros el TDA es un “problema del sistema nervioso central”, de igual modo la programación neurolingüística está apoyada por 13 de ellos. Es interesante ver que los beneficios de estas propuestas psicopedagógicas son

igualmente desconocidos para ellos y por lo tanto la elección es menor en la mayoría de las alternativas.

En el reactivo *número 9* se solicita que los maestros escriban *su definición de niño sobresaliente* y aunque para algunos de ellos no había relación entre niños con TDA y niños sobresalientes, todos los maestros dieron su opinión. En este punto hay que recordar que el propósito de esta pregunta no es obtener una definición exacta de niños sobresaliente sino de observar cuál es la visión de los maestros sobre estos niños, así las respuestas tienden a ser contrarias a la definición del Trastorno por Déficit de Atención, englobándolo en las siguientes categorías según sus respuestas:



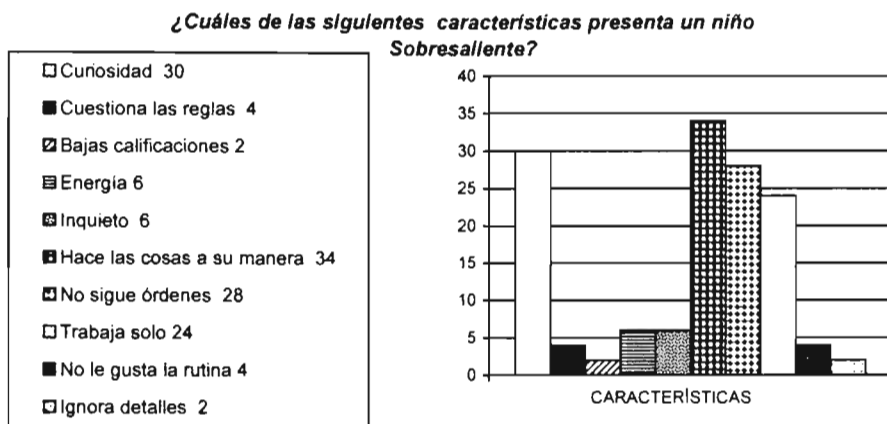
De esta forma, si para los maestros el niño con TDA, es aquel "con falta de compromiso", "inquieto" o "fuera de la realidad"; no así el niño sobresaliente que; por lo que se observa que los dos términos para los maestros son el lado opuesto de la moneda; lo correcto y lo incorrecto, en este caso, el niño sobresaliente, es definitivamente lo contrario que el niño diagnosticado con TDA y ni pensarse que un niño con TDA sea sobresaliente.

Así para el 47.61% de los maestros el niño sobresaliente es aquel que "no tiene problemas en casa", "el que se porta bien", "cumple con sus expectativas de vida", "alguien seguro de sí mismo" e incluso, aquel niño "que no le causa problemas a sus maestros, ni a sus padres". Para un 33.33% de los maestros el niño sobresaliente es aquel que "destaca académicamente", "que siempre obtiene buenas calificaciones", "el que cumple con todo", "aquel que es capaz de cumplir de manera ordenada con cada una de sus responsabilidades", "el niño que hace las cosas bien y rápido."

Finalmente para un 19.04% de maestros, un niño sobresaliente, es aquel que tiene habilidades o capacidades tanto físicas como intelectuales que le permiten desarrollarse a lo largo de la vida”, “un niño participativo y creativo”, “una persona autodidacta” o es aquel “niño que no espera a que sucedan las cosas, se adelanta a realizarlas,” etc.

Lo anterior pone de manifiesto que el concepto de niño sobresaliente se inclina más en el deber ser, sin embargo como se ha visto anteriormente los niños sobresalientes al no ser entendidos pueden presentar diferentes problemas en su carácter, aprendizaje y comportamiento, por lo que hay que recordar que ser niño sobresaliente no es ser niño perfecto como lo plasma los maestros en sus respuestas.

Del mismo modo que se solicitó que eligieran entre diversas características de niños diagnosticados con TDA, se les pidió a los maestros que en el reactivo *número 10*, eligieran algunas de las *características de niños sobresalientes* como se puede observar en la siguiente gráfica que los maestros eligieron más de una categoría, por lo que se encuentran respuestas con un mayor valor de elección,



Las características propuestas que presentan los niños sobresalientes son las mismas características presentadas para los niños con TDA, sin embargo las respuestas elegidas por los maestros son completamente contrarias, lo que apoya su concepto de niño sobresaliente anteriormente visto.

Para los maestros el niño sobresaliente es aquel niño modelo el cual no tiene problemas ni académicos ni familiares y que por lo tanto no “da problemas en la clase,” como ellos mismos lo expresaron en la pregunta anterior.

Así se observa que para 30 maestros, el niño sobresaliente es un niño *curioso* de su entorno, más no *inquieto* (elección proporcionada por 6 maestros); es un niño que *hace las cosas a su manera* (34); *se resiste a seguir órdenes* (28) y que *prefiere trabajar solo* elegido por 24 maestros.

Sin embargo las características con menor elección como *ignorar detalles* elegida sólo por 2 maestros y *bajas calificaciones* con el mismo número de elección, o que *no le gusta la rutina* (4); son características que pueden presentar los niños sobresalientes, ya que según la Dra. Janet Sáenz,⁶⁸ “los niños sobresalientes al adquirir información con mucha rapidez llegan a omitir detalles, son impacientes con la lentitud de otros por lo que no les gusta la rutina, ni la repetición; llegan a presentar falta de atención a los quehaceres que no se enfoquen a sus intereses, lo que puede acarrearle bajas calificaciones.

Estas características de niños sobresalientes que no fueron elegidas por un número de elección significativo por parte de los maestros, sí fueron elegidas para los niños con diagnóstico de TDA, sin embargo como se ha visto anteriormente, niños que son sobresalientes pueden presentar características de niños con TDA, por lo que cabría la posibilidad de que alguno de los niños diagnosticados con TDA fuera sobresaliente, de ahí la importancia de la información adecuada y oportuna sobre el tema que como se ha visto a lo largo de este cuestionario es mínima, pero máxima su consecuencia, en especial para los niños.

Pero hay que recordar que no todo es responsabilidad de los maestros, si bien son ellos los primeros en percatarse de que un “niño no aprende” o “no pone atención a la clase,” los padres son los primeros en observar a sus hijos y en ocasiones de compararlos con otros niños, lo que muchas veces origina angustia en los padres al no “poder controlar” a sus hijos.

De esta forma se realizó un instrumento de investigación (cuestionario), para los padres de familia, que al igual que en el cuestionario de los maestros, su objetivo primordial es el de encontrar características de niños diagnosticados con TDA, que no

⁶⁸ SAÉNZ, J. *Op. cit.* p. 10.

tienen una base orgánica comprobable y que seguramente son niños sobresalientes encasillados en “niños problema”. Así como el de analizar que la postura de los padres ante un diagnóstico de TDA influye en el tratamiento, si los padres consideran como un problema o enfermedad el TDA, tratarán a sus hijos como problemático o como enfermos y no como una característica actual de los niños, mal entendida, bajo la perspectiva de niños sobresalientes.

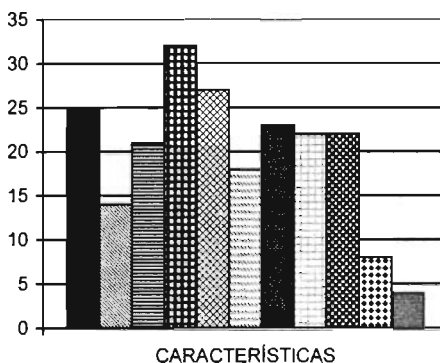
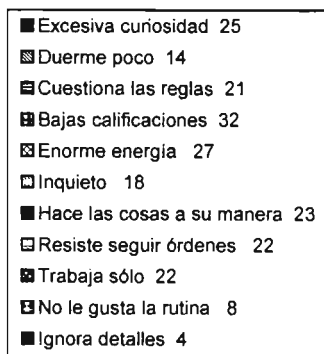
El instrumento fue aplicado a 34 padres de familia con hijos diagnosticados con TDA o que se sospecha de éste, se aplicaron 7 reactivos elaborando diversas categorías según las respuestas para facilidad de graficación e interpretación.

Es oportuno mencionar que solamente 6 niños cuyos padres colaboraron en este instrumento, han presentado uno o más electroencefalogramas, el resto de los niños no. Sin embargo el electroencefalograma permite descartar la presencia de epilepsia o de anomalías en el funcionamiento eléctrico cerebral, pero por sí solo, no determinaría el Trastorno por Déficit de Atención.

Antes de comenzar con el análisis de los reactivos es importante que el lector tenga en cuenta que se pretendió aplicar 50 o más cuestionarios a padres, sin embargo la mayoría de ellos se negó a pesar de tener a niños diagnosticados con TDA, algunos de sus comentarios se basaron en el desconocimiento del tema, por ejemplo explicaron: “no sé bien lo que es,” “el psicólogo me explica pero no entiendo bien,” algunos no tenían tiempo e incluso respuestas como “no quiero que mi hijo se entere de que está enfermo;” llama la atención la negativa de los padres puesto que la primera condición para ayudar a los niños diagnosticados con TDA, es que sus padres estén dispuestos a recibir ayuda.

Otros instrumentos fueron aplicados a los padres a través de los profesores que habían ubicado a algunos niños que presentan serios problemas en la escuela. Así el **primer reactivo** es de opción múltiple, en donde los padres eligieron varias de las categorías previamente propuestas, se les preguntó *¿cuáles son las características que presenta su hijo (a)?*, obteniendo la siguiente gráfica:

¿Cuáles son las características que presenta su hijo (a) ?



Como se observa en la gráfica anterior, los padres dicen que la característica principal que presenta su hijo (a) son las *bajas calificaciones* elegido por 32 padres; así por ejemplo, el Dr. Eduardo Barragán explica en su libro *El niño y el adolescente con Trastorno por Déficit de atención, su mundo y sus soluciones, que* "cuando estos pequeños /as entran en el último año de preescolar o al primer año de primaria, los síntomas aparecen, lo cual se relaciona con el aumento en el grado de dificultad que representan estas etapas escolares y donde su comportamiento es más evidente al compararlo con el resto del grupo en el que se están desarrollando."⁶⁹

Pero no sólo las bajas calificaciones, perturba a los padres, los reportes de que el niño no pone atención y no aprende las lecciones en clase, etc., hace que éstos busquen una solución a este "problema."

Para 27 de los padres la *enorme cantidad de energía* que muestran los niños, es otra característica; así la Dra. Laura J. Stevens, comenta que los niños con TDA presentan "niveles inadecuados de actividad motriz, [...], hablan sin parar; se comprometen en actividades peligrosas; corren, suben y bajan demasiado."⁷⁰

Así, se encuentran englobadas algunas otras características de las cuales la elección por parte de los padres fue alta, por ejemplo que el niño *cuestiona las reglas establecidas* elegida por 21 padres; *hace las cosas a su propia manera* elegida por 23 padres; es *difícil que permanezca sentado por más de 5 minutos* elegida por 18 de ellos y con igual número de

⁶⁹ BARRAGÁN, Eduardo. *Op. cit.* p. 23.

⁷⁰ STEVENS J. Laura. *Cómo ayudar a los niños con Déficit de Atención.* p. 33.

elección *resistirse a seguir órdenes* y *prefiere trabajar sólo* elegida por 22 padres; pero si bien estas características están presentes en los niños con TDA, no son exclusivas de ellos.

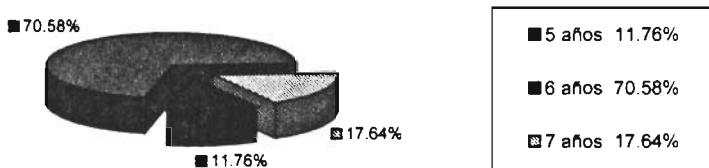
Sin embargo algunas otras características propias de los niños diagnosticados con TDA, no son elegidas con mayor número como por ejemplo que al niño *no le gusta la rutina* elegida por 8 padres; o que *ignora detalles* elegida por 9. Tal vez en ese momento, estas características, no representen un problema que haya que atender de manera inmediata como las *bajas calificaciones*, pero que si no se trabaja para mejorarlas, podrían tener repercusiones en su adolescencia.

De esta forma, según la Dra. Stevens, "lo importante es recordar que todos los niños presentan los síntomas de estos problemas en diversas etapas, por lo que hay que observar antes de estereotipar a un niño con TDA *la frecuencia y la gravedad del síntoma*, además, de que los problemas deben haberse presentado durante al menos seis meses y aparecen antes de los siete años de edad."⁷¹

De ahí la importancia de la observación detallada de los niños en su etapa de crecimiento, si los padres no están en contacto directo con los niños, la información puede ser proporcionada por las personas que los cuidan o por los que están en mayor contacto con el niño, ya que cualquier cambio en su actividad normal, tan sutil como la falta de sueño o de hambre, son relevantes en el adecuado diagnóstico de los niños con TDA y de niños sobresalientes.

Bajo esta premisa, se realizó la siguiente pregunta a los padres de familia, en el reactivo *número 2*, se les solicitó que escribieran *¿desde cuándo se dieron cuenta que su hijo(a), presentaba estas características?* Y por las respuestas obtenidas se pueden encontrar las siguientes categorías así como sus porcentajes de elección.

¿Desde cuándo se dieron cuenta que su hijo (a), presentaba estas características?



⁷¹ *Ibid.*, p. 34.

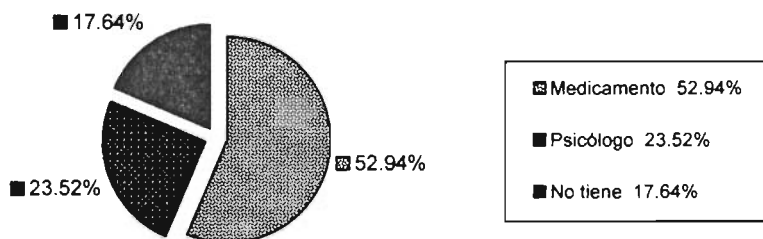
Queda claro, según la gráfica anterior, que muchas veces los padres no consideran que sus hijos presenten características problemáticas a los 5 años de edad, ya que como se ha visto anteriormente, no es sino hasta la edad escolar que las situaciones que antes eran comunes y hasta simpáticas, comienzan a desesperarlos.

Llama la atención que el 70.58% de los padres comenta que detectó estas características a los 6 años edad de los niños, siendo precisamente la edad oficial para entrar a la escuela, y aunque los niños hayan cursado el pre – escolar, en la mayoría de las veces, es hasta el primer año de primaria (ya sea por el cambio tan rápido de escuela, por tener nuevos compañeros, nueva maestra, etc.) que son más visibles las situaciones que indican que “algo no está bien” en los niños.

Ahora bien, si la mayoría de los niños desde los 6 años de edad, han sido detectados con características específicas que podrían indicar un posible Trastorno por Déficit de Atención, es importante observar, qué tipo de atención están llevando actualmente, ya que, como se ha visto con anterioridad, si no se proporciona atención adecuada y a tiempo, algo que podría ser una virtud, se convierte en una característica negativa.

Por lo anterior se solicitó a los padres que explicaran en el reactivo *número 3* del cuestionario, *¿qué tipo de atención están llevando?* desarrollando las siguientes categorías como por ejemplo, medicamentos, tratamiento psicológico o psiquiátrico, e incluso que no tienen tratamiento, con los siguientes porcentajes:

¿Qué tipo de atención están llevando?



Un 52.94% de los padres comentan que su hijo está siendo atendido con medicamentos, de esta forma, si se consideran las gráficas anteriores, en donde se observa

que la mayoría de los niños fueron detectados con TDA desde los 5 y 6 años de edad y que además es probable que no rebasen los 8 años, se podría asegurar que el número de niños que está siendo tratado con medicamentos aumenta considerablemente ya que la edad de los niños para aplicar estos medicamentos disminuye.

Aunado a lo anterior y como se mencionó al inicio del presente apartado, sólo 6 niños de cuyos padres fueron encuestados, es decir el 17.64% de ellos han acudido con un neurólogo, se les ha realizado un electroencefalograma y son éstos los que utilizan el medicamento prescrito por un diagnóstico clínico previo, sin embargo el resto de los niños que utilizan medicamento, no tienen un diagnóstico que compruebe que hay una base orgánica comprobable que amerite o justifique el medicamento.

En este punto varios especialistas comentan del uso inadecuado de los fármacos, por ejemplo el Dr. Héctor Yee, en su publicación sobre el TDA, comenta que “hay casos sobre - diagnosticados y niños que ingieren medicamentos sin necesitarlos.”⁷²

Así mismo en una publicación de Notimex se citó que “al menos tres millones de niños mexicanos son sometidos a tratamientos médicos con sedantes y tranquilizantes, para solucionar problemas de aprendizaje al calificarlos como enfermedades lo cual es un error. Desde 1995 el Consejo Internacional de Control de Narcóticos de la ONU pidió a los gobiernos que ejercitaran máxima vigilancia para prevenir el sobre diagnóstico del TDA e hiperactividad y el tratamiento médico injustificado. A pesar de ello, entre 1993 y el 2001 aumentó en 800 por ciento la venta de estimulantes a nivel mundial con ganancias por 27 millones de pesos, lo que muestra que se trata de un negocio lucrativo a costa de la salud de los pequeños. Tan lucrativo, que al año en México se vendieron 317 millones de dosis sedantes hipnóticos, sobre todo de tranquilizantes que lejos de favorecer a los menores los atrofian.”⁷³

Sin embargo a pesar de que estas publicaciones pudieran llegar a manos de algunos padres con hijos diagnosticados con TDA, al no haber otra alternativa de solución, se opta por la más rápida, aunque no siempre la mejor.

Cabe destacar las demás categorías del reactivo, ya que permiten observar las alternativas que existentes para los niños diagnosticados con TDA, así un 23.52% de los padres cuyos hijos han sido diagnosticados con TDA o se sospecha de éste, comentaron

⁷² YEE, Hector. *Trastorno del Déficit de Atención*. p.2.

⁷³ NOTIMEX. *En México son sedados tres millones de niños*. p. 1.

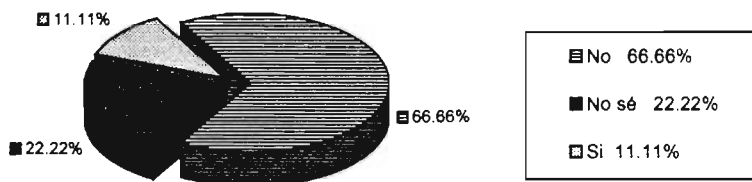
que sus hijos son tratados con el psicólogo o el terapeuta, algunos comentaron que los atiende el psicólogo de la escuela o la orientadora otros padres que sus hijos son atendidos por el doctor familiar o escolar.

Es importante mencionar que en el cuestionario aplicado se pudo observar que el TDA no es tratado en ningún momento por algún pedagogo, de ahí la importancia de un trabajo interdisciplinario que permita conjugar las experiencias los profesionistas adecuados sin dejar de lado a ninguno.

Finalmente un 17.64% de los padres comentó que sus hijos no están llevando ninguna atención o que "por el momento no, pero después sí"; es por ello que la información oportuna sobre este tema a los padres de niños cuyo diagnóstico y tratamiento, aun no han sido elaborados, se dé a partir de las alternativas psicopedagógicas de atención, lo cual permitiría evitar el sobre-diagnóstico de TDA y consecuentemente la utilización del medicamento, el cual podría tener repercusiones a largo plazo.

Siendo precisamente este un punto de interés para el presente trabajo se solicitó a los padres que opinaran en el reactivo *número 4*, si su hijo (a) lleva una atención farmacológica. *¿Cree que podría haber repercusiones a largo plazo?* Así aunque las respuestas fueron diversas, se pueden unificar en las siguientes categorías como se observa en la siguiente gráfica:

¿Cree que podría haber repercusiones a largo plazo?



Encontrando que los padres de cuyos hijos toman medicamento respondieron que no consideran que el uso de medicamentos o fármacos en sus hijos tenga repercusiones a

largo plazo con un 66.66% de elección, un 22.22% de ellos respondió que no están seguros, "que consideran que no, pero tal vez sí" o que no saben.

Finalmente un 11.11% de los padres cuyos hijos sí toman medicamento respondió que sí podría haber repercusiones, pero sólo "si se toman mal", o si "se toma más de la cuenta" o si "se toma por un tiempo prolongado" o si no son recetados correctamente, o que "tal vez sí".

En este punto diversos especialistas han hecho un sin fin de investigaciones sobre las repercusiones de los fármacos, como el *Ritalín*⁷⁴ y algunos medicamentos que resultan ser estimulantes.⁷⁵

Así el Dr. Breggin director del Centro Internacional para el estudio de la psiquiatría y psicología en Estados Unidos comenta que "no hay prueba de ninguna anomalía cerebral en los niños catalogados con déficit de atención e hiperactividad, ellos no tienen ningún desbalance bioquímico probado [sin embargo], millones de niños están siendo tratados con *Ritalín* y otros estimulantes en los terrenos del déficit de atención e hiperactividad. El *Ritalín* y otras Anfetaminas tienen idénticos efectos adversos en el cerebro, mente y comportamiento, incluyéndose desórdenes inducidos por la droga de comportamiento, psicosis, manías, abuso de drogas y adicción. El *Ritalín* y las anfetaminas, frecuentemente causan los mismos problemas que se supone atacan, como la falta de atención, hiperactividad e impulsividad."⁷⁶

No es pretensión del presente trabajo hacer que los padres suspendan de inmediato la ingesta farmacológica ni el de invalidar las investigaciones sobre los fármacos en el TDA, sino que los padres, maestros y personas cercanas a los niños diagnosticados con TDA, analicen varias alternativas de tratamiento eligiendo la más adecuada y segura para los niños; ya que como se ha mencionado anteriormente, si no hay una base orgánica

⁷⁴ ALVARADO Rosas I. *Op. cit.*, p. 41. El Metilfenidato (*Ritalín*), es un estimulante del Sistema Nervioso Central, es la droga de elección en el manejo de síntomas del Trastorno de Déficit de Atención con o sin hiperactividad. El Metilfenidato produce una variedad de respuestas en niños con variables en los cambios de conducta. Las diferencias individuales, de absorción y disposición del Metilfenidato podrían dar lugar a la explicación de la variabilidad de la respuesta a la droga.

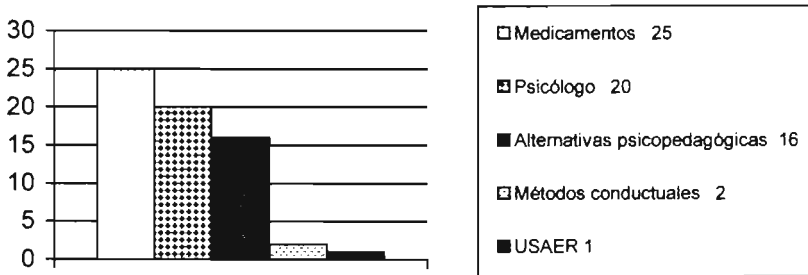
⁷⁵ BREGGIN, Peter. *Información vital acerca del Ritalín. El Déficit de Atención e Hiperactividad.*, Global Servers. com, p.1. Los estimulantes incluyen *Ritalín* (Metilfenidato), *Dexedrina* y *DextroStat* (dextroamfetamina), *Adderall* (d-anfetamina y anfetamina Mixta), *Desoxyn* y *Gradumet* (metanfetamina). Todas las drogas tienen idénticos y muy parecidos efectos.

⁷⁶ *Ibid.* p. 2.

comprobable, no hay justificación de medicamento y aunque ésta se comprobara, es necesario junto con el medicamento proporcionar otras alternativas de apoyo al niño.

Por lo anterior se solicitó a los padres en el reactivo *número 5*, que eligieran algunas de las *opciones, las cuales considerarían más eficaces en el desarrollo de su hijo diagnosticado con TDA o que se sospeche de éste*. Las categorías fueron previamente presentadas, así los padres eligieron más de una categoría por reactivo, obteniendo las siguientes gráficas, ya que este reactivo se dividió en dos partes para obtener una mejor interpretación (gráfica 5 a y 5 b):

¿Cuál de estas características es la que usted considera más eficaz en el desarrollo de su hijo (a)?



Corroborando las anteriores gráficas, los padres optan en su mayoría por los medicamentos controlados, elegido por 25 de los padres, sin embargo es necesario recordar que “las medicinas no hacen que el niño aprenda cómo solucionar el problema de matemáticas o que ubique correctamente las letras en el renglón, o que no ponga las letras al revés al escribir las palabras, etc.”⁷⁷ Por lo que es necesario el trabajo interdisciplinario pues una vez que el médico encuentre datos suficientes para considerar un diagnóstico de esta naturaleza, requiere de estudio psicológico para tener información cuidadosa y completa, del desarrollo de las habilidades cognoscitivas y psicopedagógicas del niño.

Así no solo la atención psicológica o pedagógica es necesaria en el diagnóstico y el tratamiento conjunto del medicamento, la mayoría de los padres saben la importancia de este punto por lo que 20 de ellos eligió la *atención psicológica* como una alternativa adicional de los medicamentos, en este punto el Dr. Barragán comenta en su libro que “si un niño, por lo que dicen sus padres, por lo que opinan sus maestros y por lo que el

⁷⁷ BARRAGÁN, Eduardo. *Op. cit.* p. 176.

médico observa en su consultorio, tienen un Trastorno por Déficit de Atención, tendremos que individualizar su diagnóstico, así, cuando el psicólogo trabaja con niños que tienen el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención, para obtener un perfil cognoscitivo y psicopedagógico completo, tendrá que aplicar al menos una prueba de inteligencia; diversas pruebas de atención, de capacidad gráfica, de concentración de planeación y de anticipación, y algún cuestionario que al ser respondido por los padres y maestros brinde información sobre las características particulares del comportamiento del niño que interesa observar o registrar en su ambiente natural.”⁷⁸

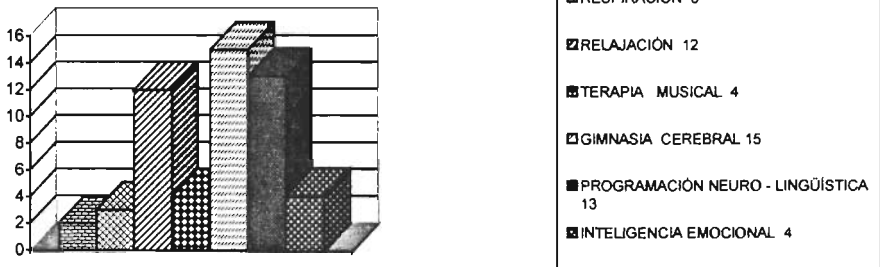
Si los padres de cuyos hijos tienen un diagnóstico con TDA y que están tomando medicamento llevaran a sus hijos con un especialista, psicólogo o pedagogo, para que aplicara lo concerniente a su formación, es posible que al no encontrar una base orgánica comprobable, el tratamiento del niño se haga a partir de otro tipo de alternativas (como las propuestas en el próximo capítulo) y no sólo de medicamento. Y es precisamente de estas alternativas psicopedagógicas, de las cuales 16 padres eligieron como una opción en el desarrollo de su hijo y de cuyos elementos se hablará en la siguiente gráfica, sin embargo es de rescatar que, si los padres consideran estas alternativas como favorables, la inserción de las mismas en la atención de los niños diagnosticados con TDA y que tengan o no una base orgánica comprobable, podrá ser el reforzador necesario para que un niño salga adelante.

Finalmente para los padres, los métodos conductuales fueron elegidos por 2 padres y la atención proporcionada por USAER elegido por solamente 1; estas cifras podrían ser resultado de la escasa información sobre el contenido y la forma de estas propuestas.

En este mismo reactivo (*número 5b*), las alternativas psicopedagógicas, se graficaron de manera independiente para obtener una mejor perspectiva de éstas, tomando en cuenta que sólo 16 de los padres eligieron las alternativas psicopedagógicas como una alternativa adicional a las ya elegidas; por lo que de la misma forma que en la anterior gráfica, los 16 padres pudieron elegir una o incluso todas las categorías.

⁷⁸ *Ibid.* p. 177.

Alternativas Psicopedagógicas



Así de los padres que eligieron las alternativas psicopedagógicas como una opción para el desarrollo de su hijo, 15 de ellos consideraron que la *gimnasia cerebral*, la *programación neuro - lingüística* elegida por 13, seguido de la *relajación* elegida por 12; eran las alternativas más eficaces para el óptimo desarrollo de su hijo diagnosticado con TDA o que se sospecha de éste.

Finalmente y en menor número de elección, los padres de familia consideraron que la *nutrición* (elegido por 2); la *respiración* (elegido por 3); la *terapia musical* y la *inteligencia emocional* (elegidas por 4); son alternativas que pueden utilizarse conjuntamente con otras, las cuales fueron elegidas anteriormente.

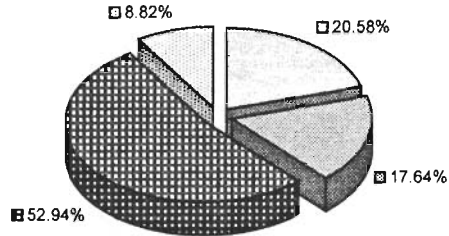
Sin embargo, si las ventajas de estas alternativas se conocieran por las personas que están en contacto directo con los niños diagnosticados con TDA, sería posible, en determinado momento dejar de administrar el medicamento; dejar de ver a los niños como "problemáticos", y así comenzar a tratarlos como niños con habilidades específicas y que sólo necesitan encausarlas adecuadamente, consecuentemente; si estas alternativas elegidas por los padres se desarrollan con los niños diagnosticados con TDA entonces sería posible tratar a los niños como sobresalientes y no como enfermos que necesitan medicamento.

Por lo anterior se les preguntó a los padres en el reactivo *número 6 ¿Cuál es su definición de niño sobresaliente?* La importancia de esta pregunta radica en la forma en que los padres ven a los niños con TDA y a los niños sobresalientes y así ellos puedan tener en consideración que sus hijos son niños sobresalientes mal diagnosticados; en esta

pregunta se desarrollaron las siguientes categorías de acuerdo a las respuestas, encontrando los siguientes porcentajes.

¿Cuál es su definición de niño sobresaliente?

□ Buena conducta	20.58%
▣ Buenas calificaciones	17.64%
▤ Inteligente	52.94%
□ No sé	8.82%



Las respuestas proporcionadas por los padres permiten observar que para ellos un niño sobresaliente es todo lo contrario a un niño con TDA, el niño sobresaliente para los padres es aquel niño "inteligente", "muy inteligente" o "el niño que aprende desde chiquito a leer y a escribir", "el niño que sabe muchos idiomas" etc., comentado por un 52.94%. Seguido por un 20.58% de los padres que comentaron que un niño sobresaliente es aquel que tienen buena conducta, es decir que "se porta bien en casa", "no hace maldades en la escuela", "es el niño que no tienen reportes escolares y se porta bien en la casa", "saca diez en conducta" etc.

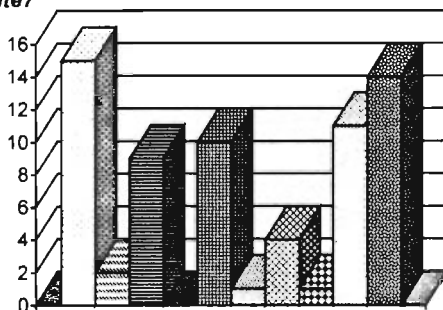
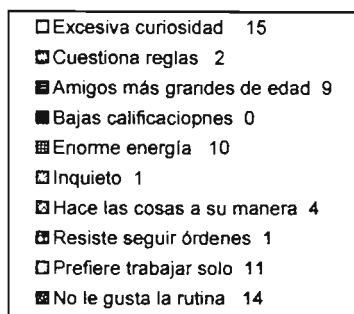
Un 17.64%, dijo que el niño sobresaliente es aquel que "obtiene buenas calificaciones", "que sobresale académicamente", "el niño que nunca reprueba", "el niño que es excelente en todas las materias", "aquel que es mejor que todos sus otros compañeros de escuela", etc. Finalmente un 8.82% de los padres comentaron que "no sabían como explicarlo" o que "no sabían" e incluso dejaron la pregunta sin responder.

Como se observa en las respuestas proporcionadas por los padres y en los porcentajes de cada categoría, pareciera que no hay relación entre los niños sobresalientes y los niños diagnosticados con TDA, ya que para los padres un niño sobresaliente es el "inteligente" y el niño con TDA es "el latoso", sin embargo como se ha visto en los capítulos anteriores, varias investigaciones demuestran que aquellos niños a los que *no* se les ha comprobado una base orgánica, generalmente son mal diagnosticados con el Trastorno por Déficit de Atención y en realidad son niños sobresalientes.

Así por ejemplo, la Dra. Janet Sáenz comenta que los niños sobresalientes pueden presentar diversos problemas físicos como la dislexia, baja visión, deficiencia en el lenguaje, audición o psicomotricidad, etc., lo que podría originar las bajas calificaciones; aburrimiento, preguntas constantes, interrupciones; siempre están inquietos buscando algo nuevo por hacer; hay cosas que les resultan fáciles de hacer, por lo que buscan nuevos retos esto hace que se metan en problemas en la escuela; esconden sus habilidades para estar igual que sus compañeros, lo que le origina problemas académicos, y con sus padres o maestros; el niño sobresaliente necesita pertenecer a un grupo, pero a veces no lo encuentra por lo que trata de dirigir a todos, es el líder, lo cual también le origina problemas con los mayores; muchos niños brillantes posponen la realización de algunas actividades o no tratan de desarrollar todas sus habilidades. Todas estas características de los niños sobresalientes y otras que se verán en la siguiente gráfica podrían explicar por qué, un niño diagnosticado con TDA es en realidad un niño sobresaliente.

Más aún, si para los padres la definición de niño sobresaliente, es distinta a la de niño con TDA, las características de éstos, son todavía más divididas. Lo anterior se observa en el reactivo *número 7*, en donde se le preguntó a los padres *¿Cuáles de las siguientes características presenta un niño sobresaliente?* En este reactivo se presentaron las mismas categorías que se les presentaron en el *reactivo número 2* del cuestionario, así tanto las características de niños sobresalientes y las características de niños con TDA fueron las mismas, por lo que, los padres escogieron varias de las opciones, obteniendo los siguientes porcentajes:

¿Cuáles de las siguientes características presenta un niño sobresaliente?



Como se observa en la gráfica anterior las categorías más altas elegidos en este reactivo, son las referentes a la *excesiva curiosidad* elegida por 15 de los padres, *no les gusta la rutina* por 14, *prefiere trabajar solo* por 11 de los padres; muestran una *enorme cantidad de energía* por 10 y finalmente los *amigos más grandes que su edad* por 9. Estas respuestas reafirman la opinión de los padres sobre su definición de niño sobresaliente (reactivo 6.)

Las características elegidas en menor número fueron las categorías de *bajas calificaciones* (no fue elegida por ningún padre), *inquieto o es difícil que permanezca sentado* por más de 5 minutos y *se resiste a seguir órdenes* con un mismo número de elección (1), *cuestiona las reglas* (2) y *hace las cosas a su manera* elegida sólo por 4 padres. .

Se observa, que para los padres es imposible que un niño sobresaliente tenga bajas calificaciones o que sea inquieto, si bien los niños sobresalientes demuestran gran inteligencia, en ocasiones el sistema de calificación en las aulas, dependen en su mayoría de otros elementos que no tienen que ver con el conocimiento de los niños, sino del número de tareas que realizó, el comportamiento, la participación etc., elementos que en la mayoría de los niños sobresalientes perjudica considerablemente, así los niños que obtienen 10 en un examen, la calificación final baja hasta 6 o 7 por "mala conducta." Los padres de los niños diagnosticados con TDA saben de esta forma de calificación en las escuelas, lo que crea un sentimiento de impotencia al saber que sus hijos conocen del tema pero este conocimiento no se ve reflejado en las boletas.

Por todo lo anterior, se vuelve necesario hacer conciencia tanto en padres como en maestros, sobre un cambio de percepción y concepto que tienen de los niños con TDA y de los niños sobresalientes y así en algún momento llegar a unificar conceptos, lo que permitiría la inserción de nuevas alternativas psicopedagógicas, las cuales bien utilizadas podrían llevarse a cabo por los mismos padres y maestros, que conjuntamente con las que ya están siendo utilizadas por otros especialistas, ayuden a obtener un mejor resultado.

Por otro lado los resultados obtenidos tanto por los maestros como por los padres de niños diagnosticados con TDA o que se sospecha de éste, crean la necesidad de hacer una confrontación de las opiniones presentadas por ambos cuestionarios, debido a que, tanto padres como maestros tienen a su cargo el futuro de los niños, por lo que se vuelve importante observar cuál es la visión de éstos, en conjunto y entonces poder proponer una nueva gama de posibilidades que permitirían a los niños actualmente diagnosticados con

TDA, crecer como niños sobresalientes, esta confrontación junto con su respectivo análisis será presentada de manera explícita en los siguientes apartados.

3.5.1. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO CON TDA Y EL NIÑO SOBRESALIENTE.

Dado las respuestas proporcionadas en el instrumento de investigación aplicado a padres y maestros, se puede observar que, tanto la definición de los niños con Trastorno por Déficit de Atención, como la definición de niños sobresalientes, son definiciones confusas y que dependen de las características de los niños para así definirlos.

Sin embargo dado las estadísticas actuales de niños diagnosticados con TDA y que además utilizan fármacos; se esperaría mayor información por parte de los formadores.

Así, las respuestas proporcionadas permiten rescatar la visión sobre las definiciones de cada uno de los encuestados como se observó en las gráficas anteriores, por ejemplo en el *reactivo 1*⁷⁹ los *maestros* comentaron en un 57.14% que consideran que el Trastorno por Déficit de Atención es lo que define a los niños “inquietos” o “distraídos”, de los niños que tienen “bajas calificaciones”, o que “no se comportan bien”, siendo la mayoría de sus respuestas características de los niños con TDA lo que conforma su definición, es decir, no se establece una definición completa o estructurada, sino más bien, fragmentada basándose en las repercusiones del TDA, como por ejemplo las bajas calificaciones, el mal comportamiento, etc.

En contraste para los *maestros (reactivo 9)* el niño sobresaliente, es un “niño sin problemas” o el niño “que se porta bien” (47.61%) o el que “destaca académicamente” (33.33%), es decir la relación entre niño sobresaliente y niño con TDA, parece ser abismal.

Al parecer, la visión de los maestros depende de la labor o el trabajo extra que se realiza con el niño, por ejemplo si el niño le causa problemas al maestro, y siendo éste generalmente una figura de autoridad; le pide que se siente y a los 5 minutos está nuevamente parado entonces, este es un niño problemático, inquieto, hiperactivo, es decir un niño con TDA.

Por el contrario la visión de niños sobresalientes, al parecer, se basa en torno al menor esfuerzo que signifique para el maestro, es decir, si se le pide al niño que se siente y

⁷⁹ Ver formato de cuestionario en ANEXOS

el niño encuentra algo con que trabajar o entretenerse, permanecerá sentado todo el tiempo que dure con la actividad que le interesa y que le agrada; entonces si el niño se "entretiene" con el libro, con los números o con las figuras que forma la escolta en los Honores a la Bandera, la labor del maestro sobre ese niño se hace mínima; así un niño que está "quieto", "callado" o "atento" es sobresaliente, por el contrario si para los maestros, el niño "no se comporta", "no se sienta", "no se calla", "no está quieto en los Honores a la Bandera", etc., lo cual requeriría de la excesiva llamada de atención de parte del maestro, entonces se catalogaría como un niño con TDA,

De igual forma para los *padres (reactivo 6)*, los niños sobresalientes son niños con características propias de los "niños bien portados," "quietos," etc. 20.58% y sobre todo de los niños que obtienen buenas calificaciones 52.94%. Pareciera que el punto, que más afecta a algunos padres, son los resultados finales y no cómo se llega a ellos.

Por lo que, si la visión tanto de padres como de maestros, sobre los conceptos de niños con TDA y niños sobresalientes no se basara en las características como estereotipo de "niño problemático " vs. "niño ejemplo", entonces las definiciones no entrarían en base a cómo afrontan, enfrentan, observan, etc., los mayores el TDA, sino cómo se desarrollan los niños sobresalientes en un ambiente exigente y a la vez carente de oportunidades de desarrollar sus habilidades.

De igual forma, las características, así como sus similitudes y diferencias entre los niños con TDA y los niños sobresalientes son desconocidas por parte de los padres y maestros; ya que en las preguntas realizadas sobre este punto, las respuestas siguen siendo confusas y en el peor de los casos no hay respuestas.

Por ejemplo en el *reactivo 2* del instrumento aplicado a los *maestros*,⁸⁰ para 18 de ellos, la *excesiva curiosidad* es una característica presente en los niños con TDA, mientras que en el *reactivo 10* para 30 de ellos, ésta es una característica de niños sobresalientes.

Sin embargo en el instrumento aplicado a los *padres* en el *reactivo 1*, para 25 de ellos, la *excesiva curiosidad* es una característica de los niños con TDA y en el *reactivo 7* para 15 de los padres, la *excesiva curiosidad*, es una característica de niños sobresalientes.

⁸⁰ Ver formato de cuestionario en ANEXOS.

Se puede observar la disparidad entre lo que los maestros y los padres opinan de este punto; así mientras que para los maestros esta característica podría ser una cualidad en los niños sobresalientes; para los padres es una característica de los “niños problema.”

Otra característica para los **maestros (reactivo 2)** y **padres (reactivo 1)**, propia de los niños con TDA es el que *cuestionan las reglas establecidas* apoyado por 24 maestros y 21 padres respectivamente, esta misma característica, para **padres (reactivo 7)** y **maestros (reactivo 10)**, no es tan propia de los niños sobresalientes.

Sin embargo en el *Seminario Internacional AMEXPAS – México*;⁸¹ la doctora Janet Sáenz especifica que el cuestionar las reglas es propio de los niños sobresalientes debido principalmente a que “son niños independientes, que prefieren el trabajo individual.”

En cuanto a las características de *resistir seguir órdenes, trabajar solos, hacer las cosa a su manera*, los **padres** generalizan que es propia de los niños con TDA (**reactivo 1**), a diferencia de los, **maestros (reactivo 10)**, que opina que son características propias de los niños sobresalientes.

Otra de las características primordiales que los **maestros (reactivo 2)** y **padres (reactivo 1)** consideran que es propia de los niños con TDA son *las bajas calificaciones*, (opinión dada por 40 maestros) y 32 padres; estas respuestas se explican, a que las bajas calificaciones, son una llamada de atención de que ocurre algún problema con el niño, sin embargo la doctora Janet Sáenz comenta que “algunos niños sobresalientes pueden tener problemas de escritura, deletrean, no saben escuchar, incluso pueden tener problemas de dislexia o deficiencias en el lenguaje.”⁸²

Finalmente para 24 **maestros (reactivo 2)** y 27 de los **padres (reactivo 1)**, los niños con TDA muestran una enorme cantidad de energía además de que, 40 **maestros (reactivo 10)** consideran que a los niños con TDA les es difícil que permanezcan sentados por más de 5 minutos.

Las respuestas a los anteriores reactivos, permiten observar que las características de los niños sobresalientes y los niños con TDA, distan mucho entre sí, sin embargo como se verá mas adelante, éstas pueden resultar similares e incluso son las mismas, de ahí la importancia de especificar toda la información que rodea a ambos conceptos, no anticipar o realizar diagnósticos erróneos que pudieran poner en riesgo el futuro de los niños.

⁸¹ AMEXPAS *Op. cit.* p. 8

⁸² *Idem.*

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Por ello en este trabajo se propone identificar a los niños con Trastorno por Déficit de Atención que no tienen una base orgánica comprobable y que, por lo tanto podrían ser niños sobresalientes mal diagnosticados; más aún, para establecer los parámetros psicopedagógicos de atención, es necesario puntualizar el concepto y las causas del TDA así como del niño sobresaliente, además de integrar características de los niños sobresalientes con los síntomas que presenta el niño con TDA su atención y su tratamiento.

Con el propósito de que la exposición de dichas teorías pueda proporcionar a los padres, maestros o especialistas, una nueva concepción y visión ante los niños que han sido mal diagnosticados, erróneamente tratados e incomprensidos; se realizan las siguientes tablas de comparación proponiendo así eliminar (bajo la supervisión médica) la ingesta farmacológica de aquellos niños que no la requieran y llevar a cabo un adecuado tratamiento psicopedagógico actual con las herramientas necesarias para el óptimo desarrollo de cada niño.

Trastorno Por Déficit De Atención Conceptos	Niños Sobresalientes Conceptos
"Trastorno crónico sintomáticamente evolutivo; es decir un trastorno neuropsiquiátrico." ⁸³	Aquellos que superan claramente a sus compañeros en desenvolvimiento académico, talento creativo y /o, otras áreas. Dra. Janet Sáenz.
"Conjunto de manifestaciones clínicas que afectan el aprendizaje y la conducta de los niños." ⁸⁴	Niños "quienes en virtud de sus capacidades son capaces de lograr un alto desempeño." ⁸⁵
"Padecimiento donde al niño le es difícil centrar su atención en un estímulo y concentrarse en él, ésto se manifiesta en su conducta ya que se observa desorganizada e impulsiva." ⁸⁶	Niños que destacan en una, dos o más de las ocho áreas de inteligencia, por lo que requieren de programas de enriquecimiento. ⁸⁷
Algunos conceptos se basan en la descripción de los síntomas, así se podría decir que el TDA es un trastorno sintomático sin una definición exacta.	Poseedores de habilidades y potencialidades que dan evidencia de alta capacidad en áreas académicas intelectuales, liderazgo, psicomotor, musical, o en artes visuales." ⁸⁸

⁸³ FERNÁNDEZ Jaén, A. *Op. cit.* p. 3.

⁸⁴ BARRAGAN, Eduardo. *Op. cit.* p. 17.

⁸⁵ AMEXPAS *Op. cit.* Definición propuesta por La Oficina de Educación de Estados Unidos p. 4 - 6.

⁸⁶ ALVARADO Rosas I *Op. cit.* p. 35.

⁸⁷ GARDNER, Howard. *Op. cit.* p. 105

⁸⁸ AMEXPAS *Op. cit.* Definición propuesta por El Congreso de los Estados Unidos p. 4 - 6.

Aparentemente estos conceptos distan uno del otro principalmente por la perspectiva médica, neurológica y psiquiátrica que apoya el concepto del TDA y TDA/H a partir de la realización de exámenes neurológicos; sin embargo cuando no se encuentra ninguna base orgánica comprobable, (y aún cuando ésta pudiera existir), el concepto de niños sobresalientes es el más adecuado para el tratamiento y la atención de los niños; principalmente porque una visión humanista permitiría que se dejara de ver como un problema o una enfermedad, para verlo como una cualidad actual de la mayoría de los niños y que hasta el momento ha sido mal diagnosticada a partir de los síntomas, que en la mayoría de las ocasiones son observados subjetivamente por los padres o por los maestros.

Por lo que, si se observaran los síntomas del TDA como características de los niños sobresalientes la perspectiva tendría mayor fuerza para consolidarse como una nueva visión de niños que actualmente dicen lo que piensan, expresan lo que sienten y hacen lo que quieren.⁸⁹

<i>Trastorno por Déficit de Atención</i> ⁹⁰ <i>Síntomas</i>	<i>Niños Sobresalientes</i> ⁹¹ <i>Características</i>
Problemas de integración, tienden a aislarse.	Tiene dificultad para relacionarse con compañeros de su edad.
Temperamento con gran ansiedad, niño "nervioso y exaltado."	Perfeccionista; espera demasiado de sí mismo.
Trastorno del sueño.	Duerme menos, pero tiene sueños muy vivaces.
Trastorno en la socialización.	Pasa el mayor tiempo solo o con personas mayores.
Agresividad.	Indica los errores a todos los demás, cuestiona las reglas establecidas.
Trastornos específicos del aprendizaje.	En ocasiones tienen bajas calificaciones y/o problemas de aprendizaje.
Cambios bruscos de temperamento.	Muestran conductas inesperadas.
Distractibilidad	Parece muy absorto en él.
Desorganización	Inicia sus propias actividades, proyectos o investigaciones.

⁸⁹ Lo anterior no significa que los padres o maestros dejen que los niños hagan lo que quieran, sino que a partir de la observación, se detecten a los niños que tengan estas características y antes de etiquetarlos como niños con una patología, se les diagnosticara como niños sobresalientes.

⁹⁰ BARRAGAN, Eduardo. *Op. cit.* p. 38-47.

⁹¹ AMEXPAS. *Op. cit.* p. 16.

Incremento de la actividad motora (hiperactividad)	Tienen alto nivel de energía, vitalidad entusiasmo.
Poco respeto por las autoridades	Dicen lo que piensan, no les gustan las injusticias.
Impaciente, tiene problemas en el aprendizaje de habilidades básicas; omite detalles.	Prefieren las experiencias nuevas, no les gusta la rutina.
Trastorno oposicionista/ desafiante.	Muestran un fuerte sentido del humor, maduro para su edad.
Obsesivo en sus intereses, realiza preguntas directas y en ocasiones penosas.	Tiene gran curiosidad
Ansiedad, muerde lápices, juega con fuego, se asoma por las ventanas a gran altura.	Experimenta con todo lo que tiene a la mano
Alteraciones en los procesos de aprendizaje.	Tiene bajo rendimiento, no cumple con su potencial.

Estas similitudes y diferencias, nos podrían dar una base de análisis y observación para llegar a establecer los parámetros de tratamiento además de evitar la realización de un mal diagnóstico entre los niños que aparentemente tienen TDA y que al no tener una base orgánica comprobable en realidad son niños sobresalientes.

3.5.2. DIAGNÓSTICO DEL NIÑO CON TDA Y EL NIÑO SOBRESALIENTE.

Como se ha visto en los anteriores capítulos, la realización de un adecuado diagnóstico es la diferencia entre el tratamiento que se lleva a cabo para una enfermedad o patología (el cual, en este caso es el farmacológico) que el seguimiento y desarrollo para un talento (niño sobresaliente e inteligencias múltiples).

Pero si los maestros no tienen un conocimiento previo sobre el TDA, es posible que se encasille erróneamente a los niños. Ésto se observa en las preguntas ⁹² realizadas a los **maestros** específicamente en el **reactivo 3**, sobre la *detección de algún caso del TDA*; el 95.23% contestó que si ha detectado algún caso. Sin embargo en el **reactivo** número **4** se les pregunta *cómo lo han solucionado*, respondiendo en un 28.57% que no es problema del maestro solucionarlo, sino de los padres, el director o algún psicólogo especialista, pero la solución no está en sus manos, un 26.19% de los maestros comentó que se busca canalizar

⁹² Ver formato de cuestionario en ANEXOS

a los niños con algún especialista y solamente un 9.52% de ellos expresó que le brindan al niño atención personal, a la hora del recreo o saliendo de clases.

Y aun cuando, la solución no sea parte de “su problema” si es parte de la vocación de los maestros conscientes de ayudar a sus alumnos. A pesar de ello se observa que la mayoría de los **maestros** no están capacitados para ayudar a los niños diagnosticados con TDA; además de que el 92.85% ellos comentaron en el **reactivo 7**, que *no están capacitados para ayudar ante este problema*,

Es decir, los maestros sí detectan a los niños con TDA, saben quienes son, como se comportan, los problemas escolares que tienen, las características que cada uno de ellos presenta y así “saben” que un niño tiene TDA, sin embargo no saben como ayudarlo. Lo que podría indicar que la información que los maestros tienen está fragmentada, y en base a supuestos de los niños con TDA y no a realidades o hechos específicos, por lo que surgen las siguientes preguntas: si los maestros están capacitados para detectar que un niño tiene TDA ¿por qué no están capacitados para ayudarlo? ¿Cuáles son los parámetros de diagnóstico que utilizan para un niño con TDA y no confundirlo con un niño cuyas características actuales son mal entendidas?, ¿Cómo diferencian a un niño con TDA de un niño sobresaliente sin basarse en sus calificaciones?

Por lo anterior, es posible que la información que tienen los maestros no es del todo exacta o completa, y sin embargo su participación tanto en diagnóstico y tratamiento es fundamental, de ahí que la adecuada información pueda evitar tener tantos niños diagnosticados con TDA y que no lo son; además la realización de un buen diagnóstico permitiría descartar cualquier tipo de enfermedades o problemáticas que pueden generar los mismos síntomas.

Así el diagnóstico debe realizarse interdisciplinariamente, a partir de los signos y síntomas tomando en cuenta cuatro factores importantes como son:

- 1) Factores Orgánicos: es necesario ver si el niño presenta un daño neurológico, a partir de varias pruebas clínicas de laboratorio y gabinete; por ejemplo el electroencefalograma, permite descartar la presencia de epilepsia o de anomalías en el funcionamiento eléctrico cerebral, sin embargo el electroencefalograma por si solo, no determinaría el Trastorno por Déficit de Atención.

- 2) Factores específicos: éstos se manifiestan porque aparecen en el lenguaje, discriminación derecha - izquierda, esquema corporal, lateralidad, noción espacio-

tiempo, articulación, atención, concentración, memoria, cálculo, percepción y/o lecto - escritura, "los desórdenes específicos en el aprendizaje se hallan ligados frecuentemente a una indeterminación de la lateralidad del sujeto."⁹³ Lo que podría estar originando en el niño problemas de aprendizaje principalmente en los primeros grados escolares y confundirlo con TDA.

3) Factores Psicógenos: se caracterizan por la inhibición, que es la disminución de una función; el síntoma, que es la transformación de dicha función las cuales traen como consecuencia que el sujeto manifieste angustia al ver disminuida una función, este punto se da por lo regular en la conducta que presenta cualquier niño por desintegración familiar, problemas que le acarrearán angustia y lo refleja en su comportamiento pero no significa necesariamente que tenga un TDA.

4) Factores ambientales: aquí se observa las condiciones en las que vive el niño, método de enseñanza, el lugar donde vive y las personas con las que se relaciona a diario.

Se puede observar que el diagnóstico de niños con TDA no es sencillo, requiere de la evaluación de varias pruebas clínicas (de laboratorio y de gabinete), psicológicas y pedagógicas que determinen con precisión que hay un trastorno por déficit de atención con base orgánica comprobable, de lo contrario se estaría hablando de una inadecuada conducta, diferente forma de aprendizaje o de niños sobresalientes pero no de TDA.

Por lo que es importante enfatizar que, si los maestros consideran o detectan que los niños tienen un Trastorno por Déficit de Atención, este tenga una base orgánica comprobable y que no sea confundido con un caso de niño sobresaliente mal enfocado.

Y dado que, las respuestas proporcionadas anteriormente en cuanto a las características de niños con TDA y niños sobresalientes son confusas para los maestros; es propicio afirmar que la mayoría de los niños detectados por los maestros, como niños con TDA seguramente son niños sobresalientes mal entendidos, mal diagnosticados y por lo tanto erróneamente tratados.

Es por ello que la siguiente tabla, ilustra a grandes rasgos los procedimientos que son necesarios realizar para establecer el diagnóstico más adecuado para cada niño, el cual debe ser llevado a cabo de manera profesional por los especialistas correspondientes.

⁹³ PAÍN, Sara *Diagnóstico y tratamiento de los problemas de aprendizaje*, p. 34.

Trastorno por Déficit de Atención Diagnóstico	Niños Sobresalientes Diagnóstico
Observación	Observación
Historia de vida	Historia de vida
Manual de Diagnóstico y Estadística de Enfermedades Mentales DSM IV	Test de inteligencia, inventario de talentos
Test de Inteligencia, escalas de evaluación	Portafolio de talentos
Pruebas psicopedagógicas	Pruebas psicopedagógicas
Electroencefalograma	Electroencefalograma

El diagnóstico realizado para los niños que se sospecha que podrían tener el Trastorno por Déficit de Atención se lleva a cabo principalmente a partir de la observación de “interacciones negativas” que se llevan a cabo en la familia.

Así los padres son los primeros en percatarse de que su hijo presenta características diferentes al resto de sus hijos o de los demás niños. Por ejemplo en el *reactivo* número 2 del cuestionario aplicado a los *padres*⁹⁴ se les preguntó *desde cuándo se dieron cuenta que su hijo presentaba características al parecer diferentes a la de los demás niños* donde un 70.58% de ellos expresó que se percataron de algunas características desde que el niño tenía 6 años, que es la edad en la que la mayoría de los niños entra a la primaria, se relaciona con otros niños, cambian las “reglas” y se pide un “comportamiento adecuado” tanto en la escuela como en casa y es precisamente cuando los problemas surgen.

Así, “los niños con este trastorno pueden estar reaccionando a la descalificación, amenazas de violencia, discriminación y otros. Todas ellas son interacciones negativas, (...) a su vez, normalmente las interacciones negativas tienen interacciones negativas como respuesta. El examen de sus síntomas, muchos de los cuales son simplemente interacciones negativas.”⁹⁵

Corresponden a interacciones negativas:

- * Se distrae fácilmente.
- * Comete errores, ya sea por ser descuido o por impulsividad.

⁹⁴ Ver formato de cuestionario en ANEXOS

⁹⁵ CASADO, Silvia E. *Op. cit.* p. 56

- * Habla demasiado en clase;
- * No termina nunca lo que los padres le piden.
- * Falta de cooperación en los juegos y en las otras actividades sociales.

Estos tipos de “interacciones negativas” son desarrollados comúnmente, por los niños en general, sin embargo ponen en amarillo el semáforo de atención de los padres y los maestros, por lo que, posteriormente se realiza la observación de síntomas específicos del Trastorno por Déficit de Atención, por ejemplo:

- * En el área cognitiva.

Deficiencia en la atención con incapacidad para concentrarse o prestar atención.
Se distraen fácilmente; cometen errores.

- * En el estado afectivo:

Expresiones variadas de cólera.
Miedo, el que es posible inferir de su agitación.

- * En el área de la actividad:

Extrema movilidad (correr y trepar).
Agitación, habla demasiado en clase.
Comportamiento impulsivo, no tiene paciencia.

En tanto que la observación de estos síntomas es subjetiva, depende de los diferentes factores que rodean al niño como un ambiente académico inadecuado para sus capacidades intelectuales o por ejemplo cuando niños sobresalientes están situados en ambientes poco estimulantes; también puede observarse la desatención o hiperactividad en el salón. Además los síntomas anteriormente descritos “deben diferenciarse de comportamientos negativistas de los niños a realizar tareas laborales o escolares que requieran dedicación personal a causa de su renuencia a aceptar las exigencias de otros.”⁹⁶

Así, el diagnóstico del TDA se complica dado las características particulares de cada niño, ya que la mayoría de los síntomas son el inicio típico de los niños que comienzan a adaptarse en el ambiente escolar. Un claro ejemplo de esto es la siguiente escala,⁹⁷ proporcionada para los maestros en los que se evalúa el trastorno de conducta, la hiperactividad y la pobre atención, la cual está compuesta por varios ítems como por ejemplo:

⁹⁶ ALVARADO, R. *Op. cit.* p. 19.

⁹⁷ MENÉNDEZ Benavente, I. *Op. cit.* p. 12 - 13.

- 1) Humor raro, temporal, caen fácilmente en el estrés.
- 2) Pobre coordinación.
- 3) Inquietud.
- 4) Inquietud extrema.
- 5) Excitabilidad.
- 6) Inatención.
- 7) Dificultad en la concentración.
- 8) Hipersensibilidad.
- 9) Trastorno depresivo.
- 10) Pesadillas.
- 11) Enojos, irritabilidad.
- 12) Egoístas.
- 13) Disturbios con otros niños.
- 14) Pobre socialización.
- 15) Desafiantes.
- 16) Imponentes.
- 17) Ataques de cólera.
- 18) Bruscos con otros niños.
- 19) No son aceptados en el grupo.
- 20) No se relacionan con el sexo opuesto.
- 21) Interfieren en los actos de los demás.
- 22) Sumisos.
- 23) Imprudentes.
- 24) Temerosos.
- 25) Excesiva demanda de atención a los demás.
- 26) Testarudos.
- 27) Ansiosos.
- 28) No están dispuestos a ayudar.

El resultado que arrojó la evaluación de la anterior escala fue de que todos los niños, según la escala, presentaron trastornos de conducta e hiperactividad además de una pobre atención, sin embargo esto no quiere decir que presenten el Trastorno por Déficit de Atención o alguna patología; sino que los niños simplemente no cumplen las expectativas de un programa determinado debido principalmente a que los niños evidentemente llegan a tener conflictos intra familiares, inseguridad o características que se relacionan más con su edad o con el ambiente escolar que con un trastorno patológico.

A su vez el DSM - IV* considera que un niño, tiene un desorden de atención si exhibe por lo menos 8 de las características de la siguiente lista:

1. Tiene dificultades para permanecer sentado cuando se requiere.
2. Constantemente están agitando sus manos o pies.

* MENÉNDEZ Benavente, Isabel. *Op. cit.* p. 19.

3. Se distrae fácilmente por estímulos extraños.
4. Tiene dificultades para esperar su turno en situaciones grupales.
5. Frecuentemente pregunta o contesta de manera inesperada o en situaciones fuera de tiempo.
6. Tiene dificultad en el seguimiento de principio a fin de instrucciones, por ejemplo fallas para finalizar tareas.
7. Presenta dificultades para mantener la atención en sus tareas.
8. Frecuentemente deja una actividad incompleta para pasar a otra.
9. Tiene dificultad para jugar tranquilamente.
10. Habla excesivamente.
11. Interrumpe o se entromete entre las demás personas.
12. Frecuentemente parece que no escucha cuando le hablan.
13. Frecuentemente pierde las cosas necesarias para sus tareas o para actividades dentro de la escuela o de la casa.
14. Realiza actividades físicas peligrosas sin considerar las posibles consecuencias.

En tanto que un gran número de estas características son encontradas en niños con inteligencia superior o sobresalientes, principalmente si la actividad académica no promueve su creatividad. Por lo que el diagnóstico se debe realizar con suma atención por parte de los especialistas.

Sin embargo la observación, por parte de los padres y maestros, de alguno de estos síntomas en los niños es el inicio para la realización de un diagnóstico adecuado que comience por la obtención de datos personales y familiares que permitan descartar algún trastorno o enfermedad de tipo genético o hereditario, (como epilepsia, problemas auditivos o visuales) que manifiesten los mismos síntomas del TDA.

Así la Dra. Laura Stevens⁹⁹ propone una lista de enunciados de cuyos "problemas" deben haberse presentado durante al menos seis meses y aparecer antes de los siete años de edad.

1. Mi hijo se distrae con facilidad.
2. No escucha.
3. Comete errores por descuido.
4. No cumple con las tareas de la escuela y sus obligaciones.
5. Se le dificulta poner atención en la escuela y en situaciones de juegos.
6. Pierde las cosas en la escuela y en la casa.
7. Evita las tareas que requieran poner atención.
8. Se le dificulta organizar las tareas y actividades.
9. Con frecuencia es olvidadizo.
10. Mi hijo interrumpe o estorba.

⁹⁹ STEVENS J. Laura. *Op. cit.* p. 31.

11. Habla sin parar.
12. Se compromete en actividades peligrosas.
13. Está inquieto y agitado.
14. Contesta abruptamente.
15. Tienen problemas para jugar en silencio.
16. No puede permanecer sentado.
17. No pone atención en la escuela y los juegos.
18. Con frecuencia "sigue lo suyo" y actúa como si lo "impulsara un motor".
19. Corre, sube y baja demasiado.

Conjuntamente con la anterior lista, se requiere de la realización de la historia de vida detallada y específica en cuanto a la historia médica personal y familiar, así como las eventualidades en los periodos prenatales, peri natales y natales.

Una vez realizada la historia de vida, se requiere del apoyo de los especialistas (pedagogos o psicólogos), que realicen adecuadamente una serie de Test o inventarios que pondrían de manifiesto posibles síntomas del TDA como la hiperactividad o la impulsividad.

Uno de los tests que se ha utilizado en el análisis de la falta de atención es la del Test Psicométrico WISC,[®] "el factor atencional en la Escala de Inteligencia para niños puede ser útil en la evaluación del TDA y TDA/H. Este factor compuesto por los subtest de aritmética, dígitos y claves, se ha denominado como factor de "Atención - Concentración". El subtest de aritmética valora la atención dividida, es decir la atención del sujeto para atender a dos fuentes de información diferentes. El subtest de dígitos evalúa la vigilancia que puede definirse como la disposición a lo largo del tema. Por último, la ejecución del subtest, de claves puede considerarse como indicador del funcionamiento de la atención sostenida, o capacidad de mantener la concentración en la tarea hasta que haya terminado con éxito. La investigación ha señalado que los grupos de niños con TDA y TDA/H obtienen puntuaciones más bajas en este factor de atención, y estas puntuaciones son más bajas que las de los niños no hiperactivos."¹⁰⁰

Conjuntamente con los diferentes test o inventarios, es necesario realizar un electroencefalograma, con el objetivo de descartar algún problema de tipo neurológico y además corroborar que existe una base orgánica en el niño diagnosticado con TDA.

Sin embargo la sola realización del electroencefalograma no debe ser motivo de un diagnóstico de TDA; sino como se vio anteriormente es necesario la realización de una

¹⁰⁰ ALVARADO, R. *Op. cit.* p. 24.

serie de pruebas psicológicas y pedagógicas, tests, baterías psicopedagógicas y la observación, que permitieran el adecuado diagnóstico; ya que en la mayoría de los síntomas mencionados anteriormente son características evidentes de niños sobresalientes y talentosos mal diagnosticados.

Por lo anterior es necesario exponer el diagnóstico que se realiza para detectar a los niños sobresalientes y así ayudar a los padres y maestros a ubicar entre los niños que ya han sido diagnosticados con TDA, a aquellos que son sobresalientes y que por lo tanto no necesitan medicación; y a los que aún no tienen un diagnóstico, proporcionar una oportunidad a partir de una nueva visión de niño.

De la misma manera que se detecta, por medio de la observación a los niños con TDA, se requiere iniciar el diagnóstico para los niños sobresalientes a partir de la observación de ciertas características como las expuestas por la Dra. Janet Sáenz como por ejemplo los siguientes "indicadores y descriptores del comportamiento sobresaliente."¹⁰¹

- * Motivación
 - Desea que le den explicaciones.
 - Aprecia los retos.
- * Humor
 - Muestra un sentido del humor que disminuye la tensión.
 - Sorprende a otras personas.
- * Intereses
 - Colecciona cosas.
 - Forma grupos con determinado fin, es líder.
- * Investigación
 - Quiere tocar, crear, experimentar.
 - Realiza preguntas constantes.
- * Resolución de problemas
 - Busca y crea problemas a ser resueltos.
 - Propone soluciones singulares para diversos problemas.
- * Sensibilidad
 - Recuerda detalles verbales.
 - Percibe cuando hay discordia y falta de armonía.
- * Aprendizaje
 - Entiende, antes que todos los otros estudiantes de la clase.
 - Recuerda y utiliza técnicas que le son enseñadas una sola vez, especialmente si él las realiza.
- * Intereses Mórales y éticos
 - Tiene fuertes opiniones acerca de temas importantes.
 - Busca la resolución de dilemas morales.

¹⁰¹ AMEXPAS *Op. cit.* p 22.

* Imaginación

Crea nuevos juegos o inventa nuevas reglas para los existentes.
Encuentra soluciones singulares.

La anterior lista es la proporcionada a los maestros del salón de clases, para la verificación de los niños sobresalientes, a partir de la observación. Sin embargo la detección de los niños sobresalientes no solo se da a partir de elementos positivos que pongan de manifiesto una cualidad inmejorable, sino que también, un niño sobresaliente puede ser aquel que tenga un sin fin de problemas debido a que no ha desarrollado sus capacidades adecuadamente; así algunos de los posibles problemas pueden ser por ejemplo:¹⁰²

1. Impaciente con la lentitud de otros.
2. No le gusta la rutina ni la repetición.
3. Dificultad en el aprendizaje de habilidades básicas.
4. Rechaza u omite detalles.
5. Rechaza la repetición o ensayos.
6. Cuestiona procedimientos de enseñanza.
7. Puede parecer a otros muy dominante o descortés.
8. Se aburre en la escuela y con los compañeros de la misma edad.
9. Es intolerante y crítico hacia otros.
10. Puede parecer que tiene depresión o motivación baja.
11. Cambia de planes constantemente.
12. Falta de atención a quehaceres o personas durante los periodos en los que se enfoca en sus intereses.
13. Puede sentirse diferente y aislado.
14. Interrumpe los programas, necesita estimulación continua.
15. Puede parecer que es hiperactivo.
16. Puede rechazar el apoyo de los padres.

Es muy común que los maestros detecten este tipo de comportamiento y que erróneamente piensen que podría ser TDA o TDA/H; y como se comentó anteriormente y ellos mismos expresan en el cuestionario aplicado en el **reactivo 7**,¹⁰³ el 92.85%, *no están preparados o capacitados sobre este tema*, para orientar a los padres o dar una atención a los niños; por lo que se debe realizar un electroencefalograma, el cual en la mayoría de los casos no registra ninguna anormalidad a nivel neurológico; siendo necesario realizar diversas pruebas de inteligencia así como psicopedagógicas para corroborar el diagnóstico de sobresaliente, el cual la mayoría de las veces es acertado.

¹⁰² AMEXPAS *Op. cit.* p 16-18

¹⁰³ Ver formato de cuestionario para maestros en ANEXOS, pregunta 7.

Además de las características de los niños sobresalientes expuestas al principio del capítulo para su detección, en el diagnóstico de niños sobresalientes al igual que en el de niños con TDA es necesario realizar la historia de vida, la cual registra principalmente el desarrollo perinatal y natal de los niños, así como los resultados de las diversas pruebas, principalmente psicopedagógicas que detallan y ubican acertadamente al niño sobresaliente, como por ejemplo la realización del *portafolio de talentos*¹⁰⁴ (ver anexo) en el que se solicita que los padres o maestros especifiquen cuál o cuáles son las áreas de mayor fortaleza del niño y sus intereses, por ejemplo:

Matemáticas	Psicología	Diseño	Nutrición
Lógica	Religión	Periodismo	Oceanografía
Física	Publicidad	Oratoria	Ciencia
Química	Escritura	Educación	Administración
Arqueología	Literatura	Agricultura	Pintura
Historia	Filosofía	Medicina	Cocina
Antropología	Comunicación	Zoología	Baile
Geografía	Etimologías	Astronomía	Fotografía
Política	Idiomas	Biología	Música

El portafolio de talentos propuesto por la Dra. Janet Sáenz, también puede ser llenado por el niño con la ayuda del *Cuadernillo de Evaluación de Inteligencias Múltiples* (ver anexo) que orienta a los especialistas a descubrir cuáles son los intereses personales del niño, a partir de la proposición de diversas actividades que le gustaría probar en el futuro como por ejemplo “hacer impresos en el papel, imprimir fotografías, hacer juguetes para niños, hasta escribir poemas, etc.,” una vez que el portafolio de talentos ha sido llenado según las actividades y los intereses del niño, se ubica el tipo de inteligencia, que según las aportaciones del Dr. Howard Gardner predomina en el niño.

Una vez realizado el diagnóstico adecuadamente y ubicada la inteligencia predominante del niño sobresaliente, es posible continuar con un tratamiento adecuado que desarrolle las otras áreas de aprendizaje que podrían estar estancadas y así proporcionar oportunidades de desarrollo para el niño diagnosticado con TDA y TDA/H, y que al no tener una base orgánica comprobable evidentemente es sobresaliente; y aún a aquellos niños con una base orgánica comprobable y con un tratamiento farmacológico, es

¹⁰⁴ SÁENZ, Janet. *Portafolio de talentos*. p 1-6.

posible bajo la perspectiva de niño sobresaliente desarrollar sus habilidades, talentos, áreas de interés e inteligencias predominantes, que a partir del tratamiento se llevan a cabo con el óptimo desarrollo del niño cualquiera que sea su diagnóstico.

3.5.3. TRATAMIENTO DEL NIÑO CON TDA Y EL NIÑO SOBRESALIENTE.

Al igual que en el diagnóstico, las similitudes y diferencias entre los niños diagnosticados con TDA y niños sobresalientes se hace evidente en el tratamiento como se ha visto en los anteriores capítulos.

Por lo que en este punto se marcarán las principales diferencias, así como las igualdades entre estos dos diagnósticos. Sin embargo es importante conocer la opinión de los padres y los maestros así como su experiencia en el tema, el cual ayudará a abrir un espacio entre lo ya establecido y las nuevas alternativas. Así el instrumento aplicado a los **maestros** en el **reactivo** número 5¹⁰⁵ sobre *el tratamiento que han tenido los niños diagnosticados con TDA*, el 33.33% de ellos expresa que “se les suministra medicamentos”; un 4.76% expresa que los “niños son tratados por psicólogos o van a terapias”; al igual que un 4.76% de ellos no tienen idea del tratamiento que sus alumnos tienen.

Pero lo más preocupante es lo que expresa un 57.76% de ellos, sobre que no hay tratamiento o atención ya que no se observa mejoría evidente. Sin embargo los **padres** en el **reactivo 3** del instrumento aplicado¹⁰⁶ comentan que *el tipo de atención que están llevando sus hijos*, es en su mayoría la utilización de, medicamentos con un 52.94% de elección, la atención psicológica o tratamiento con el psicólogo con un 23.52% y 17.64% comenta que sus hijos no tienen atención de ninguna clase. Es importante apuntar que en las respuestas proporcionadas tanto por padres como por maestros, no se menciona la atención pedagógica o psicopedagógica, ésto podría indicar que la intervención de los pedagogos no ha sido de relevancia en el tratamiento del TDA o incluso que no se han realizado aportes significativos por parte de la Pedagogía que haga que los padres y maestros lo tomen en consideración para el tratamiento de los niños con diagnosticados con TDA.

Pareciera que los porcentajes de los maestros y de los padres son diferentes ya que los **maestros (reactivo 5)** comentan que la atención psicológica de los niños se realiza en un 4.76%, mientras que los **padres (reactivo3)** comentan que la atención con el psicólogo

¹⁰⁵ Ver formato de cuestionario para maestros en ANEXOS, pregunta 5

¹⁰⁶ Ver formato de cuestionario para padres en ANEXOS, pregunta 3.

la realizan un 23.52% de los niños; de igual modo 57.76% de los maestros comentan que los niños no tienen atención, mientras que sólo un 17.64% de los padres comentan que no hay atención y finalmente un 52.94% de los padres comentan que utilizan medicamentos mientras que los maestros lo observan sólo en un 33.33%.

Como se observa pareciera que estos porcentajes no coinciden el uno del otro, sin embargo hay que recordar que el enfoque de los padres sobre uno de sus hijos no es el mismo que el de los maestros sobre la gran cantidad de niños en el salón de clases (hay maestros que tienen doble turno) lo que hace que sus respuestas sean mayores en porcentajes; del mismo modo las respuestas de los padres van en relación con la situación actual de sus hijos, mientras que las respuestas de los maestros están en función de los años que han tenido como docentes (algunos con gran cantidad de años laborando.)

Ya sea por "el miedo al diagnóstico" o por la falta de información sobre este tema, tanto por padres como por maestros, la cantidad de niños que no están siendo tratados es relevante, pero más la cantidad de niños tratados con fármacos, de los cuales como se ha visto anteriormente pudieran ser niños sobresalientes.

Así por ejemplo los *maestros*¹⁰⁷ comentaron el *reactivo* número 8 que la opción más eficaz en el desarrollo de un niño con TDA, es la utilización de medicamentos controlados elegido por 41 de los 42 maestros, esta opción va apoyada por la opción de terapia psicológica elegida por 40 maestros. Por su parte los *padres* comentaron en el *reactivo* 5 que consideran que la opción más adecuada para el niño diagnosticado con TDA¹⁰⁸ es la utilización de medicamentos elegido por 25 padres y conjuntamente la terapia psicológica elegida por 20 de ellos (al ser estos reactivos de opción múltiple, tanto padres como maestros tuvieron la oportunidad de elegir estas categorías conjuntamente de ahí la elección tan alta de las categorías.)

Así se puede deducir que según los padres y los maestros, el principal tratamiento para los niños diagnosticados con TDA y TDA/H es el farmacológico, sin embargo como se ha visto en los capítulos anteriores, este llega a tener repercusiones importantes en el organismo, y aunque con la utilización de algunos medicamentos se puede llegar a observar mejorías temporales, éstas duran mientras se suministra el fármaco.

¹⁰⁷ Ver formato de cuestionario para maestros en ANEXOS pregunta 8.

¹⁰⁸ Ver formato de cuestionario para padres en ANEXOS pregunta 5.

Por lo que en el **reactivo 4**, se pidió a los **padres** que comentaran *si creen que podría haber repercusiones a largo plazo si sus hijos estaban llevando atención farmacológica*, así los padres de cuyos hijos sí están utilizando medicamento (52.94% de los entrevistados) respondieron en un 66.66% que no creen que exista repercusiones a largo plazo y el 11.11% expresaron que sí, pero sólo si se administra mal el medicamento o sin control médico.

Sin embargo, el Dr. Eduardo Barragán comenta que los fármacos utilizados en el Trastorno por Déficit de Atención pueden causar adicción y otros efectos secundarios más frecuentes como “la pérdida del apetito en el 65% de los pacientes medicados; insomnio en un 55%; dolor de estómago en un 40%; dolor de cabeza en un 35%; boca seca en un 33% y nerviosismo en un 28%. Estos efectos son los más frecuentes y los menos ofensivos orgánicamente pero si no hay un diagnóstico bien realizado, el medicamento puede llegar a producir enfermedades cardiacas.”¹⁰⁹

Si bien la utilización de fármacos por parte de los psiquiatras y neurólogos, parece ser la opción más adecuada para el tratamiento del TDA y TDA/H con una base orgánica comprobable; no lo es así para aquellos niños que no tienen tal, y que además demuestran características de niños sobresalientes, por lo que el tratamiento que se ha desarrollado para estos niños se basa principalmente en las ocho inteligencias de H. Gardner.¹¹⁰

Así como se vio anteriormente, el diagnóstico de niño sobresaliente busca identificar las inteligencias predominantes de cada niño a partir de las áreas de interés de mayor fortaleza, siendo las siguientes inteligencias las que podrían predominar en cada niño dependiendo de sus talentos, los cuales, serán especificados en el siguiente capítulo:

*** Lógico / matemática.**

El niño aprende a través de razonamiento y lógica el sentido numérico es parte de esta inteligencia.

*** Verbal / lingüística.**

Leer, escribir, oratoria, persuasión, son parte de las habilidades de esta inteligencia.

*** Visual / espacial.**

El niño tiene la habilidad de crear pistas, planear, construir y resolver laberintos, imaginar y diseñar mapas.

¹⁰⁹ BARRAGÁN, E *Op. cit.* p 134.

¹¹⁰ GARNER, Haward *Op. cit.* p 40

* **Corporal – kinestésica.**

Los niños aprenden a través del tacto y el movimiento.

* **Musical – rítmica.**

Si un niño tiene la oportunidad de bailar, cantar y responder a la música, llegan a desarrollar el talento musical rápidamente.

* **Interpersonal.**

El niño tiene la facilidad para relacionarse con otros seres humanos.

* **Intrapersonal.**

El niño aprende a través de una extrema conciencia de sus propios intereses, habilidades y capacidades.

* **Naturaleza.**

Los niños aprenden a través de la observación de todas las maravillas de la naturaleza.

Para H. Gardner, la inteligencia es la capacidad de resolver problemas para elaborar productos o para abordar una situación en la cual se persigue un objetivo, así como determinar su camino adecuado, por lo que las inteligencias deben trabajar juntas para resolver problemas y para alcanzar diversos fines, pero primero es necesario identificar el área de capacidad o la inteligencia predominante, utilizándola como punto de acceso a las otras áreas de desarrollo.

Además de identificar las áreas de inteligencia es necesario que el maestro proporcione un ambiente de aprendizaje óptimo, sin embargo en el instrumento¹¹¹ aplicado a los *maestros*, en el *reactivo 6*, se les pide que comenten *qué otras alternativas han implementado para contribuir en el mejor aprendizaje de un niño con TDA*, comentando en un 88.09% que no han implementado ninguna alternativa, esto llama la atención ya que como se observó anteriormente en el *reactivo 3* el 95.23% de los maestros *ha detectado algún caso del Trastorno por Déficit de Atención*, es decir que la mayor parte de los maestros conoce o tienen un alumno diagnosticado con TDA o que se cree tienen TDA en su salón de clases pero no ha implementado ninguna estrategia para ayudar o mejorar la situación, y aunque en el *reactivo número 4* el 28.57% de los maestros haya comentado que no es su problema solucionar los casos del TDA, sí es de su incumbencia ayudar y solucionar los conflictos que enfrenta un niño con TDA.

¹¹¹ Ver formato de cuestionario para maestros en ANEXOS, pregunta 6.

Por lo que varios especialistas propusieron en el seminario internacional AMEXPAS 2000, que es necesario que “el maestro proporcione un ambiente de aprendizaje seguro, con estimulación rica y variada; ofrecer oportunidades de seleccionar áreas de interés; fomentando la iniciativa en la exploración, la observación, el cuestionamiento, el tacto; ofrecer una variedad de materiales, incluyendo niveles de dificultad y complejidad; desarrollar un ambiente de aprendizaje interactivo, que tenga múltiples niveles de materiales; reducir los ejercicios y las actividades repetidas, especialmente en la enseñanza de procesos de pensamiento complejo; utilizar estrategias de aprendizaje que incluyan el uso de todos los sentidos e integre todas las áreas de la función cerebral; etc.”¹¹²

De esta manera, el tratamiento que se desarrolla para los niños sobresalientes cubre las áreas de interés que los niños diagnosticados con TDA y TDA/H requieren para resolver sus problemas inmediatos, (déficit de atención, impulsividad, problemas en el aprendizaje), por lo que, el desarrollo de las inteligencias aunado a un tratamiento de atención psicopedagógica; permitiría que los niños que han sido diagnosticados con TDA y TDA/H y que son tratados con medicamentos, puedan superar las dificultades a partir del perfeccionamiento de las habilidades que anteriormente presentaba como síntomas.

Sin embargo es necesario dar a conocer primeramente a los padres y maestros de estas nuevas alternativas de atención psicopedagógica ya que como se observó en el instrumento aplicado a *padres* en el *reactivo 5* y a *maestros* en el *reactivo 8* sobre las opciones que consideran eficaces en el desarrollo de un niño con TDA, 16 de los padres consideró las alternativas psicopedagógicas como una opción eficaz; mientras que sólo 8 de los maestros eligió esta opción.

Respecto a las opciones sobre las alternativas psicopedagógicas como por ejemplo: la adecuada nutrición, los ejercicios respiratorios, la relajación, la terapia musical, la gimnasia cerebral y las técnicas de programación neuro - lingüísticas, presentadas en el cuestionario (en este mismo reactivo de opción múltiple), las opciones con mayor elección fueron por parte de los *padres* (*reactivo5*) la gimnasia cerebral elegida por 15 de ellos y la programación neuro - lingüística por 13 padres, de la misma manera en el caso de los

¹¹² AMEXPAS *Op. cit.* p. 3.

maestros (reactivo 8) la gimnasia cerebral elegida por 20 maestros y la programación neuro - lingüística por 13.

El hecho de que las otras alternativas presentadas no fueran elegidas en un amplio número, no significa que no funcionen o que no sean adecuadas, sino que estos tratamientos no han sido aplicados o aun son desconocidos.

Pero por todo lo anterior comentado en este capitulo, es evidente que el tratamiento psicopedagógico permitiría tanto a padres, maestros y especialistas cambiar la visión de los niños con TDA como una patología por niños con características especiales actuales, es decir sobresalientes y por lo tanto su desarrollo y desenvolvimiento se podría llevar a cabo a partir de la utilización de alternativas que no tiene repercusiones en el organismo y que por el contrario amplían el campo de oportunidades para estos niños. Por lo que en el siguiente capitulo se desarrollaran las diversas alternativas psicopedagógicas que conjuntamente pueden llagar a brindar un optimo tratamiento para los niños diagnosticados con TDA.

CAPÍTULO IV

PROPUESTA PSICOPEDAGÓGICA ACTUAL PARA NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN.

Como se ha visto en el transcurso del presente trabajo la mayoría de los niños diagnosticados con TDA y su familia se enfrentan a un cambio de rutina, trato y visión dentro y fuera de la familia y escuela. Así los maestros, los padres, especialistas y todo aquel que conoce a un niño diagnosticado con TDA o que se sospeche de éste, pueden brindar una nueva visión en el tratamiento de los niños, a partir de conocer la adecuada información sobre el TDA; siendo precisamente el tratamiento el elemento que contribuye a llevar un proceso de enseñanza - aprendizaje adecuado para cada niño, permitiendo en determinado momento (a partir de ciertos parámetros de atención y diagnóstico), eliminar la ingesta farmacológica cuando no exista una base orgánica comprobable, evitando las repercusiones a largo plazo que implica la utilización de cualquier fármaco.

Por todo lo visto en los capítulos anteriores, se realiza la siguiente propuesta de alternativas psicopedagógicas actuales, que además de permitir el exitoso desarrollo del niño respecto a sus habilidades básicas y específicas, permiten replantear la perspectiva de los niños diagnosticados con TDA como niños sobresalientes. Estas alternativas psicopedagógicas actuales se respaldan en las aportaciones del cognoscitivismo y el humanismo, ya que trabajar con los niños con TDA requiere de un aprendizaje significativo, de la participación de cada uno de ellos, no sólo como receptores de la información, sino como *descubridores de su propio aprendizaje*.

Es por ello, que en este apartado se presentan las bases que fundamentan las diversas alternativas psicopedagógicas, respaldando cada una de las actividades propuestas con bases teórico - pedagógicas adecuadas para trabajar con los niños con TDA. Del mismo modo se presentan cada una de las alternativas psicopedagógicas, su vinculación teórica (cognoscitiva y humanista), su fundamentación, la importancia biológica, psicológica, social y pedagógica de cada una de ellas en el desarrollo del niño con TDA; por lo que también se demuestra la incidencia de cada una de estas alternativas en el tratamiento interdisciplinario del niño.

En el segundo apartado se expone el manual de intervención psicopedagógica, actual para niños con TDA, retomando la importancia del trabajo conjunto con padres y maestros, desarrollando cada alternativa como una fase de trabajo para los niños, cada una de estas fases se encuentra vinculada con las bases pedagógicas necesarias, para que el niño con TDA desarrolle, así como los objetivos generales del manual; el objetivo a lograr al término de cada fase y los objetivos específicos a lograr en cada actividad; finalmente se presentan las evaluaciones necesarias que permitirán observar el cumplimiento de los objetivos iniciales, los cuales desarrollarán las habilidades de los niños diagnosticados con TDA, logrando un completo dominio de sí mismos, un mejor funcionamiento cerebral alcanzando estados de tranquilidad y serenidad, pero sobre todo con el cuerpo y la mente alerta, desarrollando su potencial interno, así como el pensamiento, la percepción y la memoria, evitando la rutina y el aburrimiento; y de esta forma lograr no sólo modificar el tratamiento farmacológico por nuevas alternativas de intervención, sino validar a los niños diagnosticados con TDA como niños sobresalientes.

Así, conocer las diferentes alternativas psicopedagógicas evitarían que existan niños etiquetados o rechazados por un mal diagnóstico de TDA, pero además permitiría que los niños que ya han sido diagnosticados con el Trastorno por Déficit de Atención tengan otras alternativas de acción las cuales puedan emplear en cualquier momento. Las alternativas propuestas se desarrollan de forma que no interfieran con la labor de los especialistas que llevan el caso, como los neurólogos, psiquiatras o psicólogos, por el contrario estas propuestas son creadas para llevarse a cabo interdisciplinariamente.

4.1. PROPUESTA

El presente capítulo está conformado de tal manera que pueda colaborar con los padres de familia, los docentes, y todos aquellos involucrados en la detección y tratamiento del TDA, proporcionando nuevas estrategias de acción encaminadas al óptimo desarrollo de cada niño diagnosticado con TDA.

Como se ha visto anteriormente en los cuestionarios aplicados a padres y maestros (capítulo III), cuando se habla del TDA, se asocia inmediatamente con niños que presentan inatención, hiperactividad, impulsividad, etc., lo que para ellos origina problemas en el aprendizaje, los maestros aseguran que “el niño no aprende” o que “no es posible enseñarle nada”, o incluso que “requieren clases especiales”, etc.

Para entender el problema en el aprendizaje al cuál hacen referencia los maestros y padres de familia es necesario encontrar una definición precisa de *problema en el aprendizaje* o *dificultades en el aprendizaje* y así tener una idea clara sobre los verdaderos problemas de que presenta el niño con TDA en el proceso de enseñanza - aprendizaje y lograr actuar sobre éstos.

Algunos especialistas médicos como los neurólogos, los psiquiatras, los oftalmólogos y los pediatras se ocupan de la etiología del problema de aprendizaje, "consideran a la incapacidad del aprendizaje como un problema patológico que se relaciona frecuentemente con un daño en el sistema nervioso central. Ellos emplean términos descriptivos como lesión cerebral o disfunción cerebral mínima."¹¹³

Debido a que intervienen muchas profesiones heterogéneas, existe diversidad de confusión tanto en la terminología como en el análisis de los problemas. Por ejemplo para hacer referencia al enfoque de Sara Paín, la cual explica, que un problema de aprendizaje es un síntoma, es decir, "un estado particular de un sistema que para equilibrarse, ha necesitado adoptar este tipo de comportamiento y a éste se le llama no aprendizaje,"¹¹⁴ que no es igual a no aprender sino que como un síntoma sólo está cumpliendo una función integradora.

Por otro lado, en la literatura de la educación especial se emplea la palabra "*excepcional* para referirse a aquellos niños que, por problemas de tipo psicológico, físico y educativo requieren de métodos particulares y maestros especialmente preparados para enseñarles. A veces, aunque sin razón, ese término se emplea como sinónimo de *impedido específicamente para aprender*. (...) El niño con dificultades en el aprendizaje es un tipo particular de niño excepcional, pero esta calificación no se puede aplicar a todos los niños con problemas en el dominio de las disciplinas escolares, aunque hay muchos maestros que no hacen la distinción."¹¹⁵

¹¹³ AUSUBEL, David P. *Psicología Educativa. Un punto de vista cognoscitivo*. p. 266. "Las principales disciplinas que se ocupan de los problemas de aprendizaje son la medicina, la psicología, la educación y otras profesiones. Los psicólogos, observan y evalúan la conducta y el desempeño externos del niño y muestran interés por las manifestaciones de los problemas perceptuales, la impulsividad, la perseverancia y el pensamiento concreto en oposición al abstracto. Los educadores se concentran en la conducta de aprendizaje del niño en relación con la adquisición de las materias de estudio a través de la presentación conveniente de métodos y materiales. Otros profesionistas como los optómetras, los audiólogos y los especialistas del lenguaje consideran a las dificultades para aprender desde el punto de vista de sus propias disciplinas."

¹¹⁴ PAÍN, Sara *Op. cit.*, p. 34.

¹¹⁵ MYERS, Patricia I. Hammill, D. *Cómo educar a niños con problemas de aprendizaje*. p. 16.

Especialistas en educación, específicamente en las dificultades en el aprendizaje como Patricia Myers, explican que “a pesar de las bajas calificaciones y el hecho de que un niño salga mal en los exámenes no son características suficientes para indicar que existan dificultades específicas en el aprendizaje. Para satisfacer la definición de trastorno en el aprendizaje, el nivel de rendimiento observado en un niño ha de ser inesperadamente bajo, si se compara con su capacidad mental, con las características de rendimiento de sus condiscípulos y con el desempeño en otras áreas cognoscitivas, lingüísticas o escolares en general.”¹¹⁶

Del mismo modo, si el niño diagnosticado con TDA obtiene bajas calificaciones generales ésto no indicaría que tiene problemas de aprendizaje, sino que la forma en la que aprende o se desempeña en el salón de clases es diferente o incluso la forma en que actualmente se está conduciendo el proceso de enseñanza-aprendizaje está siendo obsoleto y alejado de las necesidades del niño ya que como se vio en el capítulo III, la mayoría de los niños con TDA presentan exámenes excelentes y la calificación desciende, ya que ésta es promediada con la conducta en el salón de clases.

Finalmente una de las definiciones desarrollada por el National Advisory Committee on Handicapped Children en 1968 describe que “Los niños con problemas o incapacidades de aprendizaje especiales exhiben un desorden en uno o más de los procesos psicológicos básicos involucrados en la comprensión o el uso de los lenguajes hablado o escrito. Se pueden manifestar en desórdenes de la audición, pensamiento, habla, lectura, escritura, ortografía o aritmética. Incluyen condiciones que han sido referidos como problemas perceptuales, daño cerebral, disfunción cerebral mínima, dislexia, afasia del desarrollo, etc.”¹¹⁷

Sin embargo en recientes publicaciones con aportaciones desde el punto de vista cognoscitivo describen que “Es frecuente que algunos niños que son incapaces de leer o de calcular desarrollen reacciones conductuales secundarias a su incapacidad como la ausencia de atención, labilidad emocional, distracción e hiperactividad. En otras palabras, lo que estamos sugiriendo es que *todos* los casos de incapacidad de aprendizaje *no son* causados forzosamente por daño cerebral mínimo y que. el tratamiento con drogas como el Ritalin® no siempre es el indicado. En la gran

¹¹⁶ MYERS, Patricia I. Hammill. *Op. cit.* p.15.

¹¹⁷ AUSUBEL, David P. *Op. cit.* p.266.

mayoría de los casos conocidos no se han presentado signos ni señales electroencefalográficos o nerviosos de daño cerebral.”¹¹⁸

Por lo anterior el presente trabajo se basa en las aportaciones del cognoscitivismo y el humanismo ya que es necesario replantear la manera en la que la escuela tradicional trabaja con niños con características actuales. Siendo necesario aclarar nuevamente, que no es la intención del presente trabajo cambiar el currículo escolar, sino dar alternativas para los padres y maestros fundamentadas en corrientes que consideran al sujeto de aprendizaje en primer lugar, sus procesos de aprendizaje, la relevancia de cada uno de los involucrados en el proceso de enseñanza – aprendizaje, etc.

Así estas corrientes sustentan las alternativas psicopedagógicas actuales las cuales desarrollan todas las capacidades y habilidades del niño dentro de un sistema tradicional, es decir, el desarrollo de estas habilidades permiten que él responda a las expectativas del sistema educativo y así lograr un equilibrio social, emocional, familiar y personal.

4.1.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

En este punto es preciso abordar de forma general las teorías que permitirán desarrollar las alternativas psicopedagógicas actuales para los niños con TDA: el cognoscitivismo y el humanismo.

Así, primero se podría definir *Cognición* como un proceso a través del cual se adquiere conocimiento incluye: entender, recordar, razonar, la atención, estar consciente, adquirir capacidades, crear nuevas ideas. También se describe como los “procesos referentes a nuestra interacción con los objetos del mundo que nos rodea y el cómo conocemos.”¹¹⁹

Por lo que, las alternativas psicopedagógicas presentadas en el manual para padres y maestros fomentan el desarrollo de cada una de estas características (comprensión, memoria, razonamiento, atención, conciencia (estar consciente de algo), adquirir habilidades y crear nuevas ideas), ya que permitirán entre otras cosas que el niño diagnosticado con TDA se integre a cualquier sistema educativo.

¹¹⁸ AUSUBEL, David P. *Op. cit.* p. 266.

¹¹⁹ MYERS, Patricia. *Op. cit.* p.65. Vol. 1.

Por lo anterior es necesario mostrar los principales sustentos de estas teorías. Así, las raíces del cognoscitismo se remontan a la psicología de la Gestalt.¹²⁰ La corriente cognoscitiva “centra su objetivo en el estudio de los procesos internos que conducen al aprendizaje, se interesa por los fenómenos y procesos que ocurren en el individuo cuando aprende, cómo ingresa la información a aprender, cómo se transforma en el individuo y cómo la información se encuentra lista para que el individuo la aplique o desarrolle.”¹²¹

Existen diversos teóricos cognoscitivos (J. Bruner, D. Ausubel, Dewey, Glaser) que se han interesado en resaltar que la educación debiera orientarse a lograr el desarrollo de habilidades de aprendizaje y no sólo el enseñar conocimientos.

Para los cognoscitivistas¹²² en este aprendizaje se distinguen los diferentes elementos por medio de los cuales se llega a la adquisición del conocimiento como la percepción, la habilidad, la memoria y la inteligencia y otros procesos de pensamiento.

La percepción es la vía por la cual los estímulos llegan al cerebro, en este punto Bruner, “enfatisa el valor del aprendizaje por descubrimiento, afirma que es posible enseñar cualquier cosa a un niño siempre y cuando se haga en su propio lenguaje,”¹²³ añade que los niños pueden aprender si se les ofrece la posibilidad de practicar con materiales que puedan manipular por sí mismos.

Además Bruner explica que si enseñamos a los niños cualquier tipo de habilidad que corresponda al nivel de desarrollo que ellos posean, serán perfectamente capaces de aprenderlo, lo que posibilitaría el aprendizaje en los niños diagnosticados con TDA. Según Bruner, en cada etapa de desarrollo el niño pasa por tres modos de representación del mundo: la representación *enativa*, *icónica*, y *simbólica*:

La representación *enativa* significa básicamente que la representación del mundo se hace a través de la respuesta motriz; el modo *icónico* depende, de una cierta cantidad de respuestas y habilidades motrices así como de ejercicios paralelos que permiten a los niños

¹²⁰ GUZMÁN J. *Op. cit.* p. 25 “Gestalt, escuela psicológica desarrollada a principios de este siglo en Alemania caracterizada por enfatizar el trascendental papel que tienen los procesos perceptuales en la solución de problemas. Gestalt es una palabra alemana que significa “forma”, “pauta”, “configuración”; para ellos aprender no consistía en agregar nuevas huellas y quitar las antiguas, sino en cambiar una gestalt por otra. Este cambio puede darse por medio de una nueva experiencia, la reflexión o el mero transcurso del tiempo. Postularon que las reestructuraciones se lograban por medio del discernimiento repentino, que implica una comprensión profunda de una situación bajo un nuevo aspecto que antes no se veía.”

¹²¹ NIKERSON, Raymond S., y Perkins. *Enseñar a pensar. Aspectos de la aptitud intelectual.* p. 47

¹²² GLAZMAN, R. Follari, R. *Corrientes psicológicas y Currículum,* p. 48.

¹²³ ARAUJO Joao B. y Clifton B. Chadwick. “*La teoría de Bruner.*” p. 39 – 45.

percibir el ambiente y transformarlo en imágenes y la representación *simbólica* en donde los objetos del ambiente no necesitan estar presentes en su campo perceptivo.

Es importante tomar en cuenta estas representaciones ya que una de las principales problemáticas que presentan los niños diagnosticados con TDA, es la hiperactividad, (hay niños con TDA con o sin hiperactividad), pero el proceso de representación del mundo requiere de la respuesta motriz adecuada así como el desarrollo de ésta.

En cuanto a la función de la memoria (que es la capacidad de recordar situaciones o hechos pasados) es vital para poder llevar a cabo la realización de algunas tareas y propiamente el aprendizaje. La memoria visual en el niño hiperactivo se fija por un corto periodo y éste puede ser uno de los problemas para la organización de los estímulos.

En este punto el doctor Eduardo Barragán, explica que "en apariencia, el principal problema de los pacientes con TDA, no se encuentra en el modo de recibir los estímulos (atención), sino en el procesamiento interno de la información y en la selección de la respuesta correcta al estímulo y que la mayoría de las teorías acerca del desarrollo se centran en la alteración del proceso de atención."¹²⁴

Por lo que se podría asumir que los niños diagnosticados con TDA no atienden, no por llevarle la contraria a los padres o a los docentes sino por la forma de procesar la información. En este punto hay que recordar que de igual forma los niños sobresalientes (capítulo III), no procesan la información igual que el resto de los niños, lo cual no significa que estén enfermos o sean "anormales," sino que la forma en que responden ante los estímulos es diferente.¹²⁵

Es por eso que, para la corriente cognoscitiva es primordial conseguir que los estudiantes "aprendan a aprender", más que la mera acumulación de información y el manejo de contenidos, por lo que valoran que la educación promueva la curiosidad, la duda, la creatividad, el razonamiento y la imaginación.

¹²⁴ BARRAGÁN, Eduardo. *Op. cit.*, p. 69.

¹²⁵ *Ibid.* p. 85. "En particular, cuatro componentes de la función ejecutiva, se piensa que se encuentran limitados en pacientes con dicho trastorno la memoria funcional no verbal y la memoria funcional verbal. La *memoria funcional* se refiere a la habilidad de representar información visual en la memoria. Las limitaciones resultan en comportamientos controlados en gran medida por el contexto inmediato y sus consecuencias lo cual se traduce en comportamientos explosivos sin meditar en los resultados de las acciones (impulsividad). La *memoria funcional verbal* se refiere a la habilidad para la autocrítica, durante la solución de un problema, las dificultades en esta producen una limitación de la autovaloración (baja autoestima, poco agrado de sí) desorden en la expresión verbal (normalmente tendiente a repetir las frases porque son poco claros a la hora de exponer sus ideas) y dificultad en la comprensión de la lectura

Es decir la "educación debe instruir a los alumnos en un conjunto de procedimientos indispensables para la realización exitosa de tareas intelectuales."¹²⁶

Si bien, en los niños diagnosticados con TDA existe un problema de atención y concentración, en cambio "cuando se encuentran motivados o atraídos por algo, su nivel de atención puede ser mayor; comprenden reglas, instrucciones y normas y parecen estar motivados a cumplirlas, pero no las cumplen sino se les advierte y recuerda"¹²⁷ (como generalmente sucede con cualquier niño en ese rango de edad.)

Aunado a todo lo anterior las aportaciones del aprendizaje por descubrimiento es una expresión básica en la teoría de Bruner) muestra la importancia que atribuye a la acción individual en el aprendizaje. "La resolución de problemas dependerá de como se presentan éstos en una situación concreta, ya que han de suponer un reto, un desafío que incite a su resolución y propicie la transmisión del aprendizaje."¹²⁸

Así los niños diagnosticados con TDA, de acuerdo a sus características y bajo esta perspectiva podrán desarrollar sus habilidades de iniciativa, innovación, búsqueda, descubrimiento, curiosidad, etc., que son mal entendidas en un sistema tradicional. Por otra parte, refiriéndonos a los materiales para el aprendizaje, Bruner propone la estimulación cognitiva mediante materiales que entrenen en las operaciones lógicas básicas, pero no por ello aburridas o tediosas sino con la particularidad de ser descubiertas por el alumno. El descubrimiento favorece el desarrollo mental, "consiste en transformar o reorganizar la evidencia de manera, de poder ver más allá de ella"¹²⁹

Conjuntamente con el aprendizaje por descubrimiento, es importante desarrollar en los niños con TDA, el aprendizaje significativo expuesto por David P. Ausubel. En donde la expresión "significativo" es utilizada por oposición a lo "memorístico" o "mecánico". "Para que un contenido sea significativo ha de ser incorporado al conjunto de conocimientos del sujeto, relacionándolo con sus conocimientos previos. La información es comprendida por el alumno y se dice que hay una relación entre la nueva información y la

¹²⁶ GUZMÁN, J. Hernández R. *Implicaciones Educativas de Seis Teorías Psicológicas*, p. 28.

¹²⁷ LÓPEZ y García. *Problemas de Atención en el niño*, p. 14 – 30.

¹²⁸ BRUNER, J. *Acción pensamiento y lenguaje*. p. 86.

¹²⁹ AUSUBEL, David P. *Op. cit.* p. 447. "El método por descubrimiento resulta muy apropiado durante los años escolares y al principio de la escuela primaria cuando ocurre más formación de asimilación de conceptos, y cuando los prerrequisitos para adquirir grandes cuerpos de conocimientos (la disponibilidad de un vasto volumen de abstracciones y términos conjuntivos y un modo abstracto de asimilar ideas) no se hallan presentes. Asimismo, los métodos de descubrimiento pueden utilizarse con alumnos de más edad durante las primeras etapas de su exposición a una disciplina nueva y en todos los niveles de edad.

presente en la estructura cognoscitiva.”¹³⁰ No obstante es probable que los niños de los primeros grados escolares no tengan la suficiente información previa, pero sí es importante que los maestros consideren que los niños con TDA no aprenden por recepción¹³¹ y que el mínimo conocimiento previo que tengan es suficiente para motivarlos a un nuevo aprendizaje.

Siendo así que el aprendizaje significativo y por descubrimiento son las formas necesarias para que el niño diagnosticado con TDA desarrolle al máximo su potencial incluso que empiece a considerársele como un niño sobresaliente y no como un niño problema, por lo que, si, el mismo niño en lugar de ubicarlo en un sistema educativo tradicional se desarrolla en un sistema cuyo objetivo no es que el alumno sea el receptor del conocimiento sino, obtener un aprendizaje significativo y que “aprenda a aprender,” entonces uno de los “problemas” del TDA como la hiperactividad sería visto como una ventaja ante un modelo que fomente la curiosidad, la iniciativa, la exploración, la motivación para descubrir y aprender.

Sin embargo, aunque el niño aprenda con una metodología tradicional, es innegable que a partir de la aplicación de las alternativas psicopedagógicas presentadas en el manual desde un punto de vista cognoscitivo como el aprendizaje significativo y por descubrimiento, permitirán que el niño con TDA desarrolle las habilidades necesarias para responder a las necesidades educativas, sin requerir en la mayoría de los casos la administración de medicamento.

Ahora bien, es necesario hablar de la importancia de los actores del aprendizaje; para los cognoscitivistas, el alumno es entendido como un sujeto activo procesador de información, quien posee una serie de esquemas, planes y estrategias para aprender a solucionar problemas, los cuales a su vez deben ser desarrollados. “Siempre en cualquier contexto escolar, existe un cierto nivel de actividad cognitiva, por lo cual se considera que el alumno nunca es un ente pasivo a merced de las contingencias ambientales o instruccionales.”¹³²

¹³⁰ AUSUBEL, David P. *Op. cit.* p. 538.

¹³¹ *Ibid.* p. 34. “En el aprendizaje por recepción, el contenido de lo que se va a aprender se le presenta al alumno en su forma final. En la tarea de aprendizaje, el alumno no tiene que hacer ningún descubrimiento independiente. Se le exige sólo que internalice o incorpore el material (una lista de sílabas sin sentido o de adjetivos apareados; un poema o un teorema de geometría) que se le presenta de modo que pueda recuperarlo o reproducirlo en fecha futura.

¹³² GUZMÁN, J. *Op. cit.*, p. 28.

El maestro como primera condición, debe partir de “la idea de un alumno activo que aprende de manera significativa, que “aprende a aprender” y a pensar. Su papel se centra sobre todo en confeccionar y organizar experiencias didácticas que logren esos fines. Desde esa perspectiva, el profesor debe estar profundamente interesado en promover en sus alumnos el aprendizaje significativo de los contenidos escolares.”¹³³ Para ello, es necesario que el maestro procure en sus lecciones, exposiciones de los contenidos, lecturas y experiencias de aprendizaje, para aspirar a que los alumnos logren un aprendizaje en verdad significativo.

La teoría cognoscitiva ha hecho enormes aportes al campo de la educación: los estudios de memoria a corto plazo y largo plazo; los de formación de conceptos y, en general todo lo referente al procesamiento de información, así como las distinciones entre tipos y formas de aprendizaje. El maestro con la influencia de la teoría cognoscitiva presenta a sus alumnos la información observando sus características particulares, los incita a encontrar y hacer explícita la relación entre la información nueva y la previa.

Así, una metodología basada en el cognoscitivismo, permitirá que los niños diagnosticados con TDA desarrollen su memoria, atención, concentración, retención. Sin embargo a partir de las propuestas psicopedagógicas es posible que, aunque el sistema educativo no se acople a la estructura del pensamiento del niño, éste pueda desarrollar sus habilidades cognitivas.

Conjuntamente con el cognoscitivismo, las aportaciones del humanismo permiten que el niño diagnosticado con TDA desarrolle al máximo sus capacidades y habilidades cognitivas y personales, permitiéndole no sólo integrarse a un sistema tradicional sin requerir medicamentos (cuando hay una base orgánica comprobable) sino empezar a tratarlo bajo una perspectiva de niño sobresaliente, a partir del cambio de visión tanto de padres como de maestros y de la aplicación de las alternativas psicopedagógicas presentadas en este trabajo; ya que las aportaciones del cognoscitivismo y el humanismo fundamentan cada una de estas alternativas como *la inteligencia emocional, la programación neurolingüística, la gimnasia cerebral*, entre otras.

Así la teoría del humanismo, “comparte con la filosofía existencialista, la visión del hombre como un ser creativo, libre y consciente. Los humanistas, parten del hecho de que

¹³³ *idem.*

los humanos, somos seres finitos, mortales, que tenemos un tiempo limitado de vida, por lo que el sentido de nuestra vida es buscar la autorrealización; para Carl Rogers, ésta es un proceso y no un estado del ser, una dirección y no un destino (...) En donde la persona asuma el compromiso de construir su propio modo de vivir, no importando los obstáculos a los que se enfrente, sean estos derivados de limitaciones física, socioeconómica, sexuales, étnicas, etc. En donde las personas puedan desarrollar mayor conocimiento y dominio de su propia experiencia, mejorar sus relaciones interpersonales y sobre todo dar sentido pleno a su existencia.”¹³⁴

Partiendo de estas aportaciones es posible diseñar las alternativas psicopedagógicas para los niños diagnosticados con TDA, buscando ante todo que el diagnóstico con una base orgánica comprobable, no sea una limitante para el desarrollo de sus habilidades cognitivas, mucho menos que sea una excusa para no realizarse plenamente como individuo y parte de la sociedad.

Es decir las aportaciones del humanismo permiten que el planteamiento de cada una de las alternativas psicopedagógicas, sean desarrolladas a partir de incitar en el niño a buscar lo mejor de sí mismo, a progresar constantemente aun las limitaciones existentes no sólo en el núcleo escolar en el que se desenvuelve, sino como ser humano. Y el cognoscitivismo, al buscar que el niño construya su propio conocimiento; donde nosotros somos la guía para ese nuevo aprendizaje. Así alternativas como *programación neuro lingüística, relajación, gimnasia cerebral, musicoterapia e inteligencia emocional* que se fundamentan en estas aportaciones del humanismo y cognoscitivismo permiten desarrollar no sólo las habilidades cognitivas, sino una personalidad fuerte y segura ante un sistema, que de antemano lo etiqueta, controla y en la mayoría de los casos rechaza.

Así una de las principales aportaciones del humanismo es la teoría de no-directividad, teoría planteada por Carl Rogers, explica que "el niño (...) debe ser tratado como persona única, digna de respeto, con el derecho a evaluar su experiencia a su

¹³⁴ GUZMÁN, J. Hernández R. *Op. cit.* p. 41. "Como representantes de la corriente humanista – existencial están el ya citado Maslow, Allport, Rogers, R. May y V. Frankl, cuyas contribuciones teóricas han enriquecido a la psicología y psiquiatría moderna. La teoría humanista propone una ciencia del hombre que tome en cuenta la conciencia, la ética, la individualidad y los valores espirituales. Aunque la psicología humanista es relativamente reciente en Norteamérica, en Europa tiene una honda raíz histórica, la cual se remonta hasta Aristóteles y Santo Tomás en cuanto a sus doctrinas del intelecto activo. La psicología humanista es un movimiento contra la psicología predominante en la primera mitad de este siglo caracterizada por su mecanicismo y simplismo."

manera, con amplios poderes de elección autónoma. Los contenidos o conceptos a aprender como importantes para sus objetivos individuales y útiles para su desarrollo y enriquecimiento personal. Rogers sostiene que es mucho mejor si se promueve un aprendizaje participativo, donde el alumno decida, emplee sus propios recursos y se responsabilice de lo que va aprender y no tener un aprendizaje pasivo o impuesto por el profesor.¹³⁵

En este punto las aportaciones del humanismo reafirman la teoría que propone que el aprendizaje significativo no es un simple aumento de conocimientos, sino que “entreteje cada aspecto de la existencia del individuo y que es necesario que el maestro facilite el aprendizaje del estudiante creando una atmósfera de respeto y apoyo a la curiosidad y la duda, valorando la búsqueda personalizada de los conocimientos, donde todas las cosas se vuelven objeto de estudio y exploración.”¹³⁶

Por eso la principal tarea del maestro no es la de transmitir conocimientos sino fomentar el desarrollo y práctica de los procesos cognoscitivos del alumno; su función es “identificar los conocimientos previos que los alumnos tienen acerca del tema o contenido a enseñar para relacionarlos con lo que van a aprender;”¹³⁷ por lo que el maestro debe procurar hacer amena y atractiva la clase teniendo en cuenta que el fin último de su labor no sólo es el aprendizaje significativo, sino el desarrollo de una personalidad fuerte y segura; creando un clima de aceptación en el grupo, aceptando a sus alumnos como son y ayudándoles a que se acepten entre sí mismos; facilitando el aprendizaje.

Si concebimos a la enseñanza a partir de una perspectiva cognoscitivista y humanista como un proceso placentero y fascinante y no como algo enfadoso, mecánico y aburrido, los alumnos podrían buscar las formas de satisfacer su propia curiosidad intelectual, además de aprender por un deseo personal y no porque el profesor se lo ordenó o para obtener una calificación.

Si bien lo anterior es indispensable y deseable para todos los niños aun más para los que son diagnosticados con TDA. Siendo precisamente un diagnóstico apropiado, el que permitiría no sólo la identificación correcta del TDA, sino que descartaría cualquier otro tipo de enfermedad o problemática que pueden generar los mismos síntomas, como

¹³⁵ NICKERSON, E. Perkins, D. *Enseñar a pensar. Aspectos de la aptitud intelectual.* p. 126.

¹³⁶ *Ibid.*, p. 46.

¹³⁷ Guzmán, J. *Op. cit.*, p. 45.

se vio en el punto 3.5.2, el cual se refiere al diagnóstico de los niños con TDA. Así, al conocer, identificar y detectar las características de los niños diagnosticados con TDA, será posible identificar a aquellos niños que no tienen TDA, (en la mayoría de los casos) y que son niños sobresalientes, los cuales se caracterizan, (como se vio en el punto 3.5.1) por tener un amplio vocabulario, gran capacidad para adquirir habilidades, buena memoria (sobre todo de cosas que pasaron hace mucho tiempo), además de gustarle la experimentación y la utilización de frases con estructura sofisticada, etc.

Los niños sobresalientes tienen características que llamaríamos sintomáticas en los niños con TDA; donde en ambos casos son similares y sin embargo es posible orientar esas capacidades y ayudarlos en las áreas que faltan por desarrollar.

De la misma manera que los niños sobresalientes y los niños diagnosticados con TDA, requieren de escuelas que desarrollen sus habilidades básicas, así como de actividades psicopedagógicas que permitan el desempeño de sus capacidades y que puedan evitar el rechazo, la rutina que genera en el aburrimiento y los problemas emocionales que se dan en la escuela o en la casa.

Es por eso, que en el tratamiento se busca la desaparición del síntoma y la posibilidad de aprender adecuadamente; por lo que el tratamiento debe ser interdisciplinario tomando en cuenta el aspecto individual, familiar, escolar, farmacológico¹³⁸ y de intervención psicopedagógica, abordando en este programa a los niños diagnosticados con TDA con hiperactividad o no, como una forma de niño sobresaliente, esencial para lograr tal propósito, por lo que además de tomar como base el cognoscitivismo, se utilizarán los principios del humanismo y las actuales aportaciones de la Teoría de las Inteligencias Múltiples de Howard Gardner, así como las propuestas de la Asociación Mexicana para el Apoyo a Sobresalientes, A. C.

Así las alternativas psicopedagógicas como la *nutrición, respiración, musicoterapia, programación neuro – lingüística, inteligencia emocional y gimnasia cerebral*; diseñadas bajo una perspectiva cognoscitivista y humanista, permitirán no sólo el desarrollo de los aspectos

¹³⁸ El diagnóstico del TDA, incluye generalmente un tratamiento farmacológico, sin embargo se recomienda la utilización de éste sólo cuando exista una base orgánica comprobable y con la estricta supervisión de un neurólogo que observe las posibles contraindicaciones, así como las reacciones secundarias del mismo. No es la intención del presente trabajo poner en duda el aspecto científico así como los avances psiquiátricos y farmacológicos en el tratamiento del problema; si no poder evitar en gran medida la ingesta farmacológica cuando no se requiera.

cognitivos necesarios en el sistema educativo actual, sino el desarrollo de todas las capacidades y habilidades personales, logrando un sentido pleno a su existencia.

En la medida que se lleven a cabo las anteriores alternativas de intervención psicopedagógicas de manera conjunta con los tratamientos necesarios para el óptimo desarrollo de los niños diagnosticados con TDA, se podrán observar mejoras en el proceso de aprendizaje lo que permitiría la eliminación de la ingesta farmacológica aún en casos con factores orgánicos comprobables. Por ello en los siguientes apartados se presentan una serie de alternativas de atención las cuales están estructuradas de manera conjunta con las aportaciones de la medicina, psicología, la neurología, y la pedagogía; así las opciones de atención a los niños diagnosticados con TDA son múltiples, variadas y al alcance de los padres, maestros y todas aquellas personas que se relacionen con un niño con TDA, por lo que, su aplicación no depende únicamente de un especialista o de un lugar específico, por el contrario las alternativas presentadas a continuación están diseñadas para utilizarse en el momento necesario, siempre y cuando se apliquen adecuadamente.

4.2. ALTERNATIVAS PSICOPEDAGÓGICAS (VINCULACIÓN TEÓRICA)

El Trastorno por Déficit de Atención es actualmente uno de los principales problemas que afecta cada vez más a niños en edad escolar, repercutiendo en la familia, la escuela, las relaciones sociales, personales y en todo el contexto en el que se desenvuelve un niño diagnosticados con TDA. Principalmente porque la mayoría de los niños presentan síntomas como desatención, impulsividad, desorden, irritabilidad, etc., y no por rebeldía o estar en contra del sistema educativo, institucional o familiar, sino como parte de su personalidad; la cual ha sido mal entendida por la educación tradicional que exige "el buen comportamiento" es decir que el niño esté sentado, callado, poniendo atención y, la calificación depende no sólo de lo que sabe del tema sino además de su conducta.

Ésto origina un círculo de exigencias, el maestro exige al alumno que se "comporte" y al padre que "ponga más atención en su hijo"; los padres a su vez exigen al hijo tener "buenas calificaciones y no más reportes," y exigen a los maestros "más flexibilidad y atención personalizada"; por último los niños terminan por exigirse a sí mismos a cumplir con las expectativas de todos los demás, sin conseguirlo. Este conflicto

personal se agudiza cuando el niño ha sido diagnosticado con TDA, ya que la primera recomendación para tratarlo es el medicamento; así la utilización de fármacos se vuelve la primera y la única alternativa de solución para maestros y padres desesperados por lograr que el niño “encaje” en un ambiente exigente; ésto no significa que los padres o los maestros sean los causantes del TDA sino que el enfrentar la situación depende del conocimiento sobre la misma problemática, que como se ha visto anteriormente aún cuando entre 1993 y el 2002 la venta de medicamentos para los niños con TDA aumentó en un 800% en México, la información sobre el tema no es clara ni conocida por la mayoría de las personas.

Así como se ha visto, el TDA ha tenido a lo largo de la historia diferentes definiciones, pero no ha tenido una definición concreta o específica en la cual se pueden basar los especialistas para la realización de un adecuado tratamiento (Capítulo II: Definición del Trastorno por Déficit de Atención); sin embargo todas las definiciones se sustentan en los síntomas, es decir, no hay un concepto definido, sino que la multiplicidad de los síntomas forma el concepto; así actualmente definir TDA (para muchos especialistas) es sinónimo de hiperactividad, inatención, impulsividad, distracción, pobre concentración, etc., por ejemplo el DSM – IV (1995), denomina el “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, a partir de los criterios para su diagnóstico, A1) Inatención y A2) Hiperactividad - Impulsividad”¹³⁹ otros autores como “López y García, 1997, en su obra *Problemas de atención en el niño*, definen el Trastorno por Déficit de Atención como un trastorno clínico infantil que suele aparecer entre los 4 y 7 años en niños con CI normal y que no presentan evidencia de trastornos psicológicos o de trastornos neurológicos graves. Suelen tener un curso temporal bastante largo, con una duración mínima de 6 meses y los niños que lo sufren se caracterizan por ser generalmente inquietos, distraídos impulsivos, suelen tener problemas de relación con compañeros y amigos, mostrarse impacientes, cambiando continuamente de actividad. En términos generales, hiperactividad, inatención e impulsividad han sido consideradas como características básicas del trastorno, mientras

¹³⁹ ALAVARADO Rosas, I. *Op. cit.* p.10. “Clasificación según el DSM – IV (1995) 1. F 90.0 Trastorno de déficit de atención con hiperactividad tipo combinado (314.01) 2. F 98.8 Trastorno de déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención. (314.00) 3. F 90.0 Trastorno de déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo – impulsivo (314.01) 4. F 90.9 Trastorno de déficit de atención con hiperactividad, no especificado (314.9).

que dificultades en el aprendizaje, conductas agresivas, dificultades de relaciones interpersonales, se han considerado síntomas secundarios”¹⁴⁰

De igual forma no existe una causa del TDA definida, y aunque se han realizado diversas investigaciones (utilizando diversos métodos como la resonancia magnética o la biología molecular) y teorías que hablan de alteraciones orgánicas específicas por traumatismo cráneo-encefálico o múltiples factores biológicos que afectan el desarrollo como la genética o los factores ambientales; no se ha llegado a una conclusión. Por ejemplo en una discusión sobre “las causas de la hiperactividad, Weithorn concluyó que poco se conoce acerca de los factores neurológicos específicos que pueden causar ese trastorno, aunque existen muchas sospechas al respecto”¹⁴¹

No obstante, a pesar de que en la mayoría de los niños con signos y síntomas propios de la definición del TDA, no registran un factor orgánico comprobable, por medio de la resonancia magnética o el electroencefalograma, (únicos en detectar un problema a nivel cerebral) tienen un tratamiento farmacológico propio para el sistema nervioso; éste se ha vuelto un tratamiento tradicional no sólo en países desarrollados como Estados Unidos, donde la cantidad de niños diagnosticados con TDA y medicados ha crecido alarmantemente en los últimos años; sino que el nivel de influencia del país vecino, ha generado que en México la mayoría de los niños que presentan algunas de las características propias del TDA, se les encasille como niños con un trastorno y como consecuencia, tengan un tratamiento farmacológico.

Sin embargo el diagnóstico de los niños con TDA no es sencillo requiere de la evaluación de varias pruebas clínicas (de laboratorio y gabinete), psicológicas y pedagógicas que determinen con precisión que hay un Trastorno por Déficit de Atención con una base orgánica comprobable, de lo contrario se estaría hablando de una inadecuada conducta o de una forma diferente de aprendizaje, pero no de TDA. Por lo que, si se considera que cada individuo tiene capacidades y habilidades diferentes para aprender, pensar y emplear la información (estilos cognoscitivos) es posible considerar que la mayoría de los niños que han sido diagnosticados con TDA en realidad son niños sobresalientes, los cuales muestran una gran cantidad de energía física (llamada

¹⁴⁰ CASADO, Silvia E. *Op. cit.* p.12.

¹⁴¹ MYERS, Patricia I. Hammill, D. *Op. cit.* p. 43. Opinión retomada de: Weithorn, C. J. Hyperactivity and the CNS: an etiological and diagnostic dilemma. 1973, p. 41-45.

hiperactividad en el TDA); interés por actividades y por lo desconocido (llamado distracción en el TDA), etc.

En este punto es necesario retomar las aportaciones realizadas a la educación por la corriente cognoscitivista¹⁴² y en especial por las teorías más representativas del cognoscitivismo, como la de David Ausubel quien determino “los mecanismos para lograr un aprendizaje significativo en la enseñanza. Así como la teoría de Jerome Bruner quien enfatiza el valor del aprendizaje por descubrimiento ya que <<Los humanos son seres activos dedicados a la construcción de su mundo.>>”¹⁴³

Lo anterior permite desarrollar en este trabajo nuevas propuestas para los niños diagnosticados con TDA,(Nutrición, Respiración, Relajación, Musicoterapia, Programación Neuro Lingüística, Inteligencia Emocional, Gimnasia Cerebral) ya que como se ha visto, actualmente se requiere de alternativas educativas que permitan un mejor aprendizaje, así el cognoscitivismo impulsa “la propuesta y el desarrollo de las estrategias de aprendizaje para fomentar el autoaprendizaje en los alumnos; se trata de aprender a aprender. Ésto es adquirir las habilidades de búsqueda y empleo eficiente de la información para lograr la autonomía en el aprendizaje”¹⁴⁴

Es por ello que en esta investigación se presentan las anteriores alternativas que, ejecutadas de forma conjunta permiten que el niño diagnosticado con TDA, desarrolle estas estrategias de autoaprendizaje; basadas ya no en una pedagogía tradicional sino en las necesidades y características actuales de los niños (todos los niños en general); y ya que una de las características de la mayoría de los niños con TDA es la curiosidad (se ha visto en las páginas anteriores que las actividades repetitivas hacen que los niños se distraigan, no pongan atención, etc. Cap. III), las alternativas psicopedagógicas desarrolladas en el presente capítulo son una herramienta para que el nuevo aprendizaje sea significativo aún en una escuela tradicional, la cual no responde a las necesidades actuales de los niños con TDA.

Si bien, no es la intención del presente trabajo hacer modificaciones curriculares a la escuela tradicional; sino aportar alternativas adicionales para lograr un trabajo interdisciplinario, se vuelve “primordial conseguir que los estudiantes aprendan a

¹⁴² GUZMÁN. J. *Op. cit.* p. 25.

¹⁴³ *Ibid.* p. 26.

¹⁴⁴ *Idem.*

aprender, ésto es, a emplear las habilidades de autorregulación del aprendizaje y del pensamiento, más que la mera acumulación de información o el manejo de contenidos. Por lo tanto [los teóricos de la corriente cognoscitiva] valoran muy positivamente que la educación promueva la curiosidad, el razonamiento y la imaginación. Es decir la educación debe instruir a los alumnos en un conjunto de procedimientos indispensables para la realización exitosa de tareas intelectuales.”¹⁴⁵

Así alternativas como Programación Neuro Lingüística, Gimnasia Cerebral o Inteligencia Emocional permiten que los niños diagnosticados con TDA desarrollen conjuntamente con los contenidos curriculares ya establecidos, habilidades con las cuales puedan acceder de manera eficaz al nuevo conocimiento; además de proponer una enseñanza atractiva, para que el niño tenga el deseo de seguir aprendiendo; por lo que “la tarea principal de los docentes no es transmitir conocimientos sino fomentar el desarrollo y práctica de los procesos cognitivos del alumno. Su obligación (en este caso tanto de maestros como de padres de familia) consiste en presentar el material de manera organizada, interesante y coherente; (...) deben procurar hacer amena y atractiva la clase teniendo en cuenta que el fin último de su labor es lograr el aprendizaje significativo.”¹⁴⁶

En este punto la utilización de la musicoterapia ayuda tanto a maestros como padres de familia a fomentar ese ambiente de interés necesario en los niños con TDA, recordando que no se busca cambiar el contenido curricular, sino apoyar al alumno para que los contenidos que están siendo asimilados tengan apoyo y cimiento en el nuevo aprendizaje.

De tal modo que para el cognoscitismo “la enseñanza debe estar encaminada a promover la capacidad de aprendizaje del alumno, perfeccionando las estrategias que promuevan la adquisición de conocimientos relevantes y que sean retenidos a largo plazo (...) así las estrategias de aprendizaje son habilidades, técnicas y destrezas utilizadas por el alumno para facilitar su aprendizaje, permitiéndole una mejor asimilación, comprensión y recuerdo de la información”¹⁴⁷, todo lo cual se podrá observar en el manual para niños diagnosticados con TDA en donde cada fase o alternativa psicopedagógica propone estrategias que permitan que el niño con TDA no sólo desarrolle su memoria, atención,

¹⁴⁵ *Ibid.* p. 28.

¹⁴⁶ *Ibid.* p. 29.

¹⁴⁷ *Ibid.* p. 30-31.

concentración y retención, sino que, además permitan que el niño mejore su rendimiento académico.

Así, la *Programación Neuro Lingüística* permite entre otras cosas, que el niño desarrolle la percepción, la memoria, el pensamiento y principalmente su potencial interno, a partir de reconocer sus propias capacidades habilidades y talentos lo que contribuirá no sólo a modificar su propia percepción (de un niño "latoso" a un niño con capacidades sobresalientes) sino la percepción de sus padres y maestros, ya que el manual está dirigido a todas aquellas personas involucradas en el ambiente de un niño con TDA.

Por su parte la *Inteligencia Emocional* desarrolla la atención, concentración y retención, ya que el niño aprende a través de sus propios intereses, habilidades y capacidades utilizando diversas herramientas de la IE como la autoconciencia, la motivación la empatía, las destrezas sociales, etc, permitiendo que el conocimiento interno de sus habilidades puedan ser utilizadas en beneficio del niño.

Del mismo modo la *Gimnasia Cerebral*, mejora la atención, concentración y memoria de los niños diagnosticados con TDA ya que equilibra y relaja el Sistema Nervioso indispensable en niños diagnosticados con TDA, principalmente en aquellos que utilizan medicamento.

Así mismo la *Relajación* y la *Respiración* utilizadas de forma independiente o conjuntamente permiten desarrollar la atención, concentración y la imaginación, a partir del mejor funcionamiento del Sistema Nervioso y el equilibrio de los hemisferios cerebrales, además de lograr un estado de tranquilidad y serenidad del organismo necesario en los niños con TDA.

Igualmente la *Musicoterapia* desarrolla la capacidad de atención, imaginación concentración y memoria contribuyendo a relajar el Sistema Nervioso.

De esta forma cada una de las alternativas presentadas en el manual así como las actividades y ejercicios, permiten desarrollar las habilidades y capacidades necesarias en los niños con TDA utilicen o no medicamentos, bajo una perspectiva cognoscitivista y humanista ya que, "para lograr la consolidación de los conocimientos y habilidades adquiridas es imprescindible la práctica de los mismos(...); siendo ejemplo de este tipo de estrategias el autointerrogatorio (propuesto entre otras alternativas por la Programación Neuro Lingüística y la Inteligencia Emocional); la imaginación (propuesto por la Relajación, la Respiración y la Musicoterapia), imágenes mentales (propuestas por

actividades de Gimnasia Cerebral e Inteligencia Emocional) etc.,¹⁴⁸ Todas las anteriores alternativas aplicadas de manera conjunta o independiente permitirán que el niño con TDA se desarrolle como un niño sobresaliente.

Finalmente en este mismo manual se presentan una serie de evaluaciones (como se verá más adelante), basadas principalmente en la teoría de Ausubel, quien afirma que “una buena evaluación es aquella que da una comprobación objetiva de los logros y deficiencias de los estudiantes. Desde esta perspectiva la evaluación valora el grado en que la aplicación de los planes y contenidos de estudio contribuyen a facilitar el aprendizaje del alumno y mejora la enseñanza, fomentando la individualización de la enseñanza.”¹⁴⁹

Del mismo modo que las aportaciones del cognoscitivismo permiten observar un panorama más profundo del papel que desempeña tanto el maestro como el alumno, es importante retomar las principales ideas del humanismo, lo cual permitirá advertir de manera detallada la importancia de las alternativas psicopedagógicas aquí presentadas así como de la necesidad de poner especial atención en los niños diagnosticados con TDA.

Así para los humanistas “la educación debe estimular las potencialidades de los individuos para que lleguen hasta la altura máxima que la especie humana puede alcanzar. El propósito final de la educación es ayudar a que las personas logren lo mejor de lo que son capaces. Para Allport Rogers, uno de los representantes de la corriente humanista, la educación debe ayudar a los individuos a vivir en un mundo de perpetuo cambio, donde lo más importante no es adquirir conocimientos, sino aprender a aprender.”¹⁵⁰

Así tanto cognoscitivistas como humanistas dejan en claro la importancia de que la educación debe contribuir a la autorrealización por lo anterior las alternativas aquí presentadas buscan estimular la potencialidad de cada niño diagnosticado con TDA, tomando en cuenta sus intereses y necesidades inmediatas.

De esta manera, en el manual para niños diagnosticados con TDA se propone “la aplicación de nuevos procedimientos metodológicos que enriquezcan la parte crucial del conocimiento: la comprensión del hombre como persona total. (Inteligencia Emocional, Gimnasia Cerebral, Programación Neuro Lingüística, Musicoterapia, etc.) En donde el

¹⁴⁸ *Idem.*

¹⁴⁹ *Ibid.* p 36

¹⁵⁰ *Ibid.* p 45

maestro, debe partir de las potencialidades y necesidades individuales (...) creando una atmósfera de apoyo a la curiosidad, la duda, valorando la búsqueda personalizada de los conocimientos, donde todas las cosas se vuelvan objeto de estudio y exploración.”¹⁵¹

Así, si se comenzará a ver y a tratar a cada niño diagnosticado con TDA, bajo una perspectiva cognoscitivista-humanista, permitiría que las desventajas de los niños en el sistema tradicional (distracción, hiperactividad, cuestionamiento, etc.) se comiencen a observar como grandes cualidades en el ambiente de motivación, cooperación y participación. Y para lograr tal objetivo, los humanistas proponen “modificar las actitudes de los maestros para que desempeñen en forma radicalmente distinta su trabajo, aceptando nuevas formas de enseñanza.”¹⁵² De ahí la importancia de que las alternativas aquí presentadas sean respaldadas por maestros y padres de familia abiertos a nuevas estrategias de acción que faciliten el aprendizaje en un clima de aceptación y respeto pero principalmente que comprendan y ayuden a los niños con TDA en su crecimiento personal.

Todo lo mencionado anteriormente por la teoría cognoscitivista y humanista permitiría sustentar las actuales investigaciones respecto a los niños sobresalientes, ya que se ha demostrado que la mayoría de los niños diagnosticados con TDA, en realidad son niños que están desarrollando su óptimo potencial de experimentación, investigación, liderazgo, creatividad y motivación; es por ello que los niños con TDA son diagnosticados en los primeros años escolares, cuando se enfrentan a nuevas y diferentes situaciones, por lo que es necesario tener en consideración científicamente que “la formación reticular, el sistema límbico y el tálamo seleccionan activamente, estimulan y responden en forma positiva a la innovación, a lo inesperado y a la información con discrepancias. Ésto origina que el nivel de atención y concentración dependen del impacto del ambiente sobre el cerebro. La repetición de actividades crea respuestas automáticas sin pensar; el aburrimiento apaga el proceso de pensamiento en la corteza. Por lo que se necesita desarrollar un ambiente de aprendizaje interactivo que tenga múltiples niveles de materiales, que permita la flexibilidad y fomente la auto dirección. Utilizar la innovación, la sorpresa y eventos espontáneos en experiencias de aprendizaje. Reducir los ejercicios y actividades repetitivas especialmente en la enseñanza de pensamientos complejos y

¹⁵¹ *Ibid.* p. 47.

¹⁵² *Ibid.* p. 48.

abstractos.”¹⁵³ Todo lo cual permitiría que los niños que actualmente son diagnosticados con TDA (debido a la sintomatología) sean considerados como niños sobresalientes.

Para lograr tal objetivo es necesario desarrollar en los niños, las habilidades y capacidades necesarias, en todas las áreas que permitan el desempeño necesario en la escuela, la familia y la comunidad, pero sobre todo en lo personal. Evitando así, el rechazo, los problemas familiares o escolares, los problemas emocionales y la utilización de los fármacos, teniendo como consecuencia la desaparición del síntoma, transformado en una habilidad aplicada en el momento requerido.

Para ello es necesario un tratamiento interdisciplinario, aplicable de manera “no formal”, es decir en la escuela, la casa, el parque, en todo lugar cuando sea requerido y por todas aquellas personas que estén involucradas con un niño con TDA. Dicho tratamiento debe tomar en cuenta todos los aspectos del ser humano (bios, logos, ethos) y que intervenga psicopedagógicamente en su atención, es decir que utilice todas aquellas herramientas necesarias para el óptimo desarrollo del niño diagnosticado con TDA.

Es por todo lo anterior que el presente manual pretende desarrollar en los padres, maestros y todas aquellas personas el interés por conocer más acerca del tema y de los tratamientos alternativos psicopedagógicos que pueden desarrollar con los niños con TDA, proporcionando óptimos resultados y en lo posible la eliminación de la ingesta farmacológica a partir de alternativas antes mencionadas como *la inteligencia emocional, la programación neuro lingüística, las inteligencias múltiples, la nutrición, la gimnasia cerebral, la musicoterapia, la respiración y la relajación*; alternativas aplicadas por años no sólo a personas con problemas de aprendizaje sino a personas que desean desarrollar su potencial en la vida.

4.2.1. NUTRICIÓN

Muchos padres y maestros no toman en cuenta el aspecto nutricional¹⁵⁴ de los niños ya que la información que poseen es dada por neurólogos, psiquiatras o psicólogos,

¹⁵³ AMEXPAS. Dra. Bárbara Clark. *II Seminario Internacional de la Asociación Mexicana Para el Apoyo a Sobresalientes, sobre el óptimo potencial, en niños y jóvenes*. p. 12

¹⁵⁴ SEP. *Dirección General de Centros de Bienestar Social para la Infancia. Área de Nutrición.*, p. 5 La nutrición, es un complejo proceso fisiológico que comprende muy diferentes aspectos. la ingestión de alimentos, su digestión y absorción intestinal, la transformación metabólica de los nutrientes, el transporte de nutrientes por los vasos sanguíneos, hasta la llegada a las células, y la posterior eliminación de los productos de desecho.

que les han explicado que el TDA o TDA/H es un problema neurológico y que por tanto la “mejor solución” es la administración de medicamento, sin embargo como en cualquier caso en el que se suministre medicamento, ya sea por una lesión, una infección o incluso una simple gripa, el cambio de alimentación en la dieta es necesaria, indispensable y benéfica para el buen desarrollo del problema, cualquiera que éste sea.

Mejorar la alimentación eliminando ciertos productos de la dieta,¹⁵⁵ en los niños que han sido diagnosticados con TDA, es lo que hace la diferencia entre sólo “tranquilizar” al niño con medicamentos o aumentar en gran medida sus capacidades, además de mejorar su salud emocional y física.

Algunos especialistas consideran que no hay relación entre la alimentación y la hiperactividad o el TDA; sin embargo hay estudios científicos serios que indican que los saborizantes artificiales, colorantes de ciertos alimentos o dulces, pueden provocar alteraciones en el aprendizaje y comportamiento hiperactivo en tal vez la mitad de los niños o que incluso afectan a los niños que han sido diagnosticados con TDA. “En 1948 el doctor Stephen Lockey, alergólogo, reportó el primer caso de sensibilidad a los colorantes alimenticios artificiales, reportando que el comportamiento de muchos de sus pacientes mejoró cuando se eliminaron los colorantes de los alimentos de sus dietas.”¹⁵⁶

Por ello uno de los elementos de mayor peso en el tratamiento de los niños con TDA, es la observación de los mismos, en especial al momento de comer, si se observa que con ciertos alimentos, el niño cambia bruscamente su estado de anímico, es recomendable dejar de suministrar dicho alimento y así descartar cualquier interferencia de acción en el diagnóstico del TDA.

Sin embargo, ante una “solución rápida” como el medicamento, el factor nutricional se ve opacado por las expectativas de los padres y maestros como se observó en el capítulo III del cuestionario aplicado a padres y maestros, sólo 2 maestros y 2 padres de familia eligieron la nutrición como una de las alternativas que consideran más eficaz en el desarrollo del niño; y sin embargo una dieta nutricional óptima es determinante.

En este punto, posiblemente el lector se pregunte, qué tiene que ver el maestro con una responsabilidad propia de los padres y de la casa, como lo es la alimentación de los

¹⁵⁵RAMOS Galván, R. *Alimentación normal en niños y adolescentes.*, p. 6. A la alimentación diaria o al régimen que se sigue habitualmente se le denomina **dieta** y comprende el conjunto de alimentos y platillos que se consumen cada día.

¹⁵⁶SOLORZANO del Río, Héctor E. *La dieta y la delincuencia.*, p.3.

niños; la importancia de su profesión radica precisamente en la educación de éstos respecto a nuevas alternativas de nutrición; si los maestros crean en los niños el gusto por la adecuada alimentación, remarcando los beneficios de consumir alimentos nutritivos y que mejoren su calidad de vida (para todos los niños) además de mejorar su estado físico, mejorará en gran medida algunos de los síntomas como la falta de atención sin la necesidad de medicamento.

Además los maestros por estar en contacto durante más tiempo con los niños (algunas escuelas tienen horarios completos), pueden proporcionar herramientas a los padres de cómo mejorar la alimentación de sus hijos, creando un plan de acción a partir de la presentación o exposición de los alimentos requeridos en la dieta de un niño diagnosticado con TDA (y aunque no lo tenga, también), enlistando y presentando las ventajas y desventajas de ciertos alimentos, proponiendo desde luego la consulta con algún especialista en la salud.

Más aún, si se toma en cuenta que algunas de las investigaciones sobre el TDA sugieren que "existe una deficiencia de los ácidos grasos esenciales y zinc, es ahí donde existe una deficiencia en los niños. Subsecuentemente, en un estudio preliminar de niños con TDA, se apoya en la hipótesis de una deficiencia de ácidos grasos esenciales, asimismo, recientes estudios sugieren que la deficiencia del zinc juega un papel importante en la hiperactividad; es posible que esto prevalezca en los trastornos de conducta y agresividad en pacientes con TDA que se relaciona a una disminución de melatonina y serotonina,¹⁵⁷ asociada con el déficit en el metabolismo del zinc."¹⁵⁸

Por lo que algunos alimentos con componentes altos en vitaminas, minerales y antioxidantes que mejoran la vista, incrementan la absorción de nutrientes e incrementan la energía, son necesarios en la dieta de un niño diagnosticado con TDA o TDA/H; o componentes como la "lecitina que constituyen el 75 % del cerebro; incluso algunos alimentos que contienen flavonoides que incrementan el flujo sanguíneo al cerebro."¹⁵⁹

Así para comenzar a identificar si la alimentación de los niños diagnosticados con TDA es la más adecuada, la Dra. Laura J. Stevens, en su libro de *Cómo ayudar a los niños*

¹⁵⁷ BARRAGÁN, Eduardo *Op. cit.*, p. 78. Neurotrasmisores, sustancias químicas que liberan las neuronas para ejercer su función. La serotonina modula la conducta y regula el sueño. Los signos de su mala circulación son la agresividad, impulsividad, trastornos del sueño.

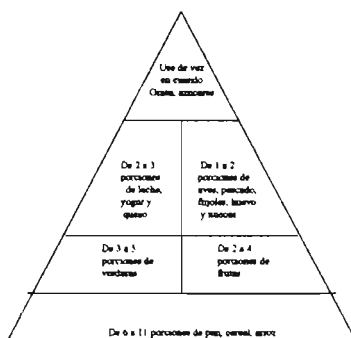
¹⁵⁸ ALVARADO Rosas, I *Op. cit.*, p. 26.

¹⁵⁹ TUCKER. *Normas de cuidados del paciente.* p. 365.

con Déficit de Atención (ADD / ADHD), comenta que es necesaria la observación del niño en los aspectos básicos como por ejemplo: “¿su hijo es quisquilloso para comer? ¿su comportamiento empeora cuando no como a tiempo? ¿hay algunos alimentos que sepa que le hacen daño, o que lo aceleran? ¿le gustan ciertos alimentos, en especial los dulces? ¿es adicto a la azúcar? ¿su comportamiento o salud empeora cuando consume dulces, colorantes y sabores artificiales?”¹⁶⁰ Todas estas preguntas ayudarán a construir un panorama general de cada niño en particular.

Es necesario recordar que la alimentación debe aportar los nutrientes básicos en las proporciones adecuadas, ya que tanto el exceso como la deficiencia de algunos de ellos a corto o a largo plazo, acarreará trastornos nutritivos.

Considerando, que para mejorar la alimentación de los niños, no es necesario hacer costosas inversiones en productos especiales de los llamados de dieta, o compra de vitaminas o suplementos alimenticios, todo lo contrario, llevar una dieta adecuada no implica un gasto exagerado o pasar horas en la cocina preparando comidas especiales a cada miembro de la familia, es necesario con seguir la “pirámide alimenticia,” como la que se encuentra en algunos empaques de alimentos como el pan de caja; lo principal de la pirámide alimenticia es ofrecer variedad en diferentes frutas, verduras, granos, cereales, etc., con la variedad se asegurará que los niños, reciban todos los nutrientes que necesita para una buena salud. Asimismo reduce la posibilidad de que desarrolle alergia a un alimento que coma en repetidas ocasiones.



¹⁶⁰ STEVENS, J, Laura. *Op. cit.* p. 37-38.

Tal vez, en este momento piense que es imposible cambiar con los hábitos heredados por tanto tiempo, o que no habrá forma de hacer que el niño cumpla con una tabla alimenticia tan rigurosa, sin embargo, este capítulo le mostrará algunas formas en las que puede alimentar adecuadamente a los niños (diagnosticados o no con TDA) sin grandes inversiones de tiempo o dinero.

Comenzando por la base de la pirámide alimenticia, con el grupo de *pan, cereal y arroz*, es importante seleccionar productos de "grano entero (trigo, cebada, avena, arroz, centeno) en panes y galletas; cereales sin azúcar; y arroz integral. A través de los hidratos de carbono que contienen en gran cantidad, proporcionan la mayor parte de las calorías y energía que se necesita en el organismo para realizar sus funciones. Además estos alimentos proveen las vitaminas B, vitamina E, hierro, tiamina, niacina, magnesio, minerales, proteínas de origen vegetal y fibra."¹⁶¹

Según las características de cada niño, es necesario que las porciones de alimento sean las adecuadas, tanto en el desayuno, comida y cena ya que el contenido de algunos productos ya elaborados o previamente cocinados como el arroz, pierden sus propiedades proteínicas; por lo que es importante leer el aporte nutricional de los alimentos, el cual generalmente se encuentra en el empaque de éstos. También es necesario observar el tipo de cereal que se consume en casa, ya que "muchos cereales comerciales [...] contienen 40 % más azúcar, además de colorantes artificiales y conservadores. De acuerdo con la experiencia de muchos médicos dedicados a la nutrición, el azúcar es la causa principal de los trastornos de comportamiento en los niños, incluyendo hiperactividad, pereza inadecuada y breves intervalos de atención. Recuerde que muchos niños con TDA y TDA/H están mejor con menos carbohidratos y más alimentos con proteínas"¹⁶²

Si bien, los niños eligen siempre el cereal que está de "moda" o el que aparece en la televisión o incluso el que tienen más colores, figuras o algún regalo en el interior de la caja, es importante que como adultos (padres y maestros) hagan conciencia en el niño de la importancia de elegir con cuidado los productos que consumen, evitando los cereales que contienen mucha azúcar o el pan relleno de mermelada o galletas rellenas de chocolate.

Siguiendo la pirámide alimenticia, las frutas y las verduras se deben consumir en grandes cantidades por lo menos de 2 a 4 porciones de fruta y de tres a cinco porciones de

¹⁶¹ SEP *Dirección General de Centros de Bienestar Social para la Infancia. Área de Nutrición.*, p. 8.

¹⁶² STEVENS, J. Laura. *Op. cit.*, p. 66

verduras al día. Y para ayudar al aprendizaje, las oleaginosas (semillas), por su alto contenido en ácidos grasos esenciales así como los cereales.

El jugo, la sopa de verduras, la ensalada de vegetales; pueden ser excelentes para alcanzar la porción necesaria en el día. "Las frutas ofrecen grandes cantidades de vitamina A y C, minerales, carbohidratos y fibra, las frutas enteras tienen más fibra que los jugos de fruta [...] y ciertos jugos son más nutritivos que otros como el de tomate, toronja y naranja."¹⁶³

Las frutas frescas de uso común como la naranja, papaya plátano, fresa, manzana, pera, etc., pueden ser un gran aporte nutritivo para los niños, una porción de fruta fresca en cada comida permitiría que los niños se sientan satisfechos, sin la necesidad de comer entre comidas alguna golosina. "A algunos niños con TDA y TDA/H, no les gusta tomar jugo de fruta natural; algunos niños necesitan evitar todos los jugos de frutas. Por lo que una fruta entera se tolera mejor que el jugo de la misma porque la fibra ayuda a disminuir la absorción del azúcar."¹⁶⁴

Las mermeladas, los pasteles rellenos de fruta, no cuentan en las cantidades requeridas de fruta, como tampoco las papas a la francesa como verduras recomendadas, lo mejor es proporcionarle al niño verduras crudas como zanahoria o pepino; evitando los alimentos fritos y los alimentos enlatados, debido a su alto contenido de conservadores. "Las verduras (frescas) representan la única fuente de ácido ascórbico de la dieta, aportan además carotenos, vitamina k, ácido fólico, disacáridos, hierro, calcio, minerales, carbohidratos y fibras."¹⁶⁵ Algunas frutas y verduras, en especial las de color anaranjado o verde oscuro, son más nutritivas que otras como la calabacita, el chayote, lechuga, zanahoria, espinaca.

Para los padres de familia, darle verduras a sus hijos, puede requerir un esfuerzo adicional, muchos niños rechazan algunos alimentos sin antes probarlos, por lo que hay que recordar que el cambio de dieta implica tiempo y paciencia en donde lo más importante es procurar que la hora de la comida no sea un motivo de nuevos pleitos o discusiones.

¹⁶³ SEP. *Op. cit.* p. 34.

¹⁶⁴ STEVENS J, Laura. *Op. cit.*, p. 68.

¹⁶⁵ MARTÍNEZ, S. y Ezquivel R. *Aspectos Básicos de Nutrición*, p. 13 - 24.

Siguiendo con la pirámide alimenticia, es recomendable incluir de dos a tres porciones de leche al día; sin embargo para los niños que son intolerantes a la lactosa y sensibles a la leche; se puede incluir de dos a tres porciones bajas en grasa de yogurt y queso. Estos productos, "ofrecen proteínas completas, vitaminas, (en especial A, B12, D y riboflavina) y minerales (en especial el calcio), sustancias indispensables en la formación y regeneración de las células del cuerpo humano."¹⁶⁶

Es importante que los productos que se utilicen en la dieta del niño sean en lo posible libres de grasa, aceites o con colorantes, algunos quesos como el amarillo se vende por tonalidades de color (los más amarillos suelen ser los más caros y los que tienen más colorantes); el yogurt de sabor suele tener colorantes para ser más atractivos a los niños; del mismo modo algunos tipos de leche de sabor contienen colorantes artificiales. Este punto merece especial atención ya que "algunos estudios sobre las propiedades de los colorantes en alimentos naturales comparados con los de colores artificiales, señalan una relación directa entre la sensibilidad a los alimentos y aditivos, y la hiperactividad."¹⁶⁷

Los estudios realizados sobre los efectos de los alimentos, no son exclusivos para los niños con TDA, por lo que es recomendable que tanto padres y maestros, observen a los niños, en especial al consumir ciertos alimentos, ya que los efectos bioquímicos de algunos alimentos ó el consumo excesivo de estos pueden originar los mismos síntomas del TDA; por lo que "los psiquiatras, los alergólogos y otros médicos han estado tratando exitosamente a pacientes con problemas del comportamiento al identificar los alimentos ofensivos y los productos químicos en su ambiente. Uno de los primeros fue reportado por el doctor B. R. Hoobler en 1916, cuando identificó a niños sensibles a las proteínas.

Los estudios desde entonces han sugerido que las reacciones adversas a los alimentos pueden ser una de las causas de la hiperactividad, problemas de aprendizaje, nerviosismo, disfunción mínima cerebral, depresión, hostilidad, agresión, periodos de confusión e irritabilidad. Según estudios, los alimentos ofensivos más comunes son la leche de vaca, el chocolate, los refrescos de cola, el maíz, la canela y los colorantes alimenticios naturales. El doctor B. Rimland, director del Instituto de Investigaciones del Comportamiento del Niño en San Diego, colectó información de 3 300 padres que tenían niños con severos desórdenes del comportamiento. Se hizo un estudio profundo y se

¹⁶⁶ SEP. *Op. cit.*, p. 7.

¹⁶⁷ STEVENS J, Laura *Op. cit.* p. 21.

descubrieron los diferentes efectos percibidos de varias clases de tratamiento, incluyendo la remoción de leche, trigo y azúcar de la dieta y la psicoterapia, (...) la simple eliminación de la leche, el trigo o el azúcar de la dieta, se reportó como más benéfica que la psicoterapia. Claro que la leche todavía debe considerarse una fuente de proteínas para los niños; lo que se descubrió, es que el consumo excesivo tiene relación con la hiperactividad.”¹⁶⁸

Como se observa aunque la pirámide alimenticia este diseñada para llevar una dieta equilibrada y balanceada, si algunos alimentos están originando en el niño reacciones que generalmente no presenta o que los demás niños no tienen, es recomendable eliminar dicho alimento de la dieta del niño, sustituyéndolo por otros que contengan sus aportes vitamínicos. Así por ejemplo según la tabla alimenticia también se debe incluir carne sin grasa, aves y pescados, los cuales aportan hierro, proteínas y vitaminas; sin embargo, “esto no hace indispensable al grupo, ya que es fuente importante de ácidos grasos saturados y colesterol, por lo que su consumo en exceso puede ser nocivo.”¹⁶⁹

Algunas investigaciones sobre los efectos dañinos en el cuerpo humano tras el consumo de carne, han concluido (entre otras cosas) en que el ser humano está constituido físicamente para comer vegetales.

Investigaciones antropológicas de fisiología y anatomía comparada, concluyen que “los animales carnívoros tienen *dientes* puntiagudos y desnivelados, aptos para la carne, mientras que los *plantívoros*, y así también el hombre, los tienen nivelados, de modo a permitir, que el maxilar inferior tenga movimientos laterales que ayudan a triturar los vegetales. Los animales carnívoros tienen la *saliva* ácida (pepsina), que actúa sobre la carne; los *plantívoros*, al igual que el hombre, poseen la saliva alcalina (ptialina), que actúa sobre los almidones, iniciando su proceso digestivo en la boca. Finalmente, debido a la descomposición putrefactiva de las carnes, los animales carnívoros poseen el intestino corto (2 a 3 metros) y la digestión rápida, para evitar que las toxinas resultantes en el proceso digestivo permanezcan mucho tiempo en el organismo. Al contrario la fermentación de los vegetales en los *plantívoros* requiere un intestino largo, el intestino humano por su gran extensión (8 a 10 metros) es totalmente adecuado a ingerirlos,

¹⁶⁸ SOLÓRZANO del Río, Héctor E. *Op. cit.*, p. 4.

¹⁶⁹ MARTÍNEZ, S. y Ezquivel R. *Op. cit.*, p. 23

haciendo que el tiempo de permanencia de los alimentos en su interior permita el máximo aprovechamiento de los nutrientes.”¹⁷⁰

Contrario a lo que sucede cuando ingerimos sustancias que se descomponen por putrefacción: como huevos, carnes (de res, pescado y aves); igualmente el exceso de sal es perjudicial al buen equilibrio de la flora intestinal.

La recomendación para los padres, es evitar en la medida de lo posible las carnes, ya que como se sabe, actualmente la calidad de cualquier carne así como su proceso de congelamiento carece de los aportes vitamínicos necesarios para una buena alimentación, por lo que en la pirámide alimenticia, también se recomiendan como sustitutos de la anterior, “los frijoles, que son una buena fuente de vitaminas, minerales, fibra y ácidos grasos esenciales. Las nueces y semillas son ricas en ácidos grasos esenciales, hierro, calcio, potasio, vitaminas, carbohidratos complejos y fibra.”¹⁷¹

Finalmente en la punta de la pirámide alimenticia se encuentran las grasas, los aceites y los dulces o azúcares,¹⁷² los cuales deben ingerirse lo menos posible. Los dulces proporcionan calorías y muy poco valor nutritivo, “disminuir el azúcar, es el objetivo para muchos niños con TDA y TDA/H. El azúcar parece ser una adicción para ciertos niños; un niño hiperactivo se chuparía los dedos al pasar por el bote de azúcar. (...) Si el niño es adicto al azúcar, es probable que deba disminuir el consumo poco a poco durante un periodo de varias semanas en vez de retirarla abruptamente de su dieta.”¹⁷³

Como padres, es posible determinar si los niños son o no adictos al azúcar, en referencia a otros niños de su misma edad; además, es importante considerar que no sólo se habla del azúcar de mesa, sino de todos aquellos alimentos que contienen azúcar como la catsup, los cereales, (en especial los dirigidos a los niños, contienen mucho azúcar, colores artificiales y conservadores) los aderezos e incluso, algunos alimentos enlatados.

Por último en lo posible trate de evitar las grasas animales, “procurando el consumo de grasas benéficas a fin de tener una buena salud y un funcionamiento cerebral

¹⁷⁰ RAYNAUD de la Ferrière, Serge. *Gimnasia Psico – física.*, p. 42 - 43.

¹⁷¹ STEVENS J, Laura. *Op. cit.*, p. 71.

¹⁷² *Ibid.* p 91. “Los siguientes son nombres de azúcar: azúcar morena, de caña, de repostería, sin refinar, melaza, endulzante natural, sacarosa. Los endulzantes naturales como el jarabe de maíz, dextrosa, fructosa y glucosa también son azúcares y están repletas de calorías vacías. La miel de abeja y la miel maple también deben evitarse ya que son azúcares líquidos con pocos nutrientes esenciales.

Elija miel de abeja y no más de seis cucharaditas al día.

¹⁷³ *Ibid.* p. 70.

normal. Entre las fuentes de grasas benéficas, están las oleaginosas, el frijol (negro, bayo, pinto, de soya), los cuales contienen ácidos grasos esenciales y omega 3 y omega 6.”¹⁷⁴

Además de examinar, minuciosamente los productos que se consumen en la casa, así como sus aportes nutricionales, es necesario crear en los niños el “hábito alimenticio ordenado,” ya que como se vio en los capítulos anteriores “los niños con TDA tienen problemas de organización, (...) por lo tanto si la familia se maneja con orden y disciplina, será más fácil inculcar las reglas,” las cuales, para que sean realmente efectivas deben ser llevadas a cabo primero por los padres, ya que decirle al niño que no coma dulces mientras que papá o mamá disfrutan de uno, para él será como un castigo por portarse mal y no como una solución ante el TDA.

Así, al establecer una hora de comida para todos creará en el niño la sensación de apoyo y solidaridad, haciendo un esfuerzo conjunto, que es lo que implica el cambio de hábitos. Otro elemento importante dentro del hábito alimenticio ordenado, es el desayuno, por ser la comida más importante del día, en especial para los niños con TDA, “ya que los resultados de un estudio reciente, revelaron que los niños que desayunan con regularidad presentaron calificaciones de lectura y matemáticas significativamente superiores, índices mucho más bajos de depresión y ansiedad, menores niveles de hiperactividad, mejor asistencia a la escuela, menos retardos, mejoría en los lapsos de atención, menos problemas de comportamiento y menos visitas a la enfermería. Otros estudios demostraron que por el contrario, niños que no desayunaban, tenían mayores problemáticas de falta de atención y calificaciones más bajas en pruebas de tareas cognitivas que involucraban la memoria. Es decir, los niños con hambre tienen más problemas para poner atención y aprender.”¹⁷⁵

Hay que tener en cuenta, que los niños que no desayunan no pueden recuperar la falta de vitaminas o proteínas en las siguientes comidas, así como la falta de sueño no se recupera durmiendo más horas otro día; pero el hecho de que el desayuno sea el alimento más importante no quiere decir que pase horas preparando el desayuno, o que pida a los niños se coman grandes platos de comida; lo importante del desayuno es que sea ligero y nutritivo, incluyendo proteínas y carbohidratos, lo que ayudará a que el niño ponga atención sin tener malestar estomacal.

¹⁷⁴ MARTÍNEZ, S y Ezquivel R. *Op. cit.*, p. 25.

¹⁷⁵ STEVENS J, Laura. *Op. cit.*, p. 76

Así, si se logra un cierto orden, (sin llegar a las exigencias, al enojo, o a la desesperación) tanto en las horas de comida, como en la frecuencia del desayuno, además de mejorar la salud física y de fomentar la formación de hábitos, mejorarán visiblemente varios de los “síntomas” que presentan los niños diagnosticados con TDA. Si se empieza de lo “más fácil” se pueden lograr grandes cambios a futuro.

Si en este momento, como padres de familia se preguntan, de qué forma comenzar a preparar los alimentos nutritivos, o cómo buscar recetas con aporte vitamínico necesario, sin que le quite tanto tiempo o incluso tal vez piense que “es mejor”, “más fácil o más rápido”, darle medicamento a su hijo diagnosticado con TDA, que cambiar los hábitos alimenticios de hace años; sin embargo actualmente hay niños que han mejorado su alimentación, por lo que ya no necesitan medicamento. Y para facilitar su tarea en el manual para padres, y maestros presente en este capítulo, se ofrecen algunas recetas fáciles, económicas y nutritivas.

Hay que recordar que una dieta nutricional beneficiará a todos los miembros de la familia, no sólo a los niños que han sido diagnosticados con TDA, y más aún, si el niño está tomando algún medicamento, una adecuada alimentación puede contribuir en la mejoría de su situación. Y aunque pareciera que la mayor parte de este apartado va dirigido a los padres, es necesario valerse de la ayuda de otras herramientas, métodos, alternativas, personas, etc.; como los maestros, (los cuales ayudarán adoptando mejores estrategias educativas e incluso ofreciendo servicios especiales) los terapeutas, los psicólogos o los amigos; así de la misma manera que este proyecto se vale de los aportes hechos por otras áreas como la nutricional, usted puede valerse de la ayuda de otras personas, siendo lo más importante para lograr este primer objetivo, la observación, tanto de los alimentos adecuados, las cantidades y la frecuencia, como de la reacción fisiológica del niño con el consumo de algunos productos (elaborados con azúcar, conservadores o grasas); para así ayudar a los niños sin la necesidad de utilizar medicamentos o en todo caso de reducir su ingesta.

4.2.2. RESPIRACIÓN

Así como la buena alimentación nutre el cuerpo y lo fortalece, permitiendo que se desarrollen características físicas en cada niño; la adecuada *respiración* nutre al cerebro de oxígeno, permitiendo el óptimo funcionamiento de éste. Ahora bien, si tomamos en cuenta

que la mayoría de las teorías consideran que el TDA es un “trastorno neuropsiquiátrico,”¹⁷⁶ es decir que tiene una base orgánica, la adecuada respiración permitiría una mayor irrigación sanguínea para el sistema nervioso optimizando sus funciones.

Si bien, desde el nacimiento, todo individuo tiene la capacidad de respirar para vivir; la adecuada respiración se va olvidando con el paso de los años, debido a los hábitos actuales como la inadecuada postura que origina el encorvamiento de la espalda, (lo cual impide el apropiado flujo de oxígeno); también utilizar prendas de vestir o cinturones apretados que imposibiliten el funcionamiento del diafragma,¹⁷⁷ (que es el principal músculo respiratorio); además del hábito de respirar por la boca.

Tal vez el acto mecánico de la respiración, ha hecho que no se tome en cuenta los pasos óptimos a considerar para que el proceso de la respiración se convierta en una herramienta de ayuda, no sólo para los niños con TDA, sino para todas aquellas personas que buscan nuevas y diferentes alternativas, que ofrezcan optimizar el funcionamiento de todos sus sistemas.

Antes de hablar sobre la forma adecuada de respirar, es necesario analizar las funciones del sistema respiratorio; las fases de la respiración; así como los órganos que intervienen en el proceso, por lo que, en este apartado es indispensable el apoyo de los maestros para que expliquen a los niños, no sólo el proceso respiratorio como una clase más de biología, sino como una técnica que pueden utilizar de manera fácil para el óptimo funcionamiento de su cuerpo. Por ejemplo al hacer ejercicio la forma de no agitarse o cansarse es teniendo una adecuada respiración. Ésta también permite que el sistema nervioso¹⁷⁸ se “relaje”, objetivo principal en los niños con TDA, si tomamos en cuenta que la mayoría de ellos son diagnosticados con hiperactividad.

La respiración completa y adecuada “expande los pulmones a su máxima capacidad, mejorando considerablemente los intercambios gaseosos (absorción de oxígeno

¹⁷⁶ FERNÁNDEZ Jaén, A. *Op. cit.* p. 3.

¹⁷⁷ UNAM. *Morfología del sistema respiratorio y cardio vascular. Transporte y eliminación.* p. 33. El diafragma proporciona alrededor del 70% del esfuerzo necesario para la respiración.

¹⁷⁸ DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA. *Examen Clínico Neurológico.* p 211 – 212. Las fibras nerviosas descendentes de la médula espinal, llevan impulsos a los centros respiratorios del tronco central para la respiración automática y del cerebro para el control voluntario y modificación de la respiración. Alteraciones en la frecuencia y ritmo de la respiración ocurren con trastornos del sistema nervioso central. (...) La respiración irregular se asocia particularmente a una disfunción seria de la parte baja del tronco cerebral. El aumento en la presión intracraneal, puede causar alteraciones en el ritmo y en la frecuencia respiratoria.

O₂ y la eliminación de bióxido de carbono CO₂), permitiendo una mejor adaptación a la presión de la sangre.”¹⁷⁹

A partir de este proceso se desprenden las dos fases de la respiración, interna y externa. “La respiración externa consiste en el intercambio de gases entre los pulmones y la sangre; la respiración interna incluye el transporte de gases en el aparato circulatorio y el intercambio entre la sangre y los tejidos. Durante la inspiración el aire entra a los pulmones, los cuales se han expandido (con la ayuda del diafragma); durante la espiración la caja torácica y el pulmón disminuyen su volumen. Así el oxígeno entra y el bióxido de carbono sale en lo que se conoce como vías respiratorias que pueden clasificarse en superiores (nariz, faringe y laringe) e inferiores (tráquea, bronquios, bronquiolos y alvéolos).”¹⁸⁰

De ahí que, cuando se utiliza alguna prenda ajustada, se impida el adecuado transporte de oxígeno a los pulmones, por lo que hay que enseñarle a los niños, no sólo una adecuada postura (con la columna recta), sino una adecuada respiración.

Aunque parezca por demás enseñar aun niño a respirar correctamente, y como se observó en el cuestionario aplicados a padres y maestros, capítulo III, sólo 3 padres y 4 maestros eligieron la respiración como una alternativa para la mejoría de los niños con TDA y sin embargo, este proceso es tan importante que se debe valer de la ayuda de la observación no sólo de la postura o de la utilización de una ropa holgada, sino de la frecuencia respiratoria la cual debe ajustarse a cada individuo; así “la frecuencia respiratoria en los niños desde los cinco años es de 20 a 24 respiraciones por minuto, y de los cinco años en adelante realiza en promedio de 14 a 18 respiraciones por minuto.”¹⁸¹

Aunque posteriormente en el apartado de la propuesta para padres y maestros, se presentan una serie de técnicas de respiración aplicadas a situaciones específicas que se desean mejorar, como la hiperactividad (entre otras). Es recomendable en ese punto que el lector desarrolle la técnica principal para una adecuada respiración y a través del ejemplo enseñarla a los niños.

Así la primer fase se da a partir de la inhalación, la cual debe ser sólo por la nariz, (inhalare y exhalar sólo por la nariz), inflando o expandiendo el abdomen (ésta es a fase en

¹⁷⁹ RAYNAUD de la Ferrière, Serge. *Gimnasia Psico - física.*, p. 35

¹⁸⁰ UNAM *Op. cit.* p. 12.

¹⁸¹ *Ibid.*, p. 35

la que el diafragma, contrayéndose, desciende, provocando la expansión de la base de los pulmones, que se llenan de aire); retener el aire dentro del organismo tratando de inflar o expandir el abdomen lo más posible (en este punto las costillas permanecen inmóviles, manifestándose apenas el movimiento rítmico y natural del abdomen); lentamente exhalar el aire; retener sin respirar; volver a inhalar.

El tiempo entre cada fase debe ser el mismo de acuerdo a cada metabolismo, es decir se inhala en 4 tiempos de aproximadamente 1 segundo, se retiene en 4 tiempos, se exhala en 4 tiempos, se retiene fuera el aire en 4 tiempos y nuevamente se inhala en 4 tiempos; todo esto en ciclos progresivos en los cuales puede ir aumentando el tiempo entre cada fase, (es posible que si intenta hacer más de tres ciclos de estas respiraciones, se sienta mareado, le dé sueño o comience a bostezar ya que la frecuencia de latidos por minuto se hace más corto, es decir el ritmo cardíaco empieza a bajar, así el organismo comienza la fase de *relajación*, (la cual se explicará más adelante) por lo que es recomendable hacer los ciclos pausadamente y sentados. Así una vez que, se conozca la forma adecuada de respirar y se ejercite, podemos enseñarle a los niños no sólo con la teoría sino, bajo la propia experiencia.

De esta manera, el proceso de respiración traerá beneficios que podrá observar a corto plazo (según se comprometa a hacer cada ejercicio), ya que "cuando el pulmón contiene más aire, es justamente cuando contienen también más sangre, resultando de esto una mejora en el rendimiento de las funciones respiratorias"¹⁸² el oxígeno en la sangre llega al corazón y por lo tanto al cerebro, irrigándolo óptimamente. Ahora bien, es necesario explicar cómo ayudará la adecuada respiración a los niños con TDA; ya se observó la importancia de la respiración, la cual oxigena el cerebro,¹⁸³ es decir que mejora el rendimiento y las funciones de éste.

Así, el cerebro es la parte más compleja del ser humano "es la fuente de todas las cualidades que definen a la humanidad, ahí se encuentran los hemisferios cerebrales, que operan como fuente del pensamiento; el hemisferio izquierdo es responsable de la

¹⁸²RAYNAUD de la Ferrière, Serge. *Op. cit.*, p. 35.

¹⁸³UNAM. *Op. cit.* p. 34. El corazón reparte la sangre cargada de oxígeno (sangre arterial) por la red vascular. Cuando el glóbulo rojo llega al interior del capilar, se produce el oxígeno al interior de la célula.

habilidad para formar el lenguaje, en tanto que el hemisferio derecho parece controlar la mayoría de las habilidades del razonamiento.”¹⁸⁴

Por lo tanto la labor del hemisferio izquierdo, son las explicaciones verbales; así utilizamos el lenguaje para recordar y reconstruir la información; procesamos información en secuencia. El hemisferio izquierdo produce ideas de forma lógica; se enfoca en un tema o tarea solamente; prefiere analizar actividades, y tareas de pensamiento concreto; aprender datos y detalles precisos; además de resolver problemas con seriedad.

Mientras que la labor del hemisferio derecho son las explicaciones visuales, utiliza imágenes para recordar; procesa información integralmente; enfoca varios temas o tareas al mismo tiempo, sintetiza o crea actividades; realiza tareas de pensamiento abstracto; le gustan las experiencias abiertas y con fluidez. Puede improvisar con los materiales disponibles.

Así, cada hemisferio tiene una función específica, por lo que éstos se dividen en secciones o lóbulos, especializados también en diferentes funciones. A pesar de que a simple vista los lóbulos se ven iguales, cada uno tiene una función especial. “Cuando se hace un esquema o plan de trabajo, se imagina el futuro o se usan argumentos razonados, los **lóbulos frontales** se encuentran trabajando; funcionan como el almacén de pensamientos cortos, en tanto otras ideas son consideradas. Una porción de este lóbulo es el área motora primaria, la cual ayuda al control del movimiento voluntario.

Cuando se disfruta de una buena comida - el sabor, el aroma y la textura de los alimentos-, los **lóbulos parietales** están trabajando. La lectura y los procesos aritméticos son funciones que también pertenecen a las funciones del lóbulo parietal. Además junto con el lóbulo occipital, permiten evaluar la profundidad de las cosas y su correcta posición en el espacio (percepción viso - espacial.)

Al momento de ver las palabras y los dibujos del libro, dos secciones están trabajando en la parte posterior del cerebro, los **lóbulos occipitales**. Estas secciones procesan las imágenes provenientes de los ojos y las unen a la información de imágenes guardadas en la memoria.

¹⁸⁴ BARRAGÁN, Eduardo. *Op. cit.*, p. 72. Los hemisferios están divididos por una hendidura profunda (línea media), la cual permite distinguir el hemisferio izquierdo del hemisferio derecho. Ambos se encuentran comunicados mediante una banda ancha de fibras nerviosas que ocupa un lugar en la base de la hendidura.

Los **lóbulos temporales** se encuentran por debajo de los lóbulos frontales y parietales. Cuando se aprecia la música o se escucha una plática, estas dos secciones se encuentran trabajando. Las partes inferiores de los lóbulos juegan un papel fundamental en la formación y almacenamiento de la memoria.

El **hipotálamo**, se encarga de regular múltiples funciones, además de regular la adrenalina que fluye por el cuerpo. También es un centro emocional que controla las sustancias (molécula) que despiertan la sensación de agrado, enojo, tristeza o felicidad.

Cerca del hipotálamo se encuentra el **tálamo**, una zona donde se recibe y distribuye toda la información, que nos permite estar al tanto de lo que ocurre a nuestro alrededor.¹⁸⁵

Así el cerebro es el que se encarga de interpretar las sensaciones, es el indicador del movimiento corporal, el controlador del comportamiento y la base de la inteligencia. Por lo que los niños con TDA, que en su mayoría han sido diagnosticados (cómo se ha visto en el capítulo III), a partir de algunos "problemas" en las funciones de las cuales se encarga el cerebro, como el desorden en la atención, dificultad en la concentración, distractibilidad, impulsividad, desorganización, e hiperactividad, etc., se les realiza un electroencefalograma para observar si hay algún desorden a nivel cerebral.

Y aunque la mayoría de los niños que han sido diagnosticados con TDA no tienen una base orgánica comprobable a pesar de que se les hayan realizado una serie de estudios como el mismo electroencefalograma, es decir que no hay anormalidad en el funcionamiento cerebral. Sí es importante y necesario ayudar de manera consciente y dirigida, a que las funciones del cerebro sean óptimas (con TDA o sin él) y una de estas maneras es la respiración profunda. La cual aplicada correctamente ayuda a que se propicie un estado de relajación, siendo precisamente éste el siguiente punto.

4.2.3. RELAJACIÓN

Conjuntamente con la respiración, trabaja la relajación; ya que al realizar una respiración adecuada, profunda y con una intención especial es posible llegar a la relajación; punto base para trabajar con los niños que han sido diagnosticados con

¹⁸⁵ BARRAGÁN, Eduardo *Op. cit.* p 73-75.

hiperactividad; y como se ha visto actualmente la mayoría de los niños con TDA, son diagnosticados bajo esta característica.

En la vida diaria se tienen muchos ejemplos de esta unión entre la respiración y la relajación, por ejemplo cuando una persona tiene dolores fuertes, como dolor de pecho o mareos o cuando alguien está agitado o enojado, angustiado o con miedo, incluso en un parto, siempre se recomienda, *respirar profundamente y relajarse*. Los doctores, las enfermeras, los maestros; la mayoría de las personas utilizamos estas mismas palabras en situaciones que requieren de calma y tranquilidad ya sea en enfermedad física o emocional, los beneficios de la respiración y la relajación conllevan a un cambio de estado, no solo mental sino emocional y físico.

La relajación generalmente tiene su base en la respiración, del mismo modo sus beneficios se ven ligados a corto y largo plazo; principalmente a nivel cerebral. Recientes investigaciones muestran los beneficios de la relajación. La Dra. Feggy Ostrosky, jefa del Laboratorio de Neuropsicología y Psicología de la Facultad de Psicología. Comenta que "(...)en la Universidad de California, en los Ángeles (UCLA), encontraron que las personas que (se relajan) por lo menos dos veces por semana, reforzaban más su sistema inmunológico, que nos protege de sufrir diversas enfermedades"¹⁸⁶

Gracias a estas investigaciones en el campo de la neuropsicología, es posible encontrar diversas alternativas que ayuden a mejorar las funciones cognitivas, como atención memoria y concentración, sin la necesidad de utilizar medicamentos sino alternativas como la respiración adecuada, la relajación, la meditación, el ejercicio o "el deporte el cual, mejora la condición y funcionalidad cerebral en ciertas áreas como las frontales (cuyas funciones principales son planear, organizar y secuenciar), las temporales (participan en la memoria, que se deteriora con el envejecimiento) y las parietales"¹⁸⁷ siendo la utilización de manera conjunta de estas alternativas, necesarias en el tratamiento de los niños con TDA.

De esta forma, la respiración además de llevar oxígeno a la sangre, que a su vez llega al cerebro, permite un pensamiento relajado y tranquilo es decir, la oxigenación

¹⁸⁶UNAM. Gaceta. Octubre 2004 *El ejercicio mejora la actividad cerebral*. p. 11. "La Dra. Feggy Ostrosky, al referirse a las investigaciones que se realizan en el Laboratorio de Neuropsicología y Psicología de la Facultad de Psicología. De la UNAM, subrayó que se han desarrollado instrumentos validados y estandarizados para México sobre ejercicios de rehabilitación de los procesos de atención, memoria y lenguaje."

¹⁸⁷ *Idem*.

cerebral lleva al organismo a un estado de relajación, esto se debe a que, al respirar profundamente, el ritmo cardíaco baja, la tensión muscular decrece y el cerebro entra en diferentes niveles o etapas de relajación; las fases o niveles en los que entra son como los del sueño mismo. Por ello cuando se practica la relajación se pueden observar alteraciones en el electroencefalograma visibles por la intensidad y frecuencia que emitimos en estos niveles.

Así, el primer nivel es el *Beta* que en el electroencefalograma¹⁸⁸ se observa como una banda de frecuencia de actividad que oscila entre los 21 y 14 ciclos por segundo, en el cual la persona se encuentra completamente consciente. El segundo nivel de conciencia, es el nivel *Alfa* que tiende a oscilar entre 14 y 7 ciclos por segundo, aquí la persona se encuentra en estado de alerta, por lo que la respiración profunda lo lleva a bajar el ritmo cardíaco, lo que origina sueño o bostezos. El nivel *Theta* que oscila entre los 7- 14 ciclos por segundo el individuo se encuentra más relajado.

El siguiente nivel es conocido como sueño *Delta* debido a las lentas ondas delta del cerebro registradas en esta fase oscila entre los 5 ciclos por segundo; ésta es precisamente la etapa regenerativa en donde el cuerpo se repara y sana, y aunque el cuerpo se encuentra temporalmente paralizado, el cerebro presenta gran actividad ayudando a la memoria almacenar, recuperar, aprender y desempeñarse mejor. El sueño delta aumenta y las ondas de la actividad electroencefalográfica disminuyen; es la fase más profunda, el sueño en sí, los músculos se relajan por completo.

Sin embargo cuando dormimos, no siempre descansamos (los problemas cotidianos, la tensión acumulada, etc., impide el descanso reparador que debería proporcionar el sueño), en cambio en la **relajación** se busca "alcanzar un estado íntimo de tranquilidad, serenidad y dominio de sí, a través de la desconcentración consciente y sectorizada del cuerpo. (...) La práctica de la relajación produce una notable baja en los iones lácticos en la sangre, los cuales son residuos del catabolismo de los músculos

¹⁸⁸ DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA. *Op. cit.* p. 246. La actividad electroencefalográfica (EEG) es una mezcla de diferentes tipos de actividad, cada una caracterizada por frecuencia, amplitud, cantidad, morfología, reactividad, variabilidad, topografía y relaciones físicas. Las bandas de frecuencia de actividad electroencefalográfica se conocen como delta (menos 4 Hz.), theta (4 a 8 Hz.), alfa (8 a 13 Hz.) y beta (13 Hz. o más). El rasgo más característico de un EEG normal de un adulto relajado y despierto es el ritmo alfa, que aparece en las regiones posteriores de la cabeza con los ojos cerrados. La estimación de la normalidad de los diferentes tipos de actividad depende, en gran parte de la edad y el estado de alerta del paciente en el momento del registro.

esqueléticos; se ha demostrado que un aumento de este ion en la sangre genera ansiedad; (...) durante la relajación la persona percibe cambios en su cuerpo, como la sensación de peso, debido a la relajación de los músculos que habitualmente mantienen el cuerpo de pie y en equilibrio; también la sensación de calor debido a la dilatación de los vasos sanguíneos y al consecuente aumento de irrigación.”¹⁸⁹

Así cuando se respira profundamente, las ondas cerebrales bajan y el cuerpo se relaja. De ahí que el efecto tranquilizador de la relajación profunda ayude a los niños diagnosticados con TDA, a reducir los niveles de ansiedad que podrían presentar en la escuela o en casa, objetivo principal de alcanzar, ya que como se ha visto anteriormente una de las principales características es la hiperactividad.

Si se le enseña a los niños diagnosticados con TDA, a escuchar y sentir, su ritmo cardiaco, su respiración, su cuerpo; a partir de la relajación, se creará un estado de conciencia y conocimiento sobre sí mismo siendo éste un punto importante en el desarrollo de todo niño, en especial con TDA, ya que lo principal es que sean conscientes de las características que presentan. Para llegar a este punto de conciencia, es necesario recordar que “si enseñamos a los niños cualquier tipo de habilidad que corresponda al nivel de desarrollo que ellos posean, serán perfectamente capaces de aprenderlo.”¹⁹⁰ Así la relajación realizada por lo menos tres veces al día contribuirá a eliminar o mejorar los desórdenes de atención que presentan actualmente los niños con TDA.

Por lo que, en el manual creado para padres se presentan una serie de ejercicios de respiración y relajación idóneos para los niños diagnosticados con TDA, los cuales se pueden llevar a cabo en la casa, en la escuela o donde se considere necesario.

Es importante puntualizar, que las alternativas expuestas en el presente trabajo, se basan en investigaciones científicas y serias, con beneficios observables a corto y largo plazo; siempre y cuando se realicen conscientemente, con dedicación y perseverancia y que además se lleven a cabo con un propósito específico, en este caso el de ayudar a los niños diagnosticados con TDA, eliminando los fármacos y favoreciendo las áreas cognitivas que sean necesarias.

¹⁸⁹ RAYNAUD de la Ferrière, Serge. *Op. cit.*, p. 26. “La **relajación** es un proceso dinámico que el hombre domina en sus primeros años de vida; sin embargo, debido a la complicación y agitación de la vida moderna, va perdiendo paulatinamente esta capacidad, volviéndose un ser cargado de ansiedad, nervios, tensión, problemas emocionales y neurosis.”

¹⁹⁰ GLAZMAN, R Follari, R *Op. cit.* p 48.

Es decir, el "simple" hecho de respirar, sólo como un proceso biológico, sin una técnica adecuada, no traerá los beneficios esperados para los niños con TDA; del mismo modo el ejercicio realizado de vez en cuando sólo como una diversión o pasatiempo, no proporcionará los beneficios a nivel cerebral esperados. De igual forma la musicoterapia, (esta alternativa será expuesta más adelante) no es el hecho de escuchar música; así como tampoco la relajación consiste en sentarse y descansar, o recostarse y dormir una siesta, o cerrar los ojos y pensar cosas "lindas". Así todas las alternativas propuestas en este trabajo, además de tener un fundamento teórico basado en el cognoscitivismo y en el humanismo, se basa en el aspecto científico y no por ello dejan de ser adecuadas a aplicarse en casa, en la escuela o cuando sean necesarias.

4.2.4. MUSICOTERAPIA.

Enseñar a los niños diagnosticados con TDA, a conocer y reconocer los procesos por los que atraviesa, tanto emocional, mental y físicamente; con la ayuda de respiración, la nutrición y la relajación, permite hacerlo consciente de sí mismo. Y es precisamente cuando un niño con TDA, se reconoce como un niño con capacidades y habilidades diferentes y especiales a los demás niños, que comienza un cambio de visión de un "niño problema" a un niño con problemas, pero que pueden ser resueltos.¹⁹¹

Es por ello que a la par de las anteriores alternativas es posible utilizar la *musicoterapia*, actualmente empleada en terapias prenatales que contribuyen al desarrollo psíquico del feto, de la misma manera se utiliza con gran efectividad en niños que presentan parálisis cerebral o alguna discapacidad intelectual.

La adecuada utilización de la música permite beneficios sobre el cuerpo y la mente, "la música no está solamente basada en la armonía, sino también en el ritmo, lo cual se percibe como una cualidad vibratoria acompañada de una lentitud adormecedora"¹⁹² que podría ser utilizada en niños que presentan TDA con hiperactividad.

La música activa la liberación de endorfinas a partir de la resonancia vibracional que evitan el dolor físico y emocional, además de equilibrar las ondas cerebrales, mejorar

¹⁹¹ ROJAS Bermúdez, Jaime *Música como "objeto intermediario"* p. 33. El hombre se comunica con los otros en la medida en que lo está consigo mismo, y además posea los medios suficientemente efectivos para transmitir su mensaje. El fundamental objetivo, es justamente comunicarnos con el otro, a partir de nuestra propia comunicación con nuestro mundo interno.

¹⁹² ALVAREZ del Real, María. *Relajación y acondicionamiento psicológico*. p 187.

la respiración haciéndola más profunda; lo que a su vez hace más lento el ritmo cardiovascular proporcionando una sensación de bienestar.

Aunque la música proporciona bienestar¹⁹³ en los diferentes niveles del ser humano, por sí sola, la música no es musicoterapia. Para que sea musicoterapia, “debe formar parte de un proceso terapéutico con bases sólidas, sobre teorías psicoterapéuticas.”¹⁹⁴ Como el humanismo, que busca al igual que el cognoscitivismo, que el proceso de enseñanza – aprendizaje sea placentero y fascinante creado a partir de los intereses, expectativas y motivaciones del niño y que no por ello son superficiales, enfadosos o aburridos, logrando que el aprendizaje sea significativo. Así los niños diagnosticados con TDA, encontrarán en la musicoterapia una alternativa adicional que se puede utilizar de manera conjunta con las otras alternativas, y con la aplicación de las técnicas o herramientas propuestas por el psicólogo o el neurólogo que atiende al niño e incluso con la utilización de los medicamentos.

La musicoterapia aplicada a los niños diagnosticados con TDA, trabaja en los diferentes aspectos que se buscan mejorar. Así en el “aspecto físico, se favorece la relajación, la motricidad, las diferentes coordinaciones, las percepciones sensoriales (visuales, auditivas y táctiles.) En el aspecto mental, se favorecen la observación, atención, memoria, factores que inciden en la estructuración del pensamiento. En el aspecto afectivo, se desarrolla la sensibilidad, la creatividad y el goce estético. En el aspecto social se trata de integración y comunicación, aumento de autoestima y gratificación personal.”¹⁹⁵ Si consideramos que los niños diagnosticados con TDA, necesitan integrar todos estos aspectos a su vida diaria, la musicoterapia, como una alternativa adicional a las otras, estará proporcionando los objetivos básicos que se buscan alcanzar para los niños con TDA, relajación, atención, memoria, coordinación, reflexión, etc.

¹⁹³NUJN, Noemi E. Primer simposio Argentino de musicoterapia. *Conciencia, discriminación e identificación sonora corporal en niños con hipoacusia.*, p. 7. Está comprobado que el ritmo o la sensación del sentido ritmo, es casi la única función musical que sigue las reglas del predominio cerebral izquierdo en el procesamiento de las funciones lingüísticas.

¹⁹⁴ POCH Blasco, Serafina. *Compendio de Musicoterapia.*, p. 129. Las teorías psicoterapéuticas más representativas que se aplican en musicoterapia son la a teorías psicoanalíticas y neopsicoanalíticas; las teorías humanísticas y existenciales, las teorías gestáltica y la psicoterapia interpersonal. Dentro del ámbito de la musicoterapia como método humanista se dirige a lo más profundo de la personalidad del ser humano, como son los sentimientos y las emociones.

¹⁹⁵ NUJN, Noemi E. *Op. cit.*, p. 5.

La musicoterapia se basa en la experiencia cotidiana de las personas con la música a partir de los estímulos provocados a nivel orgánico, ya que “la presión de aire nos afecta fisiológicamente por el sonido y las vibraciones.”¹⁹⁶ Por ejemplo cuando se oye el sonido grave que produce un tambor, se siente como un golpe en el plexo. Si los sonidos son muy agudos o fuertes se siente como si perforan los tímpanos, incluso los sonidos muy altos o estruendosos, llegan a provocar dolor de cabeza.

La musicoterapia debe utilizarse de manera consciente y con un objetivo específico; por ello se necesitan conocer los métodos y técnicas para aplicar la musicoterapia; los métodos en musicoterapia son pasivos y activos. “Los métodos activos implican una acción visible como lo es la de tocar un instrumento, bailar, cantar etc. En cambio los métodos pasivos o receptivos no parecen comportar acción externa o física, como en la audición musical, aunque suponen lógicamente una actividad interna y esencial al poder provocar cambios en el estado de ánimo.”¹⁹⁷ Ya que la musicoterapia al basarse en el “método humanista” busca principalmente llegar a los sentimientos y emociones a través de la audición musical, aspecto fundamental en los niños con TDA, ya que una de las limitantes para el progreso de la mayoría de los niños con TDA, parece ser la idea errónea de que tienen una enfermedad o de que son niños “problema”.

Así, con la musicoterapia es posible primero llegar a descubrir cuál es el concepto que tiene el niño de sí mismo. Este punto se logra a partir de la audición musical ya que ésta busca “provocar recuerdos y sentimientos conscientes y subconscientes; cambios en las emociones y los sentimientos; cambios en el estado de ánimo; facilitar el conocimiento profundo del mundo emocional; facilitar la expresión verbal de los sentimientos; hacer tomar consciencia al niño de sentimientos distintos a los suyos en los demás para que los acepte y los respete”¹⁹⁸ de esta manera los objetivos de la musicoterapia, lograría crear en el niño un estado de bienestar interno para posteriormente lograr un bienestar para los demás.

¹⁹⁶ KRÖPFL, Francisco. *Reflexiones sobre el fenómeno musical.*, p. 7-9. El sonido es producto de un fenómeno vibratorio que inicia en un cuerpo físico cualquiera que entra en oscilación. Esta oscilación se propaga por vía atmosférica. Las presiones variables del aire afectan con una variación análoga las membranas de nuestro oído externo si las oscilaciones ocurren dentro de un cierto rango de frecuencia, y desde allí, pasando por vanas etapas de conversión, llegan a nuestro cerebro estableciéndose la sensación sonora. Las vibraciones muy lentas mueven grandes masas de aire.

¹⁹⁷ POCH Blasco, Serafina. *Op. cit.*, p. 131.

¹⁹⁸ *Ibid.* p 133.

La musicoterapia, además de ayudar a encontrar un equilibrio emocional en el niño diagnosticado con TDA, contribuye a su tratamiento a partir de las características de la música, ya que ésta es capaz de transmitir imágenes, fantasías, símbolos y emociones. Por lo tanto cuando el niño escucha música de un modo *relajado* es posible facilitar la creación de imágenes, símbolos y emociones profundas; con ello a parte de facilitar el autoconocimiento, facilitaría el tratamiento y la aplicación de las distintas alternativas psicopedagógicas, como la inteligencia emocional o la programación neurolingüística.

Uno de los métodos pasivos o receptivos de la audición musical el método isomórfico ¹⁹⁹ que busca establecer una relación de igualdad entre el estado de ánimo del paciente y el tipo de música que se le da a escuchar. Los niños diagnosticados con TDA y que además están tomando fármacos como tratamiento, pueden derivar en estados de ánimo específicos; con el método iso, se elige una pieza musical de acuerdo al estado del niño, para poder conectarse con el estado emocional y mental del niño; por ejemplo para un niño diagnosticado con hiperactividad se debe elegir primero una pieza musical de ritmo muy rápido (vivo, presto, *In Trutina de Carmina Burana. Karl Orff; Tocata y Fuga en Re menor. Bac; Primer Movimiento Symphony No. 9. en D menor. Beethoven*); posteriormente se escuchan piezas musicales que cambien gradualmente su estado de ánimo, (*Fur Elise. Beethoven; Ave Maria. Franz Shubert; Canción de Cuna. Brahms; sueño de Amor. Franz Lizt.*) El Dr. Altshuler utilizaba la música en el siguiente orden, por ejemplo la primera pieza: música rítmica, por su activación fisiológica; la segunda pieza, es melódica; la tercera pieza es armónica, por su efecto integrador. Cuando se trabaja la musicoterapia en los niños diagnosticados con TDA (y en otros casos), no existen patrones establecidos, sino que deben adaptarse a cada situación y persona, en el presente trabajo, se sugiere música clásica, ya que ésta, maneja ritmos, alturas, escalas, tonos, etc., adaptables a lo que queremos lograr, sin embargo, la elección de las melodías puede manejarse libremente, siempre y cuando se consiga el objetivo y se utilice de manera terapéutica.

De igual forma, los métodos activos o creativos buscan que el niño se exprese a partir del acercamiento directo con la música, cantar, tocar un instrumento, bailar, etc. , no

¹⁹⁹*idem*. El método isomórfico se inspira en el principio formulado por el doctor Altshuler, psiquiatra y director del departamento de Musicoterapia en el Wayne Contry General Hospital. La modificación del estado de ánimo es una de las finalidades fundamentales de la musicoterapia; se ha demostrado a través de los años que el principio de iso es al que los pacientes responden mejor cuando precisan un cambio en su estado de ánimo. El principio de iso, consiste en tratar de buscar el tipo de música que está en consonancia con el estado de ánimo del paciente como punto de partida para entrar en contacto con él.

importa la forma en que lo realice, sino que se exprese, y de esta manera contribuir en “su creatividad, en el conocimiento de sí mismo, el conocimiento de los demás, su autoestima y valoración, el respeto hacia las preferencias de los demás, el conocimiento de su entorno”²⁰⁰ con este método los niños diagnosticados con TDA pueden desarrollar su imaginación, ya que el método busca que el niño utilice todos los recursos musicales como un medio de expresión, además de desarrollar su atención y memoria al momento de pedirle que repita los sonidos.

Uno de los métodos activos que se puede aplicar a los niños con TDA, es el método Orff - Schulwek, “se le llama diálogo musical, al intercambio de secuencias musicales improvisadas entre dos o varias personas. Este diálogo musical puede adquirir la misma tonalidad emocional que un diálogo verbal. Puede expresar pregunta, respuesta, admiración, aseveración, negación, duda, amor, etc. Las contribuciones más significativas a la aplicación de este método se deben a Carol Bitcom; él cree que un niño puede beneficiarse a partir del momento que es capaz de atender. Ya que el método refleja la comprensión de los instrumentos, la capacidad de atención, la retención, las actitudes, la comprensión de los conceptos básicos, conceptos numéricos básicos y conceptos de las partes de su cuerpo y del de los demás.”²⁰¹

Así la musicoterapia aplicada a los niños con TDA contribuye a que aquellos signos y síntomas que presentan como hiperactividad, falta de atención, desorganización, impulsividad, etc., mejoren significativamente, pero sobre todo la musicoterapia ayuda a que el TDA sea entendido por los niños, por los padres y los maestros y que los niños expresen sus verdaderos sentimientos ante el TDA, el medicamento o la atención que están llevando.

Finalmente el mejor método utilizado en musicoterapia es el canto ya que éste “puede ser un medio de sublimación de tendencias. Por ejemplo la agresividad puede reflejarse y sublimarse a través de ritmos trepidantes, pero no para quedarse con ellos, sino para pasar progresivamente a otros ritmos menos hirientes”²⁰² así los niños con TDA que han sido diagnosticados con hiperactividad pueden relajarse y permanecer atentos,

²⁰⁰ *Ibid.*, p.148.

²⁰¹ *Ibid.*, p.151. “Este método fue ideado por el alemán Carl Orff, partiendo de la idea de que dado que el niño aprende a hablar antes de leer o de escribir, de ahí se sigue que debe poseer un lenguaje musical con el cual pueda sentirse cómodo antes de que se le exija realizar tareas más difíciles como los son las de tocar los instrumentos tradicionales o estudiar la teoría musical”

²⁰² *Ibid.*, p.167.

tranquilos, concentrados en diversas actividades, sin la necesidad de medicamento y por medio del canto. Muchas investigaciones han demostrado que los niños con dificultades en áreas intelectuales pueden no sólo acrecentar su autoestima sino la memoria, la inteligencia, la retención, la coordinación etc. Y aunque la mayoría de los niños con TDA no tienen una base orgánica comprobable la utilización del canto y las entonaciones ayudan significativamente a mejorar las áreas específicas de su condición incluso sin la necesidad de tomar medicamento.

Ya que como se sabe el fundamento principal del canto es la voz, “la más ligera expresión vocal masajea el tejido muscular del tórax y lo hace vibrar desde adentro. El fundamento de la voz es la respiración inspiramos y la llevamos a los pulmones hasta llevarla a las células. Entonar vocales oxigena el cuerpo, hace más profunda la respiración, relaja los músculos y estimula la circulación porque masajea el cuerpo. La resonancia activa la liberación de endorfinas, que enmascaran el dolor de origen físico y emocional.”²⁰³

Algunos de los beneficios de la musicoterapia, están fundamentados principalmente en trabajos realizados con niños con hipoacusia leve, moderada, severa o profunda, que al recibir tratamiento con musicoterapia, mejoraron su concentración ya que “los componentes de la música se representan a nivel de procesamiento cerebral de diferentes maneras. La música varía del hemisferio derecho al izquierdo, se sabe por la resonancia magnética que se localiza en diferentes lugares de acuerdo a los componentes y va cambiando con los sistemas neurotransmisores de cada persona.”²⁰⁴ El trabajo que realiza la musicoterapia en los niños con TDA, no se basa en la capacidad que tienen para escuchar una melodía, sino en la capacidad para desarrollar un vocabulario relacionado con la temática sonora musical a partir de la estimulación auditiva, favoreciendo, la comprensión, el aumento del conocimiento del mundo, expresión y control corporal, etc.

Así la musicoterapia aunada a la respiración, la relajación, la nutrición y otras alternativas como la programación neuro lingüística, la inteligencia emocional y la gimnasia cerebral, que se verán más adelante contribuyen con el tratamiento de los niños con TDA, el mejoramiento de los síntomas y en algunos casos la suspensión del medicamento.

²⁰³ ÁLVAREZ del Real María. *Op. cit.* p. 127

²⁰⁴ NUIÑ, Noemi. *Op. cit.* p. 4.

4.2.5 PROGRAMACIÓN NEURO LINGÜÍSTICA.

Hablar de Programación Neuro Lingüística (PNL), es hablar del cerebro y cada una de las funciones de los hemisferios cerebrales; ya que la capacidad cerebral, no se limita a las acciones físicas o corporales, sino a todo un potencial humano inimaginable con capacidades infinitas de construir, planear, crear, etc.

Anteriormente se pensaba que el cerebro, estaba genéticamente determinado, con un tamaño y potencial establecidos y que no había forma alguna de alterar sus capacidades y funcionamiento; ésto quería decir que las oportunidades en la vida de cada persona estaban predestinadas. Sin embargo, las nuevas investigaciones científicas dicen que “el cerebro es un órgano en proceso de crecimiento y cambio, cuya capacidad y vitalidad dependen en gran medida de cómo se le trate, nutra y ejercite. Por lo tanto es posible influir en su funcionamiento”²⁰⁵

Estas investigaciones se vuelven importantes para el tratamiento de los niños con TDA, ya que como se ha visto en los capítulos anteriores, una de las definiciones principales del TDA, para los psicólogos y neurólogos, es la de un “trastorno crónico, sintomáticamente evolutivo; es decir un trastorno neuropsiquiátrico”²⁰⁶ que influye en la atención, concentración, memoria y retención de los niños y que afecta su aprendizaje y conducta.

Todas estas capacidades son controladas y dirigidas por el cerebro, por lo tanto, si se logra que el cerebro funcione mejor; las áreas que controlan la memoria, el pensamiento, el intelecto y las acciones de nuestro cuerpo, funcionarán mejor.

Las recientes investigaciones hechas con tomografías computarizadas, permiten “estudiar el cerebro mientras éste piensa, procesa información, aprende cosas nuevas, consolida la memoria y expresa cólera, depresión e incluso cuando se ve afectado por episodios psicóticos, (...) esas imágenes cerebrales no sólo confirman la actividad cerebral y ayudan a diagnosticar los problemas mentales, sino que también ofrecen pruebas concretas de los beneficiosos cambios cerebrales inducidos por diversos nutrientes,

²⁰⁵ CARPER, Jean. *Máximo Rendimiento*. p. 25.

²⁰⁶ FERNÁNDEZ Jaén, A. *Op. cit.* p. 3.

suplementos y sencillos cambios en el estilo de vida, incluido el ejercicio mental y físico.”²⁰⁷

Así estos estudios demuestran que una persona puede influir sobre los factores que controlan el funcionamiento cerebral, mediante la nutrición e incluso con la actividad física y mental, como la Gimnasia Cerebral, la Inteligencia Emocional, las Inteligencias Múltiples, (puntos que se verán más adelante en el presente trabajo) y la Programación Neuro Lingüística.

Ahora bien, la PNL, se basa en las anteriores investigaciones y en el hecho de que “empleando el hemisferio izquierdo y derecho, se puede crear y materializar en el mundo real los sueños y las intenciones si se aprende a coordinarlos correctamente. En otras palabras si se aprende a utilizar la mente para ordenar las instrucciones precisas que se desea que lleve a cabo el cerebro, se podrá alcanzar la libertad total, aprendiendo a utilizar la mente como aliada poderosa. En Programación Neuro Lingüística se aprende a usar al máximo todos los recursos.”²⁰⁸

Aunque actualmente la PNL, es una de las estrategias más utilizadas en las grandes empresas para mejorar la productividad y las relaciones laborales; las técnicas y herramientas pueden ser utilizadas para los niños diagnosticados con TDA, debido a que los beneficios de la aplicación de la PNL, conllevan un cambio o modificación de estructuras de pensamiento, desarrollando el potencial interno necesario en los niños con TDA.

Por lo que, la PNL puede ser aplicada a los niños con TDA y a todas aquellas personas que deseen desarrollar al máximo sus capacidades dado que, “Programación, es el hecho de diseñar conscientemente nuestros pensamientos y conducta. Neuro, se refiere a lo que nos percatamos por medio de los sentidos, ya sea vista, olfato, gusto oído o tacto. Ya que son nuestros sentidos por los cuales nos percatamos del mundo exterior. Nuestro entendimiento y percepción de la vida vienen por medio de esas puertas neurales

²⁰⁷ CARPER, *Op. cit.* p. 28. “La investigación de vanguardia (Obtención de imágenes del cerebro: imágenes por resonancia magnética MRI funcional; tomografía por emisión de positrones PET; tomografía computarizada por emisión de un solo fotón SPECT) ha demostrado la naturaleza siempre cambiante del cerebro las células cerebrales producen continuamente nuevas dendritas y receptores, crecen nuevas sinapsis o cruces de comunicación y se altera la esencia del conjunto de neurotransmisores que estimulan la actividad cerebral. Ahora sabemos que hasta en los cerebros adultos pueden crecer células completamente nuevas.”

²⁰⁸ SINERGIA NEURO LINGÜÍSTICA. *Taller de introducción a la Inteligencia Emocional.* p. 2.

conectadas a nuestro cerebro. Lingüística: Implica el papel fundamental que representa el lenguaje desde la forma en que controlamos nuestros pensamientos hasta en la forma en que estructuramos frases para comunicarnos con los demás.”²⁰⁹

Así la PNL trabaja la inteligencia, la percepción, el pensamiento, la memoria, transferencia, el procesamiento de la información y las estrategias para la solución de problemas, aspectos básicos del cognoscitivismo a trabajar en los niños con TDA; contribuyendo a que por medio de sus sentidos perciban las experiencias o cualquier tipo de aprendizaje, interiorizándolo subjetivamente por medio de su pensamiento; para poder lograr el objetivo deseado, no sólo por los maestros o por los padres, sino principalmente por los propios niños; ya que son ellos los que viven la experiencia de ser niños con un Trastorno por Déficit de Atención.

Por lo que, al ser un modelo de comunicación, que “analiza la forma en que el ser humano procesa la información que recibe y la experiencia adquirida para comunicarse mejor modificando hábitos mentales y de conducta,”²¹⁰ permite que los niños diagnosticados con TDA, expresen sus sentimientos, pensamientos y creencias personales, en el momento oportuno, para llegar a la autoafirmación; elemento indispensable en los niños que han sido etiquetados con un trastorno.

La PNL, enseña a “elaborar la información, reprogramando –a través de ejercicios- el lenguaje utilizado por el cerebro, codificando y decodificando esta información y experiencia.”²¹¹ Por ejemplo cuando le decimos al niño cuando juega “¡te vas a caer!”, y lo repetimos constantemente, hasta que se cae, entonces afirmamos “¡te lo dije!”, pero en realidad lo que sucede es que el cerebro del niño programó mentalmente la información de que se iba a caer, interiorizando la información como una afirmación y ejecutó la acción; otro ejemplo sería si en este momento el hipotético lector afirma tener frío, o tener hambre, aunque no sea así, después de un momento de repetirlo, mentalizarlo y afirmarlo, efectivamente tendrá hambre o frío.

Por ello en PNL se busca enseñar el manejo de nuestra forma de pensar, el manejo del cerebro, la comunicación que nutrirá el crecimiento personal y la adquisición de la flexibilidad para el aprendizaje. Y para llegar a ello, es que se realiza el manual dirigido a

²⁰⁹ ALAMILLO, Alba. *Contrátese rápido y contrátese bien*. p. 21.

²¹⁰ O’CONNOR, Joseph, John Seymour *Introducción a la PNL*. p. 58.

²¹¹ ALDER, Harry *Programación Neuro Lingüística*. p. 6.

padres y maestros, para que antes de aplicarlo a los niños con TDA, puedan realizar cada una de las técnicas de Programación Neuro Lingüística a sí mismos y posteriormente enseñarle a los niños que las apliquen en su persona.

Ahora bien, en PNL se utilizan diversas herramientas para lograr un fin específico, como definir previamente lo que se quiere lograr a partir de las metas a corto, mediano y largo plazo; logrando los objetivos personales a partir de la planeación y ejecución de los mismos. Por ejemplo si se desea cambiar de casa, es necesario definir todos los aspectos sobre el tema, cómo, si se tiene posibilidades económicas para comprar o rentar, en donde se desea la casa, con qué características, etc., lo mismo sucede si se quiere tener un nuevo trabajo o un nuevo puesto. Sin embargo la PNL aplicada a los niños diagnosticados con TDA, va más allá de trazar objetivos materiales o tangibles como el de querer que el niño este quieto y tranquilo por largo tiempo; la PNL ayuda a que el niño tome consciencia de la situación presente y así por elección propia decida mantener un estado de tranquilidad.

Y es precisamente en los niños diagnosticados con TDA, que se buscan trabajar los estados emocionales, debido (entre otras cosas) a que la utilización de medicamento y el proceso de adaptación del trastorno vivido como una enfermedad, podría deteriorar el estado anímico del niño, mostrándose rebelde, indiferente, apático o deprimido; por lo que la habilidad de cambiar el estado emocional es posible si se toma en cuenta, lo que se quiere lograr, pero principalmente si se toma consciencia del estado mental que vive el niño.

El estado mental o el estado de la mente son "todas las emociones, sentimientos y la fisiología que se expresa en un momento determinado; son las imágenes mentales, los sentimientos y los gestos así como los sonidos, posturas y ritmo respiratorio."²¹² Ya que como se observó al principio, mente y cuerpo están totalmente intercomunicados, por lo que los pensamientos se transforman en los gestos, expresiones corporales y ritmo respiratorio. Muchos especialistas lo resumirían expresando que "es la mente la que guía y el cuerpo actúa obediente" o que "la mente ordena y el cuerpo obedece." Así los pensamientos y las emociones se ven reflejadas en cada parte de nuestro cuerpo.

Por lo tanto como lo que expresamos fisiológicamente depende en gran medida de nuestros pensamientos y sentimientos, es posible que al elegir pensamientos negativos

²¹² SINERGIA NEURO LINGÜÍSTICA. *Op. cit.* p. 10.

expresemos corporalmente preocupación, tristeza, depresión, enojo, angustia, etc., ya que se “enfoca” o elabora la imagen a nivel mental; originando en nuestra fisiología una clara imagen de lo que pensamos y sentimos. Por lo que si es posible utilizar el pensamiento para proyectar una imagen negativa, también es posible hacerlo con pensamientos que expresen tranquilidad, serenidad, paz, alegría, entusiasmo, vitalidad, etc., los cuales se verán reflejados en el comportamiento y en la apariencia. De esta manera la aplicación del manejo de las emociones a los niños diagnosticados con TDA, lograría que sus pensamientos al ser ordenados y tranquilos, conlleven a un desarrollo ordenado y tranquilo, por ejemplo si constantemente se le dice al niño que es un latoso y un fastidio, actuara de esa manera, ya que no hay otra imagen que pueda interiorizar y expresar, por el contrario si al niño con TDA se le expresa que él puede lograr todo lo que se proponga con tranquilidad y paciencia, entonces logrará realizar sus actividades y tareas con tranquilidad y paciencia.

Una vez que se ha logrado el cambio en la estructura del pensamiento en el niño, éste dejara de verse a sí mismo como el niño “necio” o “latoso”, para comenzar a redescubrirse como un niño con creatividad, inteligencia y capacidad en las acciones que realice. Y para llegar a ello después de establecer un “estado mental óptimo”, se requiere de convertir ese cambio en costumbre, es decir, si el niño con TDA puede realizar una actividad con tranquilidad, es posible que pueda realizar dos o tres o todas sus actividades de la misma forma.

Para lograr tal objetivo (para muchos de los padres es el objetivo primordial ya que reportan en la encuesta realizada a padres en el capítulo III, que una de las características de los niños con TDA es la intranquilidad), en PNL se recurre a una técnica de “anclaje que es un estímulo sensorial, visual, auditivo, olfativo o gustativo, que produce una respuesta automática e instantánea. Para la formación de anclas es clave utilizar la vivencia recreada fuerte y profunda de un determinado estado emocional. Si al mismo tiempo está presente algún estímulo sensorial, como imagen visual, sonido, sensación táctil, olor o sabor, este se va a asociar con el estado de ánimo.”²¹³

Es decir si la realización de alguna actividad en casa o en el salón de clases, provoca en el niño intranquilidad; utilizando el anclaje, pueden recordar momentos de

²¹³*Ibid.*, p. 15.

intensa serenidad, como la que produce la relajación o los sonidos de la musicoterapia (alternativas desarrolladas anteriormente); o respirar de una manera profunda y relajada o juntar los dedos de una forma que recuerde la serenidad que se busca lograr. Por ejemplo, si se sabe que el niño está intranquilo o inquieto cuando visita a los abuelos o a los primos, se utilizaría un anclaje de tranquilidad en el que se evoca el olor del pasto mojado, los árboles, el sonido de los pájaros, o las olas del mar, etc., reviviendo la tranquilidad, que cada uno de los estímulos expresa; así se pueden elegir varios anclajes de acuerdo al estado que se desee lograr como, confianza, paz, creatividad, alegría, tranquilidad emocional y mental, etc.

Es posible que los padres y maestros consideren que aplicar estas alternativas conjuntamente (musicoterapia, respiración, relajación, PNL.) son complicadas para los niños, sin embargo la mayoría se sorprendería de lo que es capaz de imaginar y evocar un niño al que se le da la posibilidad de crear, imaginar y lograr y por ello es que se desarrollan los siguientes apartados sobre inteligencia emocional y gimnasia cerebral, los cuales pueden ser aplicados conjuntamente con las anteriores alternativas, por los padres y maestros observando pequeños cambios en la forma de vida en general.

4.2.6 INTELIGENCIA EMOCIONAL.

Los principios de la Inteligencia Emocional (IE), se basan como en la Programación Neuro Lingüística, en las investigaciones sobre el cerebro, su funcionamiento y su capacidad para adaptarse y mejorar de manera consciente y efectiva. En la PNL, se busca programar en el inconsciente los pensamientos adecuados para lograr un objetivo específico, mientras que en la Inteligencia Emocional, "la clave está en utilizar las emociones de forma inteligente, que es precisamente lo que se quiere decir con inteligencia emocional: hacer, deliberadamente, que nuestras emociones trabajen en beneficio propio, de modo que nos ayuden a controlar nuestra conducta y nuestros pensamientos para obtener mejores resultados."²¹⁴

La PNL y la Inteligencia Emocional, trabajan de manera conjunta logrando que las capacidades, aptitudes y actitudes del individuo sean las óptimas, para desarrollar

²¹⁴ CORTESE, A. *¿Qué es la inteligencia emocional?* p 20

cualquier objetivo que se proponga. La Inteligencia Emocional, propone reconocer las verdaderas emociones que están en el interior de cada persona.

Algunas de las aportaciones que permitieron elaborar el concepto actual de la Inteligencia Emocional, tuvo muchos precursores entre ellos Edward Thorndike que en 1920, la definió como "la habilidad para comprender y dirigir a los hombres y mujeres, muchachas y muchachos, y actuar sabiamente en las relaciones humanas."²¹⁵ Posteriormente en 1983 Howard Gardner²¹⁶ publica *la Teoría de las Inteligencias Múltiples* (ver capítulo III apartado 3.3 sobre las formas de tratamiento y atención en el niño sobresaliente diagnosticado como niño con TDA); en el texto reformula el concepto de inteligencia y elabora el de Inteligencia Múltiple, con el que introduce la idea de siete tipos de inteligencia, dos de ellas enfocadas al proceso social y emocional de los individuos como lo son la *Inteligencia Interpersonal* y la *Inteligencia Intrapersonal*.

La Inteligencia Interpersonal permite "desarrollar las habilidades de notar y saber, hacer distinción entre otros individuos y sus estados de ánimo, sus temperamentos, sus motivaciones y sus intenciones."²¹⁷ Con el desarrollo de esta inteligencia se llega a relacionar con los demás, en forma más adecuada. Los niños aprenden desarrollando empatía y conexiones con otros seres humanos.

La Inteligencia Intrapersonal propone "el conocimiento de los aspectos internos de una persona: el acceso a la propia vida emocional, a la propia gama de sentimientos, la capacidad de efectuar discriminaciones entre las emociones y finalmente ponerles un nombre y recurrir a ellas como un medio de interpretar y orientar la propia conducta."²¹⁸ Esta inteligencia lleva al conocimiento propio. Los niños aprenden a través de una extrema conciencia de sus propios intereses, habilidades y capacidades.

La Inteligencia Emocional, comienza a definirse con los trabajos del Dr. Peter Salovey y el Dr. John Mayer en 1990, que estructuran "las metahabilidades que pueden ser englobadas en cinco competencias, determinantes en la relación con los demás y con nosotros mismos y la Inteligencia Emocional como un tipo de inteligencia social que incluye la habilidad de supervisar y entender las emociones propias y las de los demás,

²¹⁵PASCAL, B. *Inteligencia Emocional*. Extraído 28 de septiembre de 2004 de www.inteligenciaemocional.com. p. 1.

²¹⁶GARDNER, Howard. *Op. cit.* p. 47.

²¹⁷*Idem.*

²¹⁸*Idem.*

discriminar entre ellas, y usar la información para guiar el pensamiento y las acciones de uno. Un subconjunto de la inteligencia social que comprende la capacidad de controlar los sentimientos y emociones propias; así como las de los demás, de discernir entre ellas esta información para guiar nuestro pensamiento y nuestras acciones.”²¹⁹

Estos antecedentes conducen a la elaboración teórica de lo que llega a definirse actualmente como Inteligencia Emocional. Pero no es hasta 1995 que se desarrolla el término más acertado actualmente, expuesto por Daniel Goleman, investigador y periodista que en su obra *Inteligencia Emocional* escribe que “utilizo el término emoción para referirse a un sentimiento y sus pensamientos característicos, a estados psicológicos y biológicos y a una variedad de tendencias a actuar. Existen cientos de emociones, junto con sus combinaciones, variables, mutaciones y matices. En efecto, existen en la emoción más sutilezas de las que podemos nombrar. (...) El término de Inteligencia Emocional se refiere a la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los ajenos, de motivarnos y de manejar bien las emociones, en nosotros mismos y en nuestras relaciones.”²²⁰

Justamente la inteligencia emocional se vuelve una alternativa óptima para el tratamiento de los niños con TDA ya que “el objetivo principal de cualquier tratamiento es construir una personalidad fuerte y segura, ayudando a fabricar múltiples herramientas de apoyo para la adaptación al medio ambiente, enseñando a resolver los problemas, no a evitarlos,”²²¹ a esta capacidad del individuo para adaptarse a los diferentes retos de la vida y resolverlos de la mejor manera posible es lo que actualmente se conoce como Inteligencia Emocional.

El desarrollo de la IE se logrará en la medida que se permita como adultos (maestros, padres, terapeutas) que el niño elabore múltiples herramientas que le permita adaptarse a cualquier cambio o circunstancia de su entorno. Y según los humanistas es precisamente la educación la herramienta que “ayuda a los individuos a vivir en un mundo en perpetuo cambio, donde lo más importante no es adquirir conocimientos sino aprender a aprender.”²²²

²¹⁹ CORTESE, A. *Op. cit.* p. 21.

²²⁰ GOLEMAN, Daniel. *Inteligencia Emocional*. p. 74.

²²¹ BARRAGÁN, Eduardo. *Op. cit.*, p. 118.

²²² GUZMÁN, J. *Op. cit.*, p. 46.

Y para lograr este objetivo la Inteligencia Emocional proporciona múltiples herramientas en las que se desarrollan cinco habilidades prácticas, aplicadas en diferentes competencias, estas capacidades son *autoconciencia*, *autorregulación*, *motivación*, *empatía* y *destrezas sociales*; en las obras de Goleman estas capacidades se desarrollan con la acción de competencias individuales para el logro de los objetivos.

Así la *autoconciencia* que “implica la capacidad de reconocer qué está pasando en nuestro cuerpo y qué estamos haciendo. Reconociendo los propios estados de ánimo, a partir del desarrollo de determinadas competencias como la *conciencia emocional* que identifica las propias emociones y los efectos que puedan tener; la *correcta autovaloración* que se enfoca en reconocer las propias fortalezas y limitaciones y la *autoconfianza* que proporciona el sentido del propio valor y capacidad.”²²³

Para los niños diagnosticados con TDA, la autoconciencia se vuelve una herramienta fundamental, trabajada no sólo hacia el interior, sino conjuntamente con los padres, por muy pequeños que sean, ellos necesitan conocer sus limitaciones así como sus fortalezas, lo que proporcionará un sentido de control sobre sí mismo, dominio propio, identificando que pueden y que no puede hacer, pero sin regaños o restricción sino con conciencia de los actos.

La *autorregulación* que se refiere a “manejar los propios estados de ánimo, impulsos y recursos, saber recuperarse de las tensiones emocionales y controlar nuestros sentimientos y adecuarlos a las circunstancias. Está formada por cinco actitudes emocionales que son el *autocontrol*, que es la capacidad de mantener bajo control las tensiones y emociones perjudiciales; la *confiabilidad* que permite mantener normas de honestidad e integridad; la *escrupulosidad* que nos permite aceptar la responsabilidad del desempeño individual; la *adaptabilidad* que se refiere a la flexibilidad para reaccionar ante los cambios y la *innovación* que es la apertura y disposición ante ideas y enfoques novedosos.”²²⁴

Actualmente muchos niños con TDA (y sin él) desarrollan la autorregulación mejor que los adultos, pero aunque se considere que un niño no tiene tensiones o problemas que requieran del autocontrol, en realidad las circunstancias como cambiarse de casa o de escuela, los regaños constantes de los maestros, las burlas de parte de los compañeros de

²²³ GOLEMAN. *Op. cit.* p. 26.

²²⁴ *Ibid.* p. 25.

clases o tomar medicamentos para controlar sus impulsos, generan gran tensión emocional en los niños, por lo que se requiere que tanto padres como maestros desarrollen con diferentes estrategias las actitudes emocionales necesarias para la autorregulación.

La *motivación* es la tercera capacidad que se desarrolla con la Inteligencia Emocional y se refiere a “las tendencias emocionales que guían o facilitan el cumplimiento de las metas establecidas. La motivación se compone por cuatro actitudes emocionales tales como el *afán de triunfo* que es el interés orientado de mejorar o responder a una norma de excelencia; el *compromiso* que permite alinearse con los objetivos de un grupo; la *iniciativa* que se refiere a la disposición para reaccionar y aprovechar las oportunidades y el *optimismo* que es la persistencia para cumplir objetivos; a pesar de barreras y retrocesos que pueden presentarse.”²²⁵

Desarrollar en los niños con TDA la motivación se puede convertir en una tarea fácil, siempre y cuando se desarrolle a partir del interés del niño, es decir si se evita realizar ejercicios repetitivos o actividades aburridas para el niño en la escuela o en la casa y se opta por enseñar con actividades que estimulen su imaginación o desarrollen su creatividad, será posible desarrollar por añadidura las actitudes emocionales necesarias que componen la motivación.

Hasta este punto, las anteriores capacidades o competencias, se desarrollan a partir del desarrollo interno de las propias emociones (intrapersonal), las siguientes capacidades se desarrollan de forma interpersonal ya que parte de entender las emociones de las otras personas y actuar en congruencia con ello. Estas capacidades comprenden la *empatía* y las *habilidades sociales*.

La *empatía* es la “capacidad de tener conciencia y captar los sentimientos, necesidades e intereses de los otros y desde su perspectiva; saber qué quieren o qué necesitan. En la empatía se destacan cinco actitudes emocionales como la de *comprender a los demás* ya que permite percibir los sentimientos y perspectivas ajenas e interesarse por sus preocupaciones; *ayudar a los demás a desarrollarse* para darse cuenta de las posibilidades de desarrollo de uno mismo y de los demás, reforzando sus habilidades y estimulando su capacidad; la *orientación hacia el servicio* permite reconocer y satisfacer necesidades de otros; el *aprovechar la diversidad* permite desarrollar las oportunidades a través de personas

²²⁵ *Ibid.* p. 31.

diversas y finalmente la *conciencia política* necesaria para interpretar las corrientes sociales, políticas y emocionales del grupo y el poder de las relaciones entre sus miembros.”²²⁶

La empatía es necesaria principalmente entre las personas que conviven alrededor de un niño con TDA, ya que es más fácil gritar o desesperarse porque el niño es “muy latoso” que sentarse a platicar y analizar cómo se siente el niño viviendo diariamente con reportes escolares y problemas familiares. Por lo que la mejor estrategia para solucionar cualquier problema que se presente, es desarrollar la empatía hacia los niños con TDA ya que la mayoría de ellos desarrollan la empatía primero por amor y luego con el ejemplo, se preocupan por los demás, desean que las personas que aman estén bien, aun antes de los ocho años, los niños buscan ayudar a sus semejantes sin ningún compromiso; sin embargo las constantes llamadas de atención, la represión, la burla, pueden originar que la empatía por sus mayores se pierda.

La última capacidad a desarrollar en la inteligencia emocional, se basa en las *habilidades sociales* las cuales se refieren principalmente a las habilidades a desarrollar en la empresa o un negocio y su impacto en las personas con las que se trabaja por lo que sólo se mencionará de manera general como una capacidad que implica ser expertos para inducir respuestas deseadas en los otros, con capacidades emocionales de *influencia, comunicación, manejo de conflictos, liderazgo, catalizador de cambios, establecer vínculos* y finalmente las habilidades de equipos.

Como se observa la Inteligencia Emocional busca conducir las relaciones sociales o familiares, teniendo conocimiento de las propias emociones y utilizarlas para entender las relaciones con las otras personas. Si se toma en cuenta la información que proporcionan las emociones, será posible modificar las situaciones conflictivas con los niños con TDA, por lo que el desarrollo de la inteligencia Emocional no sólo es para los niños sino en primera instancia para los padres y maestros lo que permitirá un nuevo enfoque hacia el trastorno pero principalmente hacia los niños.

Así la Inteligencia Emocional trabaja de manera conjunta con la Programación Neuro Lingüística; buscando resolver situaciones determinadas, cambiando los pensamientos y sentimientos y proyectándolos en soluciones adecuadas, congruentes y óptimas que mejoren cualquier situación en el ámbito personal, familiar, escolar, etc.

²²⁶ *Ibid.* p. 36.

4.2.7. GIMNASIA CEREBRAL.

Hasta este momento se ha visto en Programación Neuro Lingüística, cómo utilizar coordinadamente y a voluntad los hemisferios cerebrales (neurología) para llevar a cabo funciones determinadas y específicas y cómo utilizar los pensamientos y sentimientos para desarrollar habilidades (mente) y capacidades para enfrentarse a la vida cotidiana logrando los objetivos personales, a partir de la Inteligencia Emocional. En Gimnasia Cerebral se presenta la forma en la que es posible equilibrar mente (neurología) y cuerpo a voluntad, para aprender, pensar, concentrarse y lograr que los niños diagnosticados con TDA desarrollen las habilidades y capacidades necesarias para dejar de ser niños con un trastorno y empezar a ser niños sobresalientes.

Para ello es importante mencionar los avances en la neurociencia que revelan la conexión cerebro-cuerpo, (como se pudo observar en los temas de Programación Neuro Lingüística y en Inteligencia Emocional), lo que se piensa, repercute en las acciones y en el comportamiento hasta verse reflejado en nuestro cuerpo, por ejemplo las personas deprimidas o con gran tensión emocional, puede observárseles caminar encorvados o con la vista perdida. Por el contrario, las personas que se sienten seguras o felices por lo que realizan, su actitud física lo demuestra.

Es decir, la conexión entre lo que se piensa y lo que se siente se encuentra ligado completamente con lo que se proyecta a nivel físico y de la misma forma, estar bien físicamente repercute en el estado emocional y en las funciones a nivel cerebral; por lo que al lograr la comunicación entre el cerebro y el cuerpo se lograrán desarrollar los objetivos deseados conscientemente.

La importancia de la relación cerebro - cuerpo, ha impulsado la realización de múltiples investigaciones, sobre todo en México como lo comenta la Dra. Feggy Ostrosky, jefa del Laboratorio de Neurología y Psicofisiología de la Facultad de Psicología de la UNAM en una entrevista para la Gaceta Universitaria de octubre, donde plantea que el "ejercicio no sólo mejora el aspecto físico de una persona, también rejuvenece su cerebro, mejorando las funciones cognitivas, como atención memoria y concentración; con las técnicas de neuroimagen (miden con precisión el tamaño de estructuras cerebrales) se encontró que las personas que tenían mejor condición física sus cerebros presentaban características de personas más jóvenes. Otros estudios muestran que el cerebro experimenta beneficios con los ejercicios donde se requiere control muscular, en especial

la actividad física que requiere mucha concentración, elasticidad y movimiento coordinado, mejorando los procesos de memoria y atención.”²²⁷

De esta manera si el bienestar físico implica el bienestar de las áreas cerebrales, se vuelve necesario crear alternativas que mejoren el cuerpo y la mente de forma conjunta, en especial para los niños con TDA (los cuales requieren fortalecer ciertas áreas como las frontales cuyas funciones principales son las de planear y organizar; las temporales que participan en la memoria). Así con propósitos semejantes a principios de los ochentas, el Dr. Paul Dennison, profesor de California, decidió utilizar la conexión mente - cuerpo para ayudar a personas con problemas de atención y aprendizaje, problemas de comportamiento, comunicación, dislexia e hiperactividad; con lo que actualmente se conoce como Gimnasia Cerebral. A partir de las aportaciones del Dr. Dennison, diversos especialistas en el tema como el maestro certificado de Gimnasia Cerebral Russell Gibbon, han creado estrategias de aplicación de la gimnasia cerebral bajo la premisa de que ésta “da respuestas prácticas y sencillas para equilibrar los efectos de la tensión y alcanzar un estado óptimo para aprender, pensar y concentrarnos en cualquier momento... en cualquier lugar (...) La gimnasia cerebral te ayuda a lograr la comunicación entre tu cerebro y tu cuerpo, lo cual significa eliminar estrés y tensiones de tu organismo, te ayuda a concentrarte, a equilibrarte, a pensar, recordar, ser creativo, escuchar o leer. Practicándola puedes realizar cualquier actividad en la que tengas dificultades (...) la Gimnasia Cerebral está probada y logra que toda tu mente y todo tu cuerpo trabajen en armonía para ti.”²²⁸

Así la utilización de la gimnasia cerebral, aunada a otras alternativas psicopedagógicas contribuyen a desarrollar áreas específicas en los niños con TDA, ya que si el ejercicio físico mejora las funciones cognitivas, el ejercicio cerebral, aún más; ya que “fortalece más las conexiones entre las partes del cerebro requeridas para una tarea en particular la cual se logra con más rapidez y facilidad”²²⁹

La gimnasia cerebral se basa en el equilibrio de los dos hemisferios, si bien pareciera que actualmente es el hemisferio izquierdo el que predomina en la mayoría de las personas, el trabajo, la escuela, la cultura, etc., al estar más ligados con el tiempo, la

²²⁷ UNAM Gaceta. Octubre 2004 *El ejercicio mejora la actividad cerebral*. p.11.

²²⁸ GIBBO, Russell *GIMNASIA CEREBRAL*. El movimiento corporal como puerta de entrada al aprendizaje.

p. 4.
²²⁹ *Ídem*.

competencia, la racionalidad, la lógica; (cualidades del hemisferio izquierdo) es necesario desarrollar las cualidades del hemisferio derecho como la creatividad, los sueños, las ilusiones, la imaginación, no para vivir de un mundo de fantasías, sino para equilibrar el lado racional y el lado creativo y actuar en congruencia, *sin preocupación, sino con ocupación*.

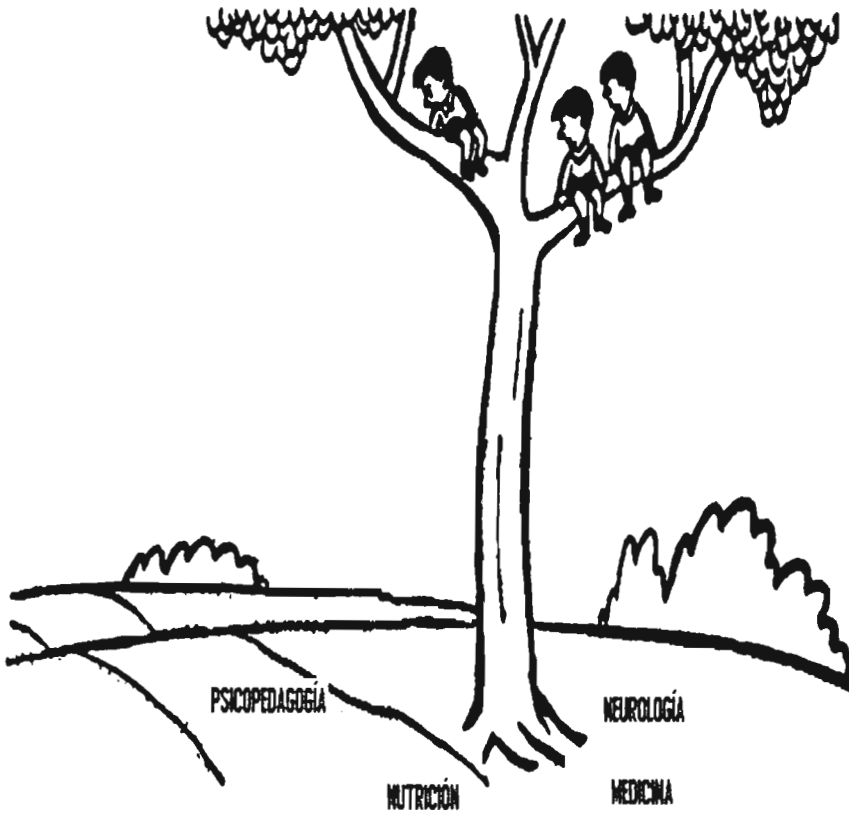
Por lo tanto la Gimnasia Cerebral tiene muchas aplicaciones no sólo para los niños con TDA sino para todas las personas que deseen equilibrar tanto acciones y pensamiento mejorando en el trabajo, en la escuela o en la vida personal, ya que como explica el Dr. Russell, algunas de las aplicaciones de la Gimnasia Cerebral sirven para aliviar la tensión y eliminar el estrés realizando sencillos ejercicios de coordinación y relajación, por ejemplo "colocar las manos frente a ti, con las palmas hacia arriba; júntalas por sus bordes, entre la base del dedo meñique y el comienzo de la muñeca, como si estuvieras aplaudiendo. Haz este movimiento enérgicamente pero con suavidad, unas treinta veces. Este movimiento tranquilizador anula la respuesta natural al estrés del cuerpo que genera adrenalina y la sensación de pelear o huir"²³⁰

Estos ejercicios se vuelven indispensables en su aplicación con los niños con TDA, pero sobre todo con las personas que están en constante relación con ellos, ya que si se aplica primero cada una de estas alternativas en la persona, será más fácil obtener mejores resultados en lo particular.

Por lo que en el siguiente apartado se expone el manual dirigido a padres y maestros con alternativas de solución aplicadas a los niños diagnosticados con TDA y que requieren de otras alternativas adicionales a las que ya han sido aplicadas, como el medicamento o la terapia psiquiátrica. Estas alternativas psicopedagógicas son tan flexibles que pueden ser aplicadas aún si hay tratamiento farmacológico y son tan adaptables a todo tipo de niño, que incluso los adultos pueden llevarlo a cabo en su vida personal, logrando un mejor desarrollo de sus capacidades y habilidades a partir de los beneficios de las alternativas como la nutrición, la respiración, la musicoterapia, la gimnasia cerebral, la programación neuro lingüística y la inteligencia emocional.

²³⁰ *Ídem* Ver Manual para padres y maestros, fase VII sobre Gimnasia Cerebral.

*MANUAL DE INTERVENCIÓN
PSICOPEDAGÓGICA ACTUAL PARA
NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT
DE ATENCIÓN*



(DIRIGIDO A PADRES Y MAESTROS)

INTRODUCCIÓN

Es posible que usted, como padre de familia ha escuchado diversos reportes escolares de su hijo por no poner atención, ser impulsivo, inquieto, incapaz de estar en paz o que distrae la atención de los demás niños con frecuencia, desde los primeros años escolares.

Tal vez como maestro se ha enfrentado a un niño que casi todos los días anda por el salón de clase, está de pie, no guarda silencio, distrae a los demás niños, llora sin parar cuando no hace las cosas a su manera, no pone atención, requiere de más tiempo para terminar sus labores y un largo etcétera en el transcurso del año escolar.

Probablemente como padres y maestros del niño, han buscado soluciones, es posible que se hayan encontrado con un diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención y más aún, que el médico escolar ya haya recetado "Ritalin" o algún otro medicamento para controlar la conducta.

Suponiendo que a usted no le agrada la idea de medicar a su hijo o de ver a su alumno en el salón de clases adormilado o somnoliento por el medicamento; también se preguntará si no habrá alguna alternativa que ayude al niño sin la necesidad de utilizar fármacos (o aún con ello) pero con la misma efectividad que éste podría proporcionar.

Para responder a las anteriores preguntas y a otras más se crea el presente manual en donde, buscar una alternativa es precisamente el primer paso para permitir un ambiente de vida adecuado para cualquier niño que ha sido diagnosticado con un trastorno.

Por lo que identificar las características, atender los síntomas y proporcionar un tratamiento que pueda ser aplicado en cualquier lugar y por cualquier persona comprometida con los niños diagnosticados con TDA, es la alternativa indispensable

para contribuir en su desarrollo; eliminando el estereotipo del “niño latoso” para brindarle la oportunidad de ser un niño sobresaliente.

Esta es la intención del manual, colaborar con los maestros, padres y todas aquellas personas involucradas con los niños con TDA, (especialistas como neurólogos, médicos, psicólogos, psiquiatras, pedagogos) a desarrollar las habilidades y capacidades de cada uno de ellos, aplicando diversas alternativas de intervención logrando una mejoría evidente, a tal grado que ya no necesiten utilizar medicamento.

Estas alternativas permitirán llevar a cabo un tratamiento integral con diferentes propuestas psicopedagógicas de atención y así poder modificar la perspectiva del TDA como una enfermedad y comenzar a observarla como una característica actual mal entendida bajo una perspectiva de niño sobresaliente.

Conocer el problema y las diferentes alternativas psicopedagógicas permitiría que exista una menor cantidad de niños etiquetados, rechazados o reprimidos en el salón de clase por lo que la perspectiva del niño sobresaliente, reconocería el desarrollo de sus capacidades y habilidades. Así es posible evitar las repercusiones a largo plazo que implica la utilización de cualquier fármaco en el organismo además de evitar el fracaso escolar y personal.

Es por ello que este manual está dividido en diferentes fases cada una de ellas con diferentes alternativas interdisciplinarias y psicopedagógicas de atención para los niños diagnosticados con TDA así como sus objetivos, materiales tiempo y actividades específicas a realizar.

En la primer fase sobre *nutrición* se presenta una serie de alternativas para ayudar a los niños, sin que tomen medicamentos, mejorando la calidad de nutrición en su dieta.

eligiendo con cuidado los alimentos adecuados que permitan el desarrollo y el mantenimiento de las funciones de las neuronas y la salud del cerebro (ya que una de las teorías del TDA lo refieren como un trastorno neurológico, con lo cual mejorar las funciones cerebrales permitiría eliminar los síntomas), además de eliminar ciertos productos que pueden generar alteraciones en su comportamiento como algunos endulzantes o colorantes.

En la segunda fase se presentan una serie de ejercicios que permiten nutrir al cerebro de oxígeno a partir de la adecuada *respiración*, logrando un mejor funcionamiento así como mayor irrigación sanguínea para el sistema nervioso. La respiración completa y adecuada permite un sin fin de beneficios no sólo en el ámbito corporal sino intelectual y emocional necesario para el desarrollo de las habilidades de los niños con TDA.

La tercer fase se enfoca en ejercicios de *relajación*, para alcanzar un estado de tranquilidad, serenidad y dominio de si mismo, obteniendo beneficios fisiológicos y neurológicos ya que si se toma en cuenta que la mayoría de los niños con TDA presentan como síntoma la impulsividad; la relajación se vuelve fundamental.

En la cuarta fase se presentan algunas alternativas de aplicación de la *musicoterapia*, la cual equilibra las ondas cerebrales y mejora la capacidad de memoria, concentración y percepción espacial. Estas actividades pueden llevarse a cabo en todo momento y en todo lugar además de ser tan flexibles para llevarla a cabo por cualquier persona responsable con la educación de los niños con TDA.

Una quinta fase presenta una serie de ejercicios de *Programación Neuro Lingüística*, aplicados a los niños con TDA que permiten el manejo consciente de la mente para

ordenar las actividades precisas que necesita llevar a cabo el cerebro y poder lograr los objetivos deseados.

La sexta fase trata sobre ejercicios de *Inteligencia Emocional*, los cuales permitirán que los niños diagnosticados con TDA, utilicen al máximo sus capacidades, potencialidades y recursos necesarios a partir del conocimiento y desarrollo de las emociones y el pensamiento.

En la séptima y última fase del manual se presentan una serie de ejercicios aplicados a niños sobre Gimnasia Cerebral, ayudando a mejorar las funciones cerebrales necesarias para los niños con TDA como la capacidad de concentración, el desarrollo de la memoria, la coordinación cerebro – cuerpo, etc.

Antes de dar por terminada cada fase, se presenta una pre- evaluación que permitirá a los padres y maestros observar si se han cumplido con los objetivos establecidos, en caso contrario es recomendable volver a aplicar la misma fase con nuevas actividades.

La correcta aplicación de las anteriores alternativas permitiría eliminar los síntomas determinados del TDA para desarrollar las habilidades y características de un niño sobresaliente, evitando el fracaso escolar los problemas familiares y finalmente eliminar la ingesta farmacológica.²³¹

²³¹Si su hijo o alumno, está actualmente tomando algún medicamento recetado por un psiquiatra o un neurólogo, es importante que no suspenda el medicamento sin consultarlo con el médico. Las actividades propuestas en este manual son aplicables aun cuando exista administración de fármacos.

POBLACIÓN

El presente manual de intervención psicopedagógica actual para niños diagnosticados con TDA, está dirigido a padres de familia, maestros, especialistas y todas aquellas personas que conviven de cerca con un niño con TDA. Las alternativas presentes están diseñadas para que un adulto las supervise, ejemplifique, demuestre o ponga en práctica conjuntamente con el niño e incluso en su propia persona. La ejecución de cada una de las alternativas puede llevarse a cabo alternadamente, es decir algunas actividades pueden realizarse con los padres y otras supervisados por los maestros en la escuela. Para observar mejores resultados es recomendable aplicar conjuntamente las alternativas, por ejemplo relajación, respiración y musicoterapia o programación neuro lingüística, inteligencia emocional y gimnasia cerebral.

CONTROL DE ACTIVIDADES

Es importante que tanto maestro como padres de familia, lleven un registro de las actividades y ejercicios aplicados, así podrán observar los avances o resultados de cada ejercicio, además de realizar de manera óptima las evaluaciones correspondientes a cada fase y la evaluación global; llevando un control sobre el plan de trabajo (de cada fase o de forma general) y finalmente observar el cumplimiento de los objetivos de cada fase.

PLAN DE TRABAJO

Fase	Actividad	Fecha	Morario	Resultados	Observaciones

OBJETIVO GENERAL

- * Durante el proceso de revisión del presente manual de intervención psicopedagógica para niños diagnosticados con TDA, los padres de familia, maestros y especialistas utilizarán todas las alternativas necesarias para el desarrollo de los niños con TDA. Construyendo en ellos una personalidad fuerte y segura, evitando el rechazo y la deserción escolar desde la aplicación de las alternativas psicopedagógicas.

OBJETIVOS PARTICULARES

Los padres de familia, maestros y especialistas:

- * Manejarán el presente manual como una herramienta para desarrollar las habilidades cognitivas de los niños diagnosticados con TDA.
- * Revisarán las alternativas psicopedagógicas para descubrir los elementos necesarios para el desarrollo de las habilidades básicas que permitan el desempeño de sus capacidades.
- * Aplicarán de manera adecuada las alternativas de intervención psicopedagógica en los niños con TDA, evitando la rutina y el aburrimiento.
- * Validarán a los niños diagnosticados con TDA como niños sobresalientes a partir de los resultados de la aplicación del manual.
- * Reflexionarán acerca de las ventajas de aplicación de las alternativas psicopedagógicas modificando el tratamiento farmacológico por nuevas alternativas de intervención.

CONTENIDOS

- * FASE I NUTRICIÓN
- * FASE II RESPIRACIÓN
- * FASE III RELAJACIÓN
- * FASE IV MUSICOTERAPIA
- * FASE V PROGRAMACIÓN NEURO LINGÜÍSTICA
- * FASE VI INTELIGENCIA EMOCIONAL
- * FASE VII GIMNASIA CEREBRAL
- * .
- * EVALUACIÓN GENERAL
- * BIBLIOGRAFÍA DEL MANUAL

PRIMERA FASE NUTRICIÓN

OBJETIVO

- * Los padres y maestros aplicarán las alternativas de nutrición para mejorar la calidad nutricional en la dieta de los niños con TDA y evitar los alimentos que afecten o provoquen los problemas de conducta.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.1 Los padres de familia observarán con detalle la dieta de sus hijos, localizando aquellos productos que detonen los síntomas del TDA.
- 1.2 Elegirán con cuidado los endulzantes, endulcolorantes y colorantes en la dieta del niño; modificando la dieta de los niños con TDA, sustituyendo los alimentos que provocan los síntomas en el niño.
- 1.3 Incluirán alimentos en la dieta familiar, que favorezcan el funcionamiento del sistema nervioso central y el desarrollo de las funciones cerebrales.
- 1.4 Los maestros sensibilizarán a los niños sobre la importancia de una buena nutrición; mostrando las ventajas de la pirámide nutricional, así como las ventajas de aplicarla en la vida personal.

ACTIVIDAD 1

OBJETIVO ESPECÍFICO

- 1.1 Los padres de familia observarán con detalle la dieta de sus hijos, localizando aquellos productos que detonen los síntomas del TDA.

ACTIVIDAD SUGERIDA

- * Para iniciar esta fase, es necesario observar con atención todos los alimentos que consume el niño, tanto en casa, escuela, calle, parque, con los amigos o familiares.
- * Llevar una lista detallada de los productos, cantidades y si es posible de las marcas o contenidos. Por ejemplo la leche se puede dividir en leche deslactosada, leche entera o pura, leche en polvo, leche de vaca, etc. Algunos cereales son diferentes de una marca a otra en cuanto al contenido de azúcar o colorantes. Por lo que es importante anotarlo detalladamente.
- * En esta misma actividad es importante registrar si se observa algún cambio en la actitud del niño (intranquilo, inquieto, con gran actividad motriz, etc.) después de algún alimento; en especial endulzantes, colorantes o grasas.

MATERIALES

Tarjetas enlistadas con los días de la semana que contenga la lista de anotaciones de los productos y cantidades que consume el niño cada día.

Plumones o marcadores. Los marcadores se utilizarán para que usted pueda marcar o señalar y así identificar en la lista de anotaciones (realizada previamente), aquellos productos que considere, que son detonadores de los síntomas del TDA a partir de la observación diaria de su hijo.

EJEMPLO DE LA ACTIVIDAD

PRIMER DÍA

DESAYUNO	ALMUERZO	COMIDA	MERIENDA	CENA
*Jugo de fruta	Barra de chocolate con cereal	Salchichas fritas		* Leche con chocolate y cereal con gomitas de azúcar
Yogur natural	* Leche de chocolate	Frijoles	Galletas saladas 10 galletas	2 Enfrijoladas
Pan con mermelada 1 rebanada	Cacahuates Sin marca	* Refresco dos vasos		
		* 2 Duraznos en almíbar de lata		

*Colorantes artificiales || Endulzantes Alimentos que al parecer "inquietan" al niño.

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Los padres de familia, ya que son ellos los que procuran la alimentación de su hijo, preparando, comprando o eligiendo los productos que se consumen en casa o en la escuela.

TIEMPO

El tiempo de observación puede durar dependiendo de la variedad de los productos que se suministren, es decir si se consume diariamente diferentes productos en el desayuno, comida o cena, es necesario anotar por lo menos en el transcurso de *una semana* los diferentes alimentos que se consumen.

OBSERVACIONES

Es necesario solicitar la ayuda de los miembros de toda la familia, para la observación de los productos que consume el niño, así como de los compañeros de escuela o la maestra en la hora del recreo. Solicitar y hacer participe al niño de la necesidad de anotar los productos que consuma a lo largo del día.

ACTIVIDAD 2

OBJETIVO ESPECÍFICO

- 1.2 Los padres elegirán con cuidado los endulzantes, endul - colorantes y colorantes en la dieta del niño; utilizando sólo aquellos que aporten los requerimientos vitamínicos necesarios.

ACTIVIDADES SUGERIDAS

Como se ha visto anteriormente algunos alimentos como los “cereales, dirigidos a los niños, contienen gran cantidad de azúcar, colores artificiales y conservadores.” Ponga atención en su hijo, si consume varios vasos de refresco al día, come muchas galletas, dulces, postres con azúcar, etc., es recomendable que:

- * Observe detalladamente, las etiquetas nutricionales que proporcionan información sobre los ingredientes y la cantidad de azúcares (natural, azúcar morena, de caña, de repostería, refinada, melaza, endulzante natural, sacarosa, dextrosa, fructosa, glucosa o azúcar adicional) que contiene cada porción del alimento. Así como mayonesas, aderezos, salsa de tomate o alimentos enlatados, polvo para hacer agua de sabor, etc., en cuanto a la cantidad de colorantes, azúcar y conservadores.
- * Utilice de preferencia alimentos naturales, no de lata. Algunos alimentos como las verduras enlatadas, pueden enjuagarse en agua natural, para quitar la mayoría de los conservadores.
- * Elija cereales que no contengan colores artificiales o conservadores y menos de un gramo de azúcar (cereal de grano entero.) También evite las bebidas instantáneas (malteadas, leche de sabores, refrescos, bebidas con sabor a frutas, pero sin fruta, etc.) o con gran cantidad de azúcar; dulces, chocolates, galletas cubiertas, pastel, pay, fruta en almibar, barra de chocolate.

- * Disminuya el consumo de azúcar gradualmente, poco a poco durante varias semanas no de manera inmediata. Sustituya el azúcar por miel de abeja (sólo 4 o 5 cucharaditas al día); los dulces por fruta natural, obleas, o verduras frescas como jícamas, zanahorias, pepinos; preparándolas de forma que sean atractivas para los niños.

MATERIALES

Tabla alimenticia o nutricional sobre el contenido de azúcares, colorantes y conservadores.

EJEMPLO DE LA ACTIVIDAD

Si su hijo toma 3 vasos de refresco al día que tome los mismos 3 vasos pero rebajados con agua, luego cambie 2 vasos rebajados y uno de agua de fruta natural con poco azúcar, posteriormente 2 vasos de agua natural y uno rebajado de refresco, hasta llegar a que tome sólo agua de fruta natural con poco azúcar. Posteriormente reemplace el azúcar por fruta entera o jugo concentrado 100% de fruta, rebajado con agua. También puede utilizar piloncillo o azúcar mascabado en pequeñas cantidades.

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Todos los miembros de la familia, ya que siempre es mejor que el niño "haga lo que ve, en lugar de que haga lo que le dicen". Si en casa sólo hay alimentos sanos y los padres consumen sólo alimentos saludables, entonces para los niños será más fácil consumir sanamente.

TIEMPO

Pruebe una dieta baja en azúcares por dos o tres semanas.

OBSERVACIONES

Es necesario tomar en cuenta que tal vez el niño se sienta frustrado, enojado o molesto por no comer las golosinas o el refresco que quiere, probablemente piense que su hijo empeora en

lugar de mejorar, pero esto sólo ocurrirá durante los primeros días, mientras se adapta a su nueva dieta.²³²

Observe cómo reacciona el niño después del plazo fijado (2 o 3 semanas), si está deprimido, o más intranquilo, con dolor de cabeza, etc. Pruebe darle al niño un día nuevamente azúcar en bajas cantidades (avena con azúcar, jugo de manzana con azúcar adicional, etc., y no dulces); observe su comportamiento, si empeora, entonces retire completamente el azúcar. Por el contrario si no parece que exista reacción por la cantidad de azúcar es importante conservar una dieta baja en azúcar y colorantes artificiales.

ACTIVIDAD 3

OBJETIVO ESPECÍFICO

- 1.3 Los padres incluirán alimentos en la dieta familiar, que favorezcan el funcionamiento del Sistema Nervioso Central y el desarrollo de las funciones cerebrales.

ACTIVIDADES SUGERIDAS

Como se ha visto anteriormente, algunos alimentos pueden cambiar la configuración de las células cerebrales por eso:

- * Utilice verduras crudas o de hoja verde; en mayores proporciones, como parte de la dieta del niño. Por ejemplo lechuga, acelga, espinaca, zanahoria, pepino, chincharo, etc. Del mismo modo utilice frutas frescas como papaya, sandía melón, lima, fresas, tunas, manzana, naranja, higo, limón, durazno, guayaba, etc.
- * Para hacer más atractivos los platillos, puede utilizar su imaginación, decorándolos, por ejemplo las verduras en forma de caritas: rodajas de pepinos pueden ser los ojos, la

²³²En muchas personas que comienzan con cambios en sus hábitos alimenticios, suelen presentarse "*crisis curativas*," éstas se manifiestan por el empeoramiento temporal del trastorno o síntomas como dolor de cabeza, irritación, dificultad par respirar, etc., esto ocurre por la dieta depurativa con vegetales y frutas crudas y por la eliminación de azúcar

nariz con una zanahoria, la boca con una lechuga, y el pelo con ralladura de jicama; un barquito hecho con la base de medio melón relleno de cuadritos de frutas diversas, el mástil hecho con una tira de apio, y la bandera con una rodaja de naranja.

- * Emplee legumbres de todo tipo, incluyendo cacahuates naturales, sin sal ni cáscara.
- * Consuman frutos secos, sobre todo nueces y almendras todo tipo de granos, cereales, bayas, raíces y miel.
- * Limite el consumo de grasas, aceite de maíz, cártamo y girasol; utilice aceite de oliva virgen. También limite el consumo de sal.
- * Incluya en la dieta del niño, pescado (sardina, salmón, o mariscos).
- * Evite en lo posible la carne roja, la leche entera, mantequilla, margarina, mayonesa, comida rápida frita, y alimentos procesados.

EJEMPLO DE LA ACTIVIDAD

Desayuno	Puede preparar al niño un licuado con siete nueces y una cucharadita de miel con una taza de leche descremada.
Almuerzo	Para el almuerzo tiras de jicama con pepino o jitomate con limón.
Comida	Filete de pescado al vapor, una porción de arroz con zanahorias y chícharos, agua de fruta natural y una rebanada de sandía.
Merienda	Manzana cortada en cuadritos.
Cena	Para la cena avena con leche, hot cakes de trigo o integrales o galletas de salvado de trigo.

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Los padres de familia.

TIEMPO

El tiempo dependerá de los beneficios que observe en su hijo; sin embargo es recomendable que se establezca una dieta saludable para toda la familia.

OBSERVACIONES

Evite coser las verduras por mucho tiempo, en caso de requerirlo sólo hágalo por 5 minutos o al vapor. Procure que la dieta se aplique a todos los miembros de la familia.

Un cambio de dieta no significa comer insípidamente o que renuncié a comer bien, rico y saludable; por ejemplo, si el niño desea hot cakes, puede sustituir los ingredientes que considere no son benéficos; utilice harina de trigo; en lugar de leche entera utilice leche rebajada o jugo de piña; en lugar de mermelada o cajeta utilice rebanadas de fruta.

Haga parte al niño de esta nueva forma de alimentarse, invítelo a que le ayude a cocinar o a decorar los platillos, lavar las verduras o escoger los alimentos que desea consumir, de esta manera estará creando en él la responsabilidad de una buena alimentación.

ACTIVIDAD 4

OBJETIVO ESPECÍFICO

1.4 Los maestros sensibilizarán a los niños sobre la importancia de una buena nutrición.

RESPONSABLE DE LAS ACTIVIDADES

El maestro.

ACTIVIDADES SUGERIDAS

1.4.1. Pirámide alimenticia.

El maestro explicará la pirámide alimenticia por medio de imágenes, dibujos o esquemas. Posteriormente, se les pedirá a los niños que dibujen la pirámide en su cuaderno, así los alimentos que integran como cada uno de los grupos de la pirámide alimenticia. Concluya con los alumnos acerca de la importancia de conocer la pirámide alimenticia.

MATERIAL

Esquema de la pirámide alimenticia, colores, hojas blancas.

TIEMPO

Aproximadamente 20 min. Para la explicación de la pirámide sólo 10 min. Para el dibujo que realicen los niños 10 min. Es importante no extenderse demasiado en el tiempo de explicación, ya que se realizarán más actividades con respecto al tema.

OBSERVACIONES

El maestro debe considerar aplicar esta actividad, especialmente cuando se requiera hacer una pausa en la rutina del grupo, cuando los niños se inquieten o se percate que el niño con TDA ya no pone atención en el tema.

1.4.2. Canasta de alimentos.

Se proporciona un dibujo de cada alimento por niño. Para comenzar pedirá que se pongan de pie todos los niños que tengan un dibujo de los grupos de verduras; posteriormente los de grupo de frutas, el de los cereales, las carnes y así sucesivamente pidiéndoles que mencionen el nombre de su dibujo (arroz, cereal, lechuga, leche, etc.)

Posteriormente, el maestro explica el juego en el que sólo tres alimentos de un grupo pasarán corriendo al pizarrón a pegar su dibujo en el esquema de la pirámide alimenticia. Por ejemplo tres alimentos del grupo de verduras. El juego se realiza hasta completar la pirámide alimenticia. Finalmente el maestro explicará la cantidad adecuada de cada alimento para tener una dieta nutritiva.

MATERIAL

Esquema de la pirámide alimenticia, dibujos de los diferentes grupos de alimentos (los cuales pueden ser hechos por los niños previamente), diurex.

TIEMPO

Aproximadamente 20 min. Toda la actividad durará de 10 a 15 min. y la explicación sólo 5 min.

OBSERVACIONES

Esta actividad, permite destensar al grupo, por lo que es recomendable aplicarla antes del recreo o antes de la salida.

1.4.3. Nuestra salud

Se les pide a los alumnos que con dibujos, hagan lo siguiente: en dos columnas de su cuaderno, las cuales están explicadas previamente en el pizarrón. Finalmente el maestro concluye con la importancia de una buena nutrición

<ul style="list-style-type: none">* Alimentos nutritivos.* Una persona que sólo come alimentos nutritivos.* Una persona realizando algún deporte.	<ul style="list-style-type: none">* Alimentos chatarra.* Una persona que sólo come alimentos chatarra.* Otra persona sin hacer nada.
---	--

MATERIAL

Colores.

TIEMPO

Aproximadamente 10min.

OBSERVACIONES GENERALES

- * Las actividades realizadas en el salón de clases deben llevarse a cabo conjuntamente, con la aplicación de las actividades de casa, ya que se requiere del apoyo de los maestros y los padres simultáneamente.
- * Las anteriores actividades están sugeridas para aplicarlas en grupo, así los maestros podrán dar la información necesaria no sólo a los niños diagnosticados con TDA, sino a todos los niños; de esta manera, en momentos en que el niño se distrae, es posible aplicar algunas de estas actividades y disminuir la tensión.

- * Si la realización de las actividades ocupa demasiado tiempo para el maestro, es aconsejable que se establezcan como actividad extra en casa para el niño con TDA y si es posible contabilizar la actividad como una participación extra o un punto más en la tarea del día, para incentivar al niño a que lo realice.
- * Es importante aplicar nuevas actividades o adaptar las sugeridas dependiendo de la edad del niño y del número de alumnos; siempre y cuando cumplan con el objetivo de proporcionarle al niño un amplio panorama sobre la adecuada alimentación y sus beneficios.
- * Aunque la actividad es aplicada a todos los niños, siempre es importante poner especial atención al niño que se ha diagnosticados con TDA (sin que él o los demás niños lo noten), ya que se debe de observar un progreso en su conducta.

EVALUACIÓN

Para ayudar a determinar si se han cumplido con los objetivos planteados para mejorar la alimentación del niño diagnosticado con TDA, responda **SI**, **NO** o **A VECES** a las siguientes preguntas.

<i>NUTRICIÓN</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>A VECES</i>
1. ¿Come cereales sin azúcar?			
2. ¿No consume dulces, o alimentos con azúcar adicional, como refrescos o malteadas?			
3. ¿Come de 3 a 4 porciones de frutas y verduras al día?			
4. ¿Toma por lo menos 6 vasos de agua natural o agua de frutas (sin azúcar) al día?			
5. ¿Toma leche baja en grasa o de soya?			

6. ¿Consume verduras crudas como botana, en lugar de los chicharrones o papas fritas?			
7. ¿Come nueces, almendras, semillas, cereal integral, avena?			
8. ¿Come menos galletas o pan?			
9. ¿Consume pequeñas cantidades de grasa?			
10. ¿Come carne sin grasa, aves y pescado?			

Si contesto **no** a más de tres preguntas, es necesario reiniciar la fase aplicando nuevas actividades para mejorar la dieta nutricional del niño. Por el contrario si respondió que **sí** a la mayoría de las preguntas, es buen momento para continuar con una dieta saludable. Finalmente si respondió que **a veces**, sería conveniente que, para observar un mejor resultado, aplicara aquellas actividades de la fase en las que considera que aún no han cumplido con el objetivo establecido.

SEGUNDA FASE RESPIRACIÓN

OBJETIVO

- * Los padres de familia y maestros mostrarán a los niños con TDA, la importancia de la adecuada respiración, así como la aplicación de las técnicas practicando y trabajando, hasta lograr los resultados obtenidos por el completo dominio de la respiración; para un mejor funcionamiento cerebral.

OBJETIVOS PARTICULARES

Los maestros y los padres de familia:

- 2.1. Expondrán el sistema respiratorio y los órganos involucrados en la respiración.
- 2.2. Explicarán el proceso respiratorio, así como las formas de la respiración y sus beneficios.
- 2.3. Demostrarán las diferentes técnicas de respiración a partir de su ejecución

ACTIVIDAD 1

OBJETIVO ESPECÍFICO

- 2.1 Los maestros expondrán el sistema respiratorio y los órganos involucrados, tomando conciencia de las funciones de su propio cuerpo, así como de la importancia de una correcta respiración.

ACTIVIDADES SUGERIDAS

2.1.1. *Globos*

Para este tema es importante desarrollar la creatividad del niño, así como su imaginación, por lo que en una primera actividad, se les pide a los niños que inflen un globo y posteriormente que lo desinflen poco a poco, haciendo la misma operación por lo menos tres veces.

Posteriormente se les pide que expresen la importancia del aire en los seres vivos, así por medio de lluvia de ideas, el maestro finalmente pedirá a los alumnos que comenten la importancia de la respiración, procurando encaminar las ideas a que los niños se percaten de su propia respiración como un hecho consciente y no mecánico.

MATERIAL

Globos.

TIEMPO

El tiempo no debe sobrepasar los 20 minutos, sólo 10 para inflar los globos y 10 para la lluvia de ideas.

OBSERVACIONES

Es probable que con esta actividad todos los niños terminen por distraerse con los globos, por lo que se debe tener en cuenta el tiempo exacto para cada momento de la actividad, es decir, no se reparten los globos hasta que se explica la primera parte de la actividad. De la misma manera,

cuando ésta haya concluido, se retiran los globos y se comienza con la segunda parte de la actividad, para este momento es posible que la mayoría de los niños deseen jugar nuevamente con el globo, por lo que el maestro debe ser lo suficientemente flexible para que la segunda fase se desarrolle al ritmo de los niños, siempre y cuando no exceda el tiempo establecido. Por lo que es recomendable realizar esta actividad antes del recreo o antes de la hora de salida, y así poder repartir nuevamente los globos a cada niño.

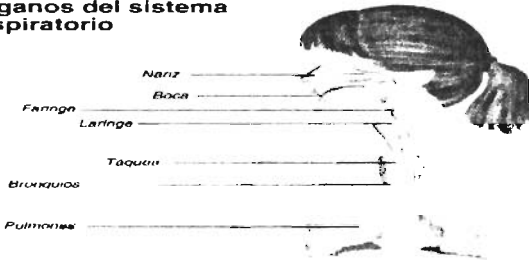
2.1.2. Plastilina

Para esta actividad primero el maestro expondrá por medio de un cartel o dibujo, los órganos del sistema respiratorio, poniendo especial énfasis en sus funciones.

Posteriormente se les pide a los niños que en un esquema del sistema respiratorio, identifiquen y moldeen con plastilina, los órganos del sistema respiratorio, pegándolo en el mismo esquema.

EJEMPLO DE LA ACTIVIDAD*

Órganos del sistema respiratorio



ÓRGANOS DEL SISTEMA RESPIRATORIO:

Fosas nasales

Parte interna de la nariz, permite la entrada del aire y evita la entrada de polvo y otras sustancias al organismo. Calienta el aire inhalado de tal modo que no pueda perjudicar a ningún órgano interno como la garganta y los pulmones. Por ello debemos respirar por la nariz.

* Imagen tomada de la enciclopedia UXMAL, p. 284. Las imágenes elegidas por los maestros deben ser sencillas pero lo suficientemente ilustrativas para que los niños las relacionen con su propio cuerpo.

<i>Faringe</i>	Es un tubo por el que pasa tanto el alimento como el aire.
<i>Laringe</i>	En su interior se encuentran las cuerdas vocales.
<i>Traquea</i>	Tubo que se divide en dos y llega hasta los bronquios.
<i>Pulmones</i>	En su interior se encuentran los bronquios, bronquiolos y alvéolos.
<i>Diafragma</i>	Es el músculo que realiza los movimientos de contracción y relajación que producen la respiración.
<i>Músculos intercostales</i>	También llevan a cabo movimientos de contracción.

TIEMPO

La exposición de los órganos del sistema respiratorio, requiere de 10 a 15 min. La segunda actividad requiere de 20 a 30 min.

MATERIALES

Cartel o dibujo de los órganos del sistema respiratorio. Esquemas del aparato respiratorio, plastilina de colores.

OBSERVACIONES

La respiración completa debe realizarse hasta que llegue a constituir un método natural de respiración, lo cual depende de trabajo, tiempo, esfuerzo y paciencia que pongan tanto los adultos como los niños con TDA; así los resultados obtenidos de todas las formas de respiración requieren de constancia por parte de los niños, la cual se logra a partir del ejemplo por parte de los adultos.

ACTIVIDAD 2

OBJETIVO ESPECÍFICO

- 2.1 Los maestros explicarán el proceso respiratorio, así como los métodos de la respiración, desarrollando las bases para una respiración completa y adecuada.

ACTIVIDADES SUGERIDAS

2.2.1. Respiración nasal.

En esta actividad se requiere de un lugar ventilado o junto a una ventana abierta.

- * El maestro da la instrucción de respirar libremente.
- * Posteriormente se les pide a los niños que cierren una fosa nasal, con el dedo pulgar e inhalen el aire por la fosa nasal abierta.
- * Se retiene el aire y se cambia el dedo a la otra fosa nasal.
- * Se exhala por la fosa nasal libre y se inhala nuevamente por la misma que se exhaló, repitiendo varias veces la misma operación alternadamente con una y con otra fosa nasal.

Finalmente se le explica a los niños la importancia de respirar por la nariz (y así evitar enfermedades respiratorias) y no por la boca, haciéndolos conscientes del camino que recorre el aire por los órganos respiratorios.



MATERIALES

Recursos humanos.

TIEMPO

El tiempo de este ejercicio se basa en la ejecución de tres respiraciones por cada fosa nasal.

OBSERVACIONES

Este ejercicio permite que los niños se percaten de su propia respiración, desapareciendo las obstrucciones de la nariz y limpiando las fosas nasales. Además de ser un requisito previo para el desarrollo de una respiración completa.

2.2.2 *Respiración abdominal o profunda*

Para esta actividad se requiere que los niños estén en un lugar en donde puedan estar de pie en círculo.²³³ El maestro hará una serie de tres respiraciones abdominales de forma “dramatizada o exagerada” para explicar el proceso respiratorio. Posteriormente se les pide a los niños que lo imiten. Es importante que el maestro observe que cada niño realice la respiración adecuadamente; así como explicar el proceso respiratorio mientras el niño realiza los ejercicios y que. Si el número de niños es reducido, entonces se pedirá que uno por uno realicen los ejercicios respiratorios para que el maestro observe que el ejercicio sea correcto.

EJEMPLO DE LA ACTIVIDAD

Respiración abdominal.

- * Primero respirar por las fosas nasales.²³⁴ Inhalando firmemente llenando primero la parte inferior de los pulmones lo que se obtiene poniendo en movimiento el diafragma “inflando el estómago” (el diafragma al descender ejerce una leve presión sobre los órganos abdominales empujando el abdomen), después se llena la parte media de los pulmones (sin levantar hombros), haciendo salir las costillas inferiores y el pecho. Luego se llena la parte alta de los pulmones tratando de levantar el pecho. Finalmente la parte

²³³ El maestro debe tomar en cuenta si la actividad se hace al aire libre, procurar que en los días de mayor contaminación, se realice dentro del salón de clases.

²³⁴ Es importante recordarle al niño que debe respirar siempre por las fosas nasales, no por la boca.

inferior del abdomen se contrae ligeramente para dar apoyo a los pulmones y ayudar a llenar su parte superior. Toda la inhalación anterior debe realizarse de manera continua y pausada (aunque parezca que deba ejecutarse en tres partes), evitando respirar brusca o rápidamente.

- * Reteniendo la respiración algunos segundos.
- * Exhalar muy despacio manteniendo el pecho en posición firme, a medida que el aire sale de los pulmones se relaja el pecho y el abdomen.



MATERIAL

Recursos humanos.

TIEMPO

El tiempo dependerá de la agilidad del maestro para llevar el ejercicio de 5 a 10 min. Pero el tiempo entre cada inhalación al principio debe ser corto, al ritmo de cada niño.

OBSERVACIONES

Para que los niños sientan los movimientos de la respiración completa pueden colocar ligeramente su mano sobre su estómago, lo cual les ayudará a comprender mejor el mecanismo de

la respiración. Sería adecuado que los maestros les pidieran a los niños practicar este tipo de respiración en casa y frente a un espejo.

En esta actividad además de aprender las bases para una respiración completa, el niño se enfrentará a actividades donde es necesario poner atención.

Es necesario observar que todos los niños y en especial el niño diagnosticado con TDA, realicen adecuadamente cada una de las respiraciones. Además es probable que a algunos niños les dé sueño o se sientan mareados, por lo que el ejercicio de las respiraciones profundas debe realizarse, de dos a tres veces seguidas en un solo día y posteriormente de dos a tres veces seguidas aplicándolo cada determinado tiempo por ejemplo cada dos horas.

ACTIVIDAD 3

OBJETIVO ESPECÍFICO

2.2 Los padres de familia demostrarán las diferentes técnicas de respiración a partir de su ejecución; utilizando la adecuada respiración para cada uno de los diversos propósitos que ayuden a los niños con TDA a desarrollar las habilidades necesarias de concentración, retención, atención y equilibrio. Proporcionando un óptimo desarrollo del Sistema Nervioso.

ACTIVIDADES SUGERIDAS

En las subsecuentes actividades los padres de familia apoyados por los ejercicios de los maestros,²³⁵ continuarán con los avances de los niños sobre la adecuada respiración.

²³⁵ Es necesario que los padres estén al tanto de las actividades que realizan en la escuela, primero para reforzar y llevar el ritmo necesario para continuar con los ejercicios.

2.3.1. Ejercitándose

En esta actividad se busca ejercitar los pulmones, por lo que puede haber tantas variables de la misma actividad que cumplan con el objetivo, por ejemplo:

- * Se trata de que el niño infle un globo, el cual estará adentro de un recipiente con agua. Primero, los padres se colocarán sentados cómodamente frente al recipiente con agua, procurando tener la columna lo más derecha posible, posteriormente tratarán de inflar un globo el cual estará sumergido hasta la mitad en el agua. Posteriormente se le indica al niño que haga lo mismo.
- * Otra actividad semejante se realiza con una botella de plástico llena de agua y un popote; el niño tendrá que soplar por el popote hasta formar burbujas en el agua repetidamente.
- * Carreras de bolas de unicel, con un popote hacer competencias padres e hijos soplando la bola de unicel hasta llegar a la meta fijada previamente.

MATERIAL

Globos grandes, recipientes con agua, popotes, bolas de unicel.

TIEMPO

En este tipo de actividades no hay un tiempo específico. Sin embargo es recomendable que se realice por lo menos un ejercicio diario.

OBSERVACIONES

En todas las actividades que se realicen, es importante aplicar la respiración completa. Por ejemplo para correr, hacer ejercicio, jugar, caminar, subir escaleras, incluso hablar o leer un libro, la respiración debe ser profunda, permitiendo la resistencia pulmonar y la oxigenación a todas las células del cuerpo.

2.3.2. Ejercicios respiratorios

Ejercicio I Respiración base

- * Realizar una respiración abdominal completa, como se explicó en el punto 2.2.2.
- * Retener el aire unos segundos.
- * Poner los labios como si fueran a silbar (sin inflar los cachetes) y sacar el aire poco a poco pero con fuerza, hasta exhalar todo el aire completamente, de esta manera se limpian los pulmones y el cuerpo se comienza a relajar, por lo que es ideal para los niños con TDA diagnosticados con hiperactividad.

OBSERVACIONES

Es importante mantener una posición firme, con la columna vertebral y cabeza derecha, erguida, sin tensión, lo que permite un mejor desplazamiento del aire a los pulmones.

Ejercicio II

- * De pie y con el cuerpo derecho.
- * Realizar una respiración abdominal completa.
- * Retener el aire tanto tiempo como sea posible.
- * Exhalar con fuerza el aire por la boca abierta.
- * Realizar una respiración base.

OBSERVACIONES

En esta actividad lo importante es retener por más tiempo el aire, (sin esforzarse demasiado, ni lastimarse, la respiración tiene que ser agradable al cuerpo) ya que permite purificar el aire, oxigenar la sangre y limpiar los pulmones. Al principio los padres observarán que el tiempo de retener el aire es corto para los niños, sin embargo con la práctica se percibirán mejores resultados; también es posible medir con un cronómetro o reloj el progreso del tiempo en el que se retiene el aire.

Ejercicio III

- * Caminar de manera normal, con la columna y la cabeza recta.
- * Inhalar una respiración completa, contando mentalmente, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; un número por cada paso y realizando la inhalación en el transcurso de los ocho pasos.
- * Exhalar lentamente por la nariz, mientras se cuenta del 1 al 8, dando un paso por cada número.
- * Descansar entre cada respiración sin detenerse, contando nuevamente del 1 al 8, dando un paso por cada número.
- * Repetir el ejercicio por dos o tres ciclos más y descansar y reanudar posteriormente.



OBSERVACIONES

Con la práctica de este ejercicio será posible agregar un punto más, al retener el aire mientras se cuenta del 1 al 8, sin embargo cada respiración debe de ser agradable para el niño. Es posible que con esta respiración, se sienta cansancio o mareo, por lo que se recomienda que se suspenda por un momento y se reanude posteriormente.

Ejercicio IV

- * De pie, con el cuerpo recto y mirada al frente, sin doblar rodillas y los brazos a los costados.
- * Elevar lentamente el cuerpo sobre las puntas de los pies, se inhala profunda y lentamente.
- * Retener la respiración unos segundos en la misma posición (sin bajar talones).
- * Bajar lentamente los talones hasta la posición inicial, al mismo tiempo que se exhala lentamente por la nariz.
- * Repetir un ciclo de tres o cuatro veces.



OBSERVACIONES

Los padres de familia necesitan familiarizarse primero con cada una de estas respiraciones para poder enseñárselas a los niños con el ejemplo, es necesario que ellos observen como se realiza cada ejercicio, guiando el ejercicio hasta su correcta ejecución.

Ejercicio V y variables.

1. De pie, con el cuerpo recto y con las manos en los costados.
2. Realizar una inhalación completa.
3. Levantar los brazos lentamente hasta que las manos se junten por encima de la cabeza.
4. Retener la respiración por unos segundos, en esa misma posición.
5. Bajar los brazos a los costados lentamente, al mismo tiempo que se exhala por la boca.
6. Repetir varias veces terminando con la respiración base.



OBSERVACIONES

En este ejercicio, es posible agregar diversas variables en el punto 3, realizando los otros pasos de la misma manera, por ejemplo:

- * Levantar los brazos lentamente, hasta que estén a la altura de los hombros, el primer ciclo con los brazos hacia al frente y el siguiente con los brazos laterales.
- * Hacer un movimiento circular con los brazos hacia atrás lentamente unas cuantas veces y el mismo movimiento hacia adelante el mismo número de veces, inhalando y exhalando en cada movimiento de brazos. También se puede alternar los brazos haciendo un movimiento como las aspas del molino.

- * Con las piernas un poco separadas bajar lentamente el cuerpo reteniendo el aire, retener el aire en cuclillas y exhalar al llegar a la posición inicial.

Ejercicio VI y variables

1. De pie, firme, con las manos apoyadas en la cintura y los codos hacia fuera.
2. Realizar una respiración completa y retenerla.
3. Sin doblar las rodillas y manteniendo la columna recta, inclinar el tronco hacia delante como si se saludara, al mismo tiempo exhalar lentamente.
4. Volver a la primera posición de firmes, mientras se inhala.
5. Tomar en esa posición una respiración completa.
6. Repetir varias veces
7. Terminar con una respiración profunda y lenta.

OBSERVACIONES

Este ejercicio puede realizarse con diversas variables en el punto 3 por ejemplo:

- * Inclinar el tronco hacia atrás mientras se inhala y exhalar hacia al frente.
- * Inhalar al centro y exhalar hacia la izquierda, nuevamente inhalar al centro y exhalar hacia la derecha.
- * Incluso todas las variables anteriores se pueden realizar levantando los talones y apoyado con las puntas de los pies, realizando un ciclo de cada ejercicio.

Ejercicio VII

1. Recostarse en el suelo boca arriba, sobre un cobertor o manta (no sobre la cama.)
2. Con los brazos relajados y hacia los costados, realizar una inhalación profunda.

3. Levantar el pie derecho hacia el pecho en un ángulo de 90° y bajarlo mientras se sube el izquierdo (como si estuviera nadando) realizar varias veces este ejercicio mientras se mantiene la respiración profunda.
4. Terminar con una respiración base.

OBSERVACIONES

En este ejercicio se debe tener cuidado de no agitar la respiración, si esto ocurre deje el ejercicio por un instante, recuperando la respiración profunda y vuelva a iniciar.

Puede poner en la cabeza del niño una pequeña manta doblada, no utilice almohada para cuidar su cuello.

OBSERVACIONES GENERALES

- * La respiración completa debe realizarse seriamente hasta que llegue a constituir un método natural de respiración, que depende de trabajo, tiempo, esfuerzo y paciencia que pongan tanto los adultos como los niños con TDA; así los resultados obtenidos de todas las formas de respiración requieren de constancia por parte de los niños, la cual se logra a partir del ejemplo por parte de los adultos.
- * En cada actividad y ejercicio, tanto padres de familia como maestros, necesitan dar instrucciones de la correcta ejecución recordándole al niño la importancia de la respiración; de esta manera la realización de cada ejercicio debe considerarse; acto que requiere de constancia y no sólo respirar por respirar, sino que se vuelva un acto consciente. Para ello es necesario indicarle en cada actividad que tome conciencia de donde se realiza la respiración, los movimientos necesarios para que se lleve a cabo, los órganos involucrados que trabajan rítmicamente; que sientan la entrada y la salida del aire a través de su garganta, que imaginen el recorrido del aire por sus pulmones y como

el aire nutre todo su cuerpo de oxígeno desde la punta de los pies, hasta el último cabello.

* Es importante recordar que la respiración debe llevarse a cabo por la nariz, ya que si se respira por la boca, no hay nada desde ésta a los pulmones que filtre el aire, deteniendo el polvo o cualquier otra materia extraña, así como el aire frío directo a los órganos respiratorios provocando diversas enfermedades. Además si es posible que cada ejercicio se lleve a cabo con ropa cómoda, holgada; sin cinturones o ropa ajustada que impida la adecuada entrada del aire.

EVALUACIÓN

Para establecer si se han desarrollado adecuadamente los objetivos, es importante observar al niño durante la ejecución de los ejercicios. Para lo cual al finalizar la fase, realice la siguiente evaluación respondiendo en cada pregunta **si**, **no** o **a veces**, según sea el caso.

<i>RESPIRACIÓN</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>A VECES</i>
1. ¿Respira por la boca?			
2. ¿Duerme con la boca abierta o amanece con sequedad en el paladar o con la boca seca?			
3. ¿Inhala subiendo los hombros?			
4. ¿Se cansa al realizar algunos de los ejercicios sugeridos?			
5. ¿Su respiración se agita al realizar actividades físicas (correr, caminar, brincar, etc.)?			
6. ¿Le cuesta trabajo mantener la respiración?			

7. ¿Infla las mejillas al inhalar?			
8. ¿No infla el plexo solar o barriga al inhalar?			
9. ¿Sus respiraciones son cortas y seguidas?			
10. ¿Tiene la nariz tapada constantemente?			

Si respondió que **sí** a la mayoría de las preguntas anteriores, es importante y necesario que aplique nuevamente la fase completa, observando detalladamente los ejercicios para corregirlos si es necesario. Si respondió que **no**, es recomendable que continúe con la respiración profunda y con nuevos ejercicios, ya que ello le permitirá al niño tener más concentración, tranquilidad, atención, etc. Por último, si sus respuestas fueron en su mayoría de **a veces**, es recomendable aplicar aquellos ejercicios en los que observó que hubo mayor dificultad para su realización.

TERCERA FASE RELAJACIÓN

OBJETIVO

- * Los maestros y padres de familia darán a conocer a los niños con TDA, los beneficios de la relajación, así como los ejercicios, para alcanzar un estado de tranquilidad y serenidad del cuerpo y la mente, pero siempre alerta.

OBJETIVOS PARTICULARES

Los maestros y los padres de familia:

- 3.1. Demostrarán la correlación entre la respiración profunda y la relajación.
- 3.2. Enseñarán los beneficios de la relajación en el organismo.
- 3.3. Aplicarán ejercicios de relajación conjuntamente con los niños para alcanzar un estado de tranquilidad, necesaria en los niños diagnosticados con TDA.

ACTIVIDAD 1

OBJETIVO ESPECÍFICO

- 3.1 Los maestros demostrarán la correlación entre la respiración profunda y la relajación, así como la importancia de la aplicación de ambas alternativas.

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Maestro

ACTIVIDAD SUGERIDA

3.1.1. *Juego con pelota.*

- * El maestro propondrá un juego de fútbol con los niños, con una duración de 10 minutos.
- * Posteriormente se descansa por otros 10 minutos. es importante que el maestro sugiera que los niños se sienten y descansen, que *no* continúen con la actividad anterior, ya que en el tiempo de descanso el maestro observará la forma en la que sus alumnos *respiran* (poniendo especial atención en el niño diagnosticado con TDA, pero sin que los demás niños lo noten); de la misma manera observará la forma en que cada niño *descansa* por los 5 minutos establecidos; para corregir posteriormente si es necesario.

MATERIALES

Una pelota.

TIEMPO

20 minutos del ejercicio

OBSERVACIONES

En esta actividad el maestro podrá evaluar la forma en la que los niños se relajan y respiran después de una actividad física, como por ejemplo la postura, la respiración (por la boca o por la

nariz, profunda o agitada, etc.), la posición de los hombros y la columna, el tiempo que permanece quieto, etc. Para así lograr un primer acercamiento a la ejecución de esta fase.

Es conveniente que la anterior actividad se realice antes de que los niños ingieran alimentos, por ejemplo antes del recreo o antes de la hora de salida, para que la digestión no sea interrumpida por la actividad física.

3.1.2. Actividad Física.

Esta actividad parte de la fase anterior sobre respiración, así como de la observación de los niños por parte del maestro; para lo cual, a partir de previa lectura del manual, debe guiar o corregir las posturas y las formas de relajación y respiración que considere lo requieran.

- * Primero, el maestro sugerirá una serie de actividades físicas, empezando por el calentamiento y dos actividades de bajo impacto; al mismo tiempo observará la forma en que cada niño respira, recordándole en cada actividad física que respire profundamente. (Ver fase | actividad 2.2.2.)
- * Se terminan los ejercicios con tres respiraciones profundas o abdominales. (Ver fase | actividad 2.2.2.)
- * Al término de los ejercicios, dar la instrucción de que, todos sentados en sus bancas cierren los ojos y con la espalda derecha recargada en el respaldo realicen tres respiraciones base (ver fase |, actividad 2.3.1, ejercicio 1.)
- * Finalmente, se les da la instrucción de que con los ojos cerrados comiencen a sentir una temperatura agradable (tibio, cálido o fresco) por su cuerpo, empezando por el dedo pulgar de cada pie y terminando con la cabeza.
- * La actividad termina nuevamente con tres respiraciones profundas con los ojos cerrados y posteriormente se indica que abran lentamente los ojos y estiren con cuidado todo el cuerpo.

EJEMPLO DE LA ACTIVIDAD

En la primera parte de la actividad, se pueden realizar para el calentamiento una serie de estiramientos, por ejemplo, subir y bajar los talones elevando el cuerpo; subir y bajar los brazos; girar los tobillos etc.

Las actividades de bajo impacto implican ejercicios fáciles de desempeñar por los niños, por ejemplo las sentadillas; tocar los pies con la punta de las manos sin doblar las rodillas; girar el tronco, sentados tocando la punta de los pies con las manos, etc.

La última instrucción requiere de que el maestro guíe al alumno en el recorrido mental que necesita hacer por ejemplo, al decirle suavemente que empiece a sentir cómo la sangre circula o recorre todo su cuerpo, desde la uña del dedo pulgar de los pies, poco a poco recorriendo los siguientes dedos, los talones, las rodillas, las piernas, la cintura, el estómago, las manos (cada uno de los dedos de las manos), los brazos, el pecho, los hombros, los codos, el cuello, las mejillas, la boca, los ojos, la nariz, las orejas, la frente, etc.

MATERIALES

Recursos humanos

TIEMPO

20 minutos: 15 de ejercicio y 5 de relajación

OBSERVACIONES

Es necesario que el maestro, guíe las respiraciones observando que se realicen adecuadamente. Así mismo es importante que en el momento de la relajación, no existan interrupciones del exterior; y que dé la instrucción de apoyar la lengua en el paladar para mayor comodidad del niño.

Es probable que algunos niños se duerman o les dé sueño, por lo que puede indicar nuevamente la última etapa de abrir los ojos y estirarse. Si alguno de los niños llegara a dormirse profundamente, sólo necesita tocar suavemente su hombro izquierdo con la mano,

mientras le habla por su nombre pidiéndole que despierte (la instrucción debe realizarse suavemente, sin levantar la voz, con delicadeza)

3.1.3. *Lluvia de ideas.*

El maestro colocará previamente en el pizarrón dos columnas una en la que se lee, la leyenda *relajación* y la otra que diga *sin relajación*.

- * Se les pedirá a los niños que uno por uno expresen cómo se sintieron durante y después de la actividad física realizada con la pelota, (ejercicio 3.1.1.), anotando en la columna correspondiente, las ideas principales.
- * Posteriormente se les pide que expresen cómo se sintieron durante y después de la actividad física, en la que realizaron el ejercicio de relajación y respiración, (ejercicio 3.1.2.) anotando en la columna correspondiente las palabras que engloban las ideas principales.
- * El maestro conjuntamente con los alumnos da una conclusión sobre ambas columnas orientando, finalizando con la importancia de la respiración y la relajación en el organismo.

TIEMPO

15 minutos.

MATERIALES

Gis y pizarrón.

EJEMPLO DE LA ACTIVIDAD

<i>RELAJACIÓN</i>	<i>SIN RELAJACIÓN</i>
- tranquilos	- cansados
- con sueño	- con el corazón agitado

- sin cansancio	- sudando
-----------------	-----------

OBSERVACIONES

Si a los niños les cuesta trabajo expresar o recordar cómo se sintieron en cada actividad, el maestro puede realizarles preguntas que se orienten a hacerlos conscientes de la diferencia que existió entre cada ejercicio, por ejemplo preguntado *¿cómo sintieron los latidos de su corazón después de correr con la pelota?, ¿se sintieron cansados después de realizar las respiraciones profundas?, se sintieron cansados después de correr tras la pelota?, ¿en qué pensaban cuando se realizó la relajación?, ¿cómo se sintieron después de la relajación?, etc.*

OBSERVACIONES GENERALES

- * Es recomendable que la realización de las anteriores actividades se lleve a cabo en días consecutivos; con el propósito de que los niños recuerden las sensaciones y la experiencia de todas las actividades.
- * El maestro debe supervisar en todo momento cada actividad para que los niños las realicen correctamente.

ACTIVIDAD 2

OBJETIVO ESPECÍFICO

- 3.2 Los maestros y padres de familia, enseñarán los beneficios de la relajación en el organismo.

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Maestros

ACTIVIDAD SUGERIDA

3.2.1. Tensión – Relajación.

Esta actividad puede realizarse especialmente cuando el niño diagnosticado con TDA o el grupo en general, se encuentren distraídos.

- * Se les pide a los niños que se sienten en sus bancas, manteniendo una postura cómoda y cerrando los ojos.
- * El maestro da la instrucción de que al contar tres empiecen a tensar su cuerpo en tres pasos: primero la parte inferior del cuerpo (dedos de los pies, pies, piernas); luego la parte superior (de la cintura hacia arriba); finalmente todo el cuerpo a la vez.
- * Para ello el maestro debe ejemplificar primero la acción, tensando el cuerpo, es decir, apretando las manos, los dientes, los párpados, contrayendo el abdomen, etc., de tal forma que el niño comprenda la acción que se le solicita.
- * Después de tensar el cuerpo por unos segundos, se les pide que relajen el cuerpo (es decir que dejen de tensarlo,) sacando el aire por la boca.
- * Nuevamente se les solicita a los niños que tensen el cuerpo pero ahora con más fuerza que la primera vez y por unos segundos más. Se les solicita nuevamente que relajen o destensen el cuerpo ahora por unos segundos más.
- * Esta operación se realiza dos veces más dando un total de cuatro momentos de tensión y cuatro de relajación.
- * Se les pide a los niños que, aún con los ojos cerrados sientan cómo se relaja su cuerpo, empezando por la punta de los pies, hasta la cabeza (con la orientación del maestro paso a paso como en el ejercicio anterior.)
- * Se concluye con cinco respiraciones profundas y el estiramiento del cuerpo, en este momento ya pueden abrir los ojos.

TIEMPO

Toda la actividad puede llevarse a cabo en 10 min.

MATERIALES

Recursos humanos.

OBSERVACIONES

El tiempo depende de la observación del maestro sobre los niños, si considera necesario ampliar el tiempo que éste no exceda los 15 min., ya que en lugar de relajarse, los niños se podrían dormir o inquietarse.

OBSERVACIONES GENERALES

- * La realización de las actividades anteriores requiere del conocimiento previo de maestros y padres, sobre la fase de respiración y relajación para su correcta aplicación.
- * A partir de las actividades que se realicen en la escuela el padre de familia retomará las siguientes para realizarlas en casa ya que en ese momento el niño tendrá un panorama más amplio a partir de lo que observó con los otros niños.

ACTIVIDAD 3

OBJETIVOS GENERALES

3.3 Los padres de familia aplicarán ejercicios de relajación conjuntamente con los niños.

RESPONSABLE

Padres de familia

ACTIVIDADES SUGERIDAS

Los padres necesitan colocar previo a la actividad, una manta o cobertor en el piso, con una pequeña almohada o cojín no muy alto, para que la frente no caiga hacia atrás, el cual se utilizará para mayor comodidad del niño y sólo en los primeros días, posteriormente se retirará.

3.3.1. Piso

- * En casa se realizarán conjuntamente con el niño (previa lectura completa) todos los ejercicios de la actividad 2.3.2 de la fase II sobre *Respiración*; los cuales se aplicarán como una serie de ejercicios de rutina. También puede aplicar otros ejercicios físicos, pero siempre tomando en cuenta la respiración profunda.
- * Terminar los ejercicios con una respiración profunda.
- * Pedirle al niño que se recueste boca arriba sobre la manta, con los ojos cerrados, dar la instrucción de que no se duerma, sólo que relaje los ojos.
- * Mientras el niño está acostado pedir que imagine cada parte de su cuerpo, tratando de que recuerde cómo son sus uñas de los pies, cómo son sus dedos, sus tobillos, sus rodillas, las piernas, la cintura, el ombligo, el pecho, las uñas de las manos, los dedos, las muñecas, los codos, los brazos, los hombros, el cuello, la boca, las comisuras de la boca, la nariz, los ojos, las cejas, las pestañas, la frente, el pelo y otras partes del cuerpo que considere.
- * Termine la actividad pidiendo que con los ojos cerrados realice dos respiraciones profundas, y que estire su cuerpo lentamente y finalmente que abra los ojos.

Es posible que el niño se quede dormido, espere algunos minutos para despertarlo (que no pasen de 5 minutos) y muy lentamente toque su hombro con la mano mientras le llama al oído por su nombre.

TIEMPO

La actividad física puede llevarse a cabo por 30 o 40 minutos aproximadamente y la relajación requiere de 5 o 10 min.

MATERIALES

Mantas, cojines.

OBSERVACIONES

Es importante mantener el cuerpo caliente durante la relajación, cerciórese que el frío del piso no se sienta con las mantas y que la ropa que utilice el niño sea abrigadora, pero no apretada o incómoda que dificulte los movimientos.

3.3.2. Variables

En esta actividad se requiere de música tranquila, para aplicar en la relajación, para una mejor elección de la misma vea la fase IV sobre Musicoterapia.

- * En casa, después de alguna actividad física, previamente elegida, como por ejemplo correr, hacer ejercicio, jugar con la pelota o montar bicicleta, pedirle al niño que se recueste sobre la manta.
- * Relajar el cuerpo con tres respiraciones profundas.
- * Poner de fondo la grabación elegida.
- * Una vez concluido el tiempo de la grabación, pedirle al niño que empiece a mover lentamente sus pies, sus piernas, sus brazos, el cuello, la cabeza y aún con los ojos cerrados, que estire todo su cuerpo despacio.
- * Se termina con una inhalación profunda mientras abre los ojos lentamente.

MATERIAL

Mantas, grabadora y música para la relajación.

TIEMPO

La actividad física requiere de 30 a 40 minutos, la relajación requiere 10 minutos.

OBSERVACIONES

Esta actividad puede realizarse variando lo que escucha el niño, por ejemplo un día puede poner música seleccionada para relajarse, otro día contarle un cuento corto durante la relajación, incluso que escuche los latidos de su corazón; las variables deben elegirse tomando

siempre en cuenta que el niño necesita estar en contacto consigo mismo y percatarse de lo que sucede primero en su interior.

3.2.3. Colores

En la siguiente actividad se requerirá de un lugar silencioso, en el que no existan interrupciones para evitar distracciones.

- * Los padres de familia solicitan a los niños que se recuesten boca arriba sobre la manta con el cuerpo relajado, las manos y los pies sueltos y los ojos cerrados, mientras escuchan música clásica o instrumental (ver fase IV de musicoterapia.)
- * Los niños deben relajar el cuerpo con tres respiraciones profundas.
- * Mientras se escucha de fondo la grabación, el padre de familia va guiando al niño verbalmente para que, con los ojos cerrados imagine que cada que inhala, respira aire de color ²³⁶ (blanco, rosa, azul, verde) el cual va llenando todo su cuerpo de ese color, llegando hasta la punta de los pies y recorriendo cada parte de su organismo (en este punto es importante que el padre guíe al niño en el recorrido mental, nombrando cada parte del cuerpo, aunque el niño todavía no las conozca).
- * Finalmente cuando el “aire de color” ha recorrido todo el cuerpo, se le pide al niño que respire profundamente cinco veces seguidas y que todavía con los ojos cerrados estire lentamente el cuerpo y que abra poco a poco los ojos.

EJEMPLO DE LA ACTIVIDAD

Después de las respiraciones iniciales y con la música de fondo, se guía al niño diciendo con voz suave pero firme:

“Relájate, relaja tu cuerpo, tus piernas, tus brazos, tu cara, tus ojos, respira profundamente, imagina que cada vez que respiras un rayo de luz azul como el cielo entra en tu cuerpo. el aire

²³⁶ Los colores blanco, azul, rosa, verde, son colores que evocan tranquilidad y armonía al pensamiento

azul pasa por tu nariz, tu garganta, el aire azul está en tus pulmones, recorre tu estómago, el hígado, los riñones, el páncreas; el aire azul como el cielo recorre lentamente tus piernas, las rodillas, los talones, los dedos de los pies, las uñas de los pies; el aire azul como el cielo recorre todo tu cuerpo y lo llena de color azul como el cielo, todo tu cuerpo es de color azul del cielo. Respira aire de color azul que llena tu corazón de color azul del cielo, imagina como el aire sube a tus hombros y recorre por tus brazos, los codos, las muñecas, tus manos, el color azul está en tu cuello, etc.”

MATERIAL

Mantas, grabadora, música previamente elegida.

TIEMPO

La relajación puede llevar de 5 a 10 minutos en las primeras ocasiones (ya que más tiempo podría inquietarlo o dormirlo) y se requiere de ir aumentando el tiempo gradualmente para conseguir que el niño se relaje completamente.

OBSERVACIONES

Esta actividad (al igual que las otras sobre relajación) deben realizarse diariamente por lo menos un par de semanas y posteriormente cada tercer día.

Los colores que se recomienda utilizar son el blanco, el rosa pastel o rosa claro, el azul cielo, el verde pastel o verde claro, por lo que cada que los padres de familia, nombren un color es necesario que especifiquen el tono del color, para que el niño lo imagine; si no conoce estos colores es recomendable mostrárselos antes de realizar esta actividad.

El color elegido deberá ser el mismo para todo el ejercicio; aplicando un color diferente cada día que se realice la actividad y observando en cuál color el niño se relaja por más tiempo. Para así utilizarlo posteriormente con mayor regularidad, no solo en la relajación, si es posible también en su ropa, en las paredes de su cuarto, en los platos con los que come, etc.

OBSERVACIONES GENERALES

- ✱ Las actividades a cargo de los padres y maestros, requieren del conocimiento previo sobre la fase, así como la aplicación de cada uno de los ejercicios y así dar un sustento al niño sobre por qué está realizando estos ejercicios; lo anterior da pie a que el niño realice las actividades con conciencia y no porque se lo piden en la casa o en la escuela.
- ✱ Es necesario que la relajación se realice diario en casa, aunque no exista ninguna actividad previa.
- ✱ No es recomendable realizar los ejercicios cuando el niño acaba de comer.
- ✱ El apoyo y la comunicación entre padres y maestros es indispensable para el logro de los objetivos, por lo cual es necesario que trabajen conjuntamente sobre las observaciones del niño y sus avances.
- ✱ Con la práctica, el desarrollo de la relajación conlleva a la tranquilidad de la mente y del cuerpo.
- ✱ Si por algún motivo las actividades aplicadas en la escuela no pueden realizarse por los maestros, es importante que los padres las retomen y las apliquen en casa con sus respectivas modificaciones, pero siempre teniendo en cuenta el cumplimiento de los objetivos.
- ✱ Finalmente, si su hijo o alumno ha sido diagnosticado con hiperactividad con una base orgánica, es probable que en las actividades de relajación previstas para 5 minutos, sólo dure 2; pero no desespere, la constancia y la paciencia pueden hacer el cambio, los resultados sólo se observan con la realización constante de las actividades, así la práctica regular de la respiración permite llegar a una profunda relajación lo que a su vez permite que el niño centre su atención en una sólo cosa y no se distraiga, tranquilice su cuerpo y su mente ordenando las ideas y los pensamientos.

EVALUACIÓN

En la siguiente evaluación responda **sí**, **no** o **a veces** según sea el caso.

<i>RELAJACIÓN</i>	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>	<i>A VECES</i>
1. El niño permanece quieto por lo menos 5 min.			
2. Permanece con los ojos cerrados por lo menos 5 min.			
3. Permanece atento y despierto (aún con los ojos cerrados) a las instrucciones.			
4. Se levanta relajado y tranquilo.			

Si respondió **sí** a la mayoría de las preguntas, continúe con la relajación por lo menos cada tercer día. Si respondió mayor número de veces que **no** aplique las actividades de la fase de relajación nuevamente todos los días. Si la mayoría de las respuestas fueron **a veces** aplique diariamente, aquellas actividades que considere necesarias para lograr los objetivos planteados.

CUARTA FASE MUSICOTERAPIA

OBJETIVO GENERAL

- * Los padres y maestros aplicarán la musicoterapia como una alternativa para los niños diagnosticados con TDA, contribuyendo a relajar el Sistema Nervioso.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS²³⁷

Los padres de familia y maestros:

- 4.1. Sensibilizarán a los niños con TDA por medio de la música, desarrollando su capacidad de atención, concentración y memoria, para posteriormente involucrarlo en la musicoterapia.
- 4.2. Aplicarán la musicoterapia como una forma de relajación del Sistema Nervioso, al emplearla conjuntamente con la relajación y la respiración.

²³⁷ Como se vio anteriormente en el apartado sobre Musicoterapia, (capítulo IV inciso 4.1.4.) la música proporciona bienestar sobre el cuerpo y la mente, a partir de la “resonancia vibracional” que equilibra las ondas cerebrales. Sin embargo la música por sí sola no es musicoterapia requiere de un proceso en el cual el niño se vaya introduciendo conscientemente en descubrir las ventajas de la música, por ejemplo la música clásica, instrumental, ambiental y el sonido de la voz; observando cómo sutilmente la concentración, retención, atención y su estado anímico van moldeándose a partir de la aplicación de la musicoterapia. Y ya que la mayoría de los niños (no sólo los que tienen TDA), no están habituados a escuchar la música con atención, se requiere de un proceso de sensibilización previo a la aplicación de la musicoterapia como tal, para familiarizarlos y desarrollar sus sentidos. Por ello los anteriores objetivos están elaborados de tal forma que primero se establezca un acercamiento directo con la música, lo que permitiría que los padres y maestros observaran la relación existente entre el niño, sus gustos y preferencias pero sobre todo, su disposición a escuchar una nueva alternativa de música como lo es la clásica (la cual será utilizada frecuentemente en esta fase.) Finalmente, y a partir del proceso de sensibilización se aplicará la musicoterapia como una forma de relajar el Sistema Nervioso, aspecto indispensable a desarrollar con los niños con TDA,

ACTIVIDAD 1

OBJETIVO ESPECÍFICO

- 4.1 Los padres de familia y maestros, sensibilizarán a los niños con TDA por medio de la música, desarrollando su capacidad de atención, concentración y memoria; y así posteriormente involucrarlo en la musicoterapia.

ACTIVIDAD SUGERIDA

Las siguientes actividades permiten que tanto padres y maestros observen la relación que mantiene el niño con la música, el tipo de música que le agrada y la aceptación o disposición que tiene para escuchar nuevas melodías como la instrumental o ambiental, (las cuales se aplicarán de manera cotidiana en las actividades diarias.) Así como también permite observar cuáles son las melodías que hacen que el niño se concentre más y tenga mayor atención. Por lo que en las siguientes actividades es necesario contar con una amplia gama de melodías previamente seleccionadas, eligiendo una diferente cada vez que se aplique la actividad, por ejemplo: obras de Mozart, Bach, Chopin, Chaikovski, Händel, Verdi, Beethoven, etc.

4.1.1. *Ritmo*

- * El padre de familia comienza con la actividad, en la cual debe mover el cuerpo de acuerdo al ritmo de la melodía que previamente eligió el niño (ésta sólo depende del gusto del niño.) El movimiento debe realizarse cerrando los ojos.
- * Posteriormente se le pide al niño que haga lo mismo, pero esta vez con una melodía elegida previamente por los padres (ésta debe ser una melodía con un ritmo lento y armónico, como Mozart o música instrumental con violines.) El movimiento debe realizarse con los ojos cerrados.

RESPONSABLE

Padres de familia.

TIEMPO

El tiempo dependerá de la convivencia de los miembros de la familia.

MATERIALES

Radio o grabadora, cintas musicales.

OBSERVACIONES

Esta primera actividad permite además de mejorar la concentración, atención y el desarrollo de los sentidos; un acercamiento con los niños para conocer sus gustos y preferencias musicales, el primer acercamiento con los niños es importante para la ejecución de posteriores actividades, por lo que el tiempo y el entusiasmo que se dedique a esta actividad facilitarán el diálogo necesario para la aplicación de la musicoterapia.

4.1.2. Tocando

Los padres de familia ejecutarán conjuntamente con sus hijos una serie de sonidos.

Para ello se les pedirá a los niños que hagan lo mismo que el adulto.

A partir de esta actividad se comienza a poner música de fondo eligiendo aquella con sonidos instrumentales o ambientales (sin letra) para evitar que el niño se distraiga.

- * Se le proporciona al niño tres botes de plástico (los cuales serán utilizados como tambores) de diferentes tamaños y dos cucharas de madera.
- * Con los botes de plástico boca a bajo y las cucharas de madera, el adulto comienza con una serie de golpes en los botes de plástico, creando una estructura rítmica, que involucre sonidos, intervalos, silencios, etc., sencilla para que el niño repita la operación, agregando poco a poco mayor dificultad.
- * Se les pide a los niños que hagan lo mismo que los adultos.

- * Cuando exista un mínimo de errores el padre de familia dará una secuencia verbalmente para que el niño la recuerde y la repita con los ojos cerrados.

RESPONSABLE

Los padres de familia

TIEMPO

No hay un tiempo establecido, ya que éste depende del ambiente creado por los padres y los niños.

MATERIALES

Botes de plástico de diferentes tamaños y cucharas de madera. Radio o grabadora, cintas de música instrumental.

OBSERVACIONES

Esta actividad puede realizarse con otros objetos para crear sonidos, por ejemplo vasos con diferentes medidas de agua, cucharas metálicas golpeadas entre sí o tamborileando en la mesa.

Siempre tratando de llevar el ritmo de la melodía.

Es importante que el niño mantenga los ojos cerrados para desarrollar su concentración y atención en la música que escucha y en el ritmo, por lo que puede colocarle una venda o un cubre ojos siempre y cuando él acepte y previo ejemplo de los padres.

4.1.3. Ritmo musical

De la misma manera que la actividad anterior, en esta actividad, serán los maestros los que indicarán una serie rítmica involucrando sonidos, intervalos y silencios, etc. En esta ocasión con ayuda de palmas, pisadas, silbidos o sonidos.

- * El maestro presentará una serie de acciones las cuales tendrán que ser ejecutadas por los niños.

- * Mientras los niños ejecutan cada una de las actividades, el maestro observará que realicen la trayectoria continua y con un mínimo de errores. Poniendo especial atención en el niño con TDA. (Sin que él o los demás niños lo noten para evitar competencias o celos.)
- * Una vez que los niños realicen las actividades con un mínimo de error, el maestro dará una secuencia de actividades que los niños tendrán que recordar y repetir ya sin que el maestro lo ejemplifique, con los ojos cerrados y siguiendo el ritmo de la melodía.

EJEMPLO DE LA ACTIVIDAD

El maestro puede empezar por series sencillas pasando a las complejas por ejemplo:

SERIE	SENCILLO	MEDIO	COMPLEJO
1	Una palmada, un silbido.	Dos palmadas, dos silbidos, una pisada.	Una palmada, un silbido, una palmada, una pisada, dos silbidos.
2	Dos palmadas, dos silbidos.	Dos palmadas, un silbido, una pisada.	Tres palmadas, dos silbidos, tres pisadas, dos palmadas, una pisada.
3	Tres palmadas, tres silbidos.	Tres palmadas, dos silbidos, una pisada.	Dos silbidos, dos pisadas, tres palmadas, un silbido, una palmada, una pisada.
4	Una palmada un silbido una pisada.	Una palmada, tres silbidos, dos pisadas.	Tres palmada, dos silbidos, tres pisadas, tres palmadas, un silbido, dos pisadas, una palmada.

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Maestros.

TIEMPO

Las series pueden realizarse en intervalos de tiempo de 5 minutos o 10 minutos diarios para realizar la actividad. Durante el tiempo necesano para que se cumplan los objetivos.

MATERIALES

Recursos humanos. Radio o grabadora, cintas de música instrumental como fondo de la actividad.

OBSERVACIONES

Es importante que esta actividad sea realizada tanto en la escuela como en la casa, donde los padres de familia adaptarán cada serie según el desarrollo del niño, por lo que se recomienda que tanto padres como maestros consulten el manual de forma completa y desarrollen las actividades en el mismo tiempo.

Una variable de esta actividad sería que el adulto diera una serie verbalmente mientras que realiza otra acción por ejemplo decir “dos palmadas” mientras que realiza dos pisadas; lo cual permitirá desarrollar la memoria, concentración y atención del niño.

4.1.3. *Estatuas*

Los maestros jugarán con los niños a las estatuas.

- * Primero todos los niños tomados de la mano y caminando normalmente alrededor de un círculo imaginario.
- * El maestro pondrá música (previa selección) en momentos alternados del juego.
- * Cada que los niños escuchen la música, se quedarán inmóviles con los ojos cerrados hasta que ésta dure.

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Maestros.

TIEMPO

20 minutos.

MATERIALES

Radio o grabadora, cintas de música instrumental o clásica.

OBSERVACIONES

Esta actividad es posible realizarla en casa con los padres de familia, tomando en cuenta siempre que el niño debe dejar de moverse y cerrar los ojos, cada que escuche la música; lo que permitirá que los niños relacionen poco a poco la música con la tranquilidad no sólo física, sino mental.

4.1.5. Escuchando.

- * Los padres de familia le pedirán al niño que escuche atentamente los sonidos que se perciben en ese momento, con los ojos cerrados (los pájaros, ladrido del perro, el ruido de una fábrica, coches, etc.)
- * Posteriormente le pedirá que, sin abrir los ojos le comente qué sonidos escucha, de dónde vienen, qué los origina, etc.
- * Con una grabación de música ambiental, (podría ser *new age*) le pedirá que le comente qué sonidos escucha, (el sonido de la lluvia, el viento, el agua que corre de un arroyo, el sonido del mar, etc.), de dónde provienen, qué los origina. cómo se imagina que es el lugar que escucha, etc.

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Los padres de familia.

TIEMPO

Se realizará la actividad diariamente (hasta que se cumplan los objetivos de esta fase) con música ambiental diferente cada día.

MATERIALES

Radio o grabadora, cintas musicales.

OBSERVACIONES

La finalidad de esta actividad es la de desarrollar sus sentidos, pero principalmente crear un ambiente de tranquilidad y relajación cada que escuche la música, ya que debe estar atento a los sonidos, por lo que es importante que se realice con frecuencia y siempre con los ojos cerrados, para desarrollar su atención, concentración, imaginación y memoria.

Si abre los ojos constantemente se puede vender al niño en forma de juego o imitando al adulto.

ACTIVIDAD 2

OBJETIVO ESPECÍFICO

- 4.1. Los padres de familia y maestros, aplicarán la musicoterapia como una forma para relajar el Sistema Nervioso, al emplearla conjuntamente con la relajación y la respiración.

ACTIVIDADES SUGERIDAS

Las siguientes actividades están diseñadas para que se trabajen directamente de manera personal con el niño diagnosticado con TDA, ya que requieren de la atención y observación de los maestros o padres de familia.

4.2.1. *Dime lo que piensas.*

- * En esta actividad es necesario seleccionar previamente la música instrumental que se aplicará.
- * El padre de familia o maestro le pedirá al niño que escuche la música instrumental por dos minutos con los ojos cerrados, transcurrido este tiempo debe poner en "pausa" la música.
- * Después de cada pausa, se realiza una pregunta por ejemplo: "la música que acabas de escuchar, ¿qué te hace pensar?, ¿en quién te hace pensar?, ¿cómo te hace sentir?; etc.

- * Se anotan posteriormente las respuestas, las cuales permitirán observar cómo el niño interioriza la música y le permite expresar sus sentimientos.

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Padres de familia y maestros, ya que requiere del apoyo de ambas partes.

MATERIAL

Radio o grabadora, cintas musicales.

TIEMPO

20 minutos la aplicación de la actividad, durante un par de semanas para permitir que la mayoría de las obras musicales sea escuchado por el niño y permita tanto a padres como maestros descubrir aquellas melodías que permitan que el niño desarrolle su concentración, atención; expresando sus emociones.

OBSERVACIONES

Si esta actividad se desarrolla en la escuela es recomendable aplicarla en el momento en que los demás niños no se encuentren presentes para evitar distracciones.

Esta actividad se emplea para que el niño tome consciencia de sus propios sentimientos y emociones e incluso llegar a descubrir cuál es el concepto que tiene el niño de sí mismo, aspecto indispensable para los niños con TDA, ya que la mayoría de ellos se perciben a sí mismos como niños “problema” por lo que es necesario primero saber cómo se siente el niño consigo mismo para poder ayudarlo a encontrar un equilibrio emocional con las demás alternativas psicopedagógicas.

4.2.2. Cuentos.

Con música clásica, instrumental o ambiental de fondo, se le solicita al niño que invente un cuento y con los ojos cerrados lo narre, en donde los miembros de la familia serán los personajes principales.

El maestro tomará nota (posteriormente) de las áreas que considere son relevantes en la narración del cuento y así conocer lo que el niño piensa y siente; por ejemplo al ser un niño diagnosticado con TDA, lo que contribuirá a la orientación de los padres y maestros sobre cómo tratarlo y de qué manera aplicar las posteriores alternativas.

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Los maestros.

MATERIAL

Radio o grabadora, cintas musicales.

TIEMPO

De 15 a 25 minutos, o lo que dure la narración del niño.

OBSERVACIONES

Estas actividades permiten que el niño interiorice sus emociones y sentimientos, dándose cuenta de sus capacidades y habilidades, descubriéndose a sí mismo, como un niño con una problemática y ya no como un niño "problema."

4.2.3. Relajación.

La musicoterapia contribuye a que el niño entre en estados de relajación profundos, por lo que se puede aplicar en la mayoría (o en todas las actividades) de la fase III sobre relajación.

Es necesario tener con anticipación un cobertor o colchoneta colocada en el suelo.

- * Se le pide al niño que se recueste boca arriba, con las piernas y los brazos relajados y con los ojos cerrados ó vendados, escuche la música de fondo; mientras realiza cinco respiraciones profundas (ver fase II.)
- * Una vez que el niño ha terminado las respiraciones, se le pide que, con los ojos cerrados, imagine que está subiendo a lo alto de una montaña. En este punto usted puede ir guiando al niño en el recorrido de la relajación, por ejemplo que vea los árboles.

que respire el pasto mojado, que observe el río que pasa por un lado, los colores de las flores, etc.

- * Finalmente cuando ha terminado la relajación, se le solicita al niño que describa y cuente lo que imaginó o lo que vio, los colores, las sensaciones, etc.

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Padres de familia.

TIEMPO

La relajación puede durar de 5 a 10 minutos, dependiendo de la actividad motora del niño, si está inquieto, es recomendable tener sólo 5 minutos de relajación con música.

MATERIAL

Radio o grabadora, cintas musicales.

OBSERVACIONES

Es necesario que el niño imagine las características de la montaña, así como los obstáculos que presenta para llegar a lo alto de ella; describiéndolos posteriormente.

Las imágenes, pueden ser variadas como un bosque, un lago, la orilla del mar, etc.

Si no se realiza inducción de imágenes, es importante que después de aplicar una relajación con música, se le pida al niño que cuente lo que imaginó mientras escuchaba la música.

Para los niños diagnosticados con TDA e hiperactividad, que tengan mayor disposición para la relajación con música, es recomendable realizar de 30 a 45 minutos de ejercicios (como lo respiratorios de la fase II), y posteriormente la relajación.

La música más adecuada para la relajación es la clásica, instrumental o ambiental (new age.)

Es posible que el niño se quede dormido antes de terminar la actividad, no lo despierte bruscamente, permítale dormir sólo 5 minutos más y aplique nuevamente la actividad al día siguiente.

4.2.4. Vocales

Esta actividad permite equilibrar las ondas cerebrales, mejorar la respiración y hacerla más profunda.

- * Se le solicita al niño que en una posición cómoda, sentado en una silla descansando los pies en el suelo, con la columna recta, las manos relajadas y la cabeza derecha y con los ojos cerrados; realice tres respiraciones profundas.
- * Con los ojos cerrados se le pide que entone las vocales (entonar es hacer sonidos prolongados de las vocales.)
- * Empezando por la **A**, alargando el sonido en una sola exhalación. (Respirando por la nariz y sacando el aire por la boca a la vez que entona la vocal **AAAAAAAAAA**. Primero en voz baja y poco a poco subiendo la tonalidad, permite que resuene en todo el cuerpo, masajeando a través del sonido el cráneo, garganta, tórax, etc.
- * Continúa con la **EEEEEE**... y así la **I**, **O** y la **U**.
- * Cada letra debe ser alargada lo más posible para ello es necesario realizar respiraciones profundas.
- * Si se pide a los niños que entonen estas vocales, tocando su cabeza, la mejilla y el pecho ellos podrán notar cómo vibra su cuerpo y se relaja.
- * Es necesario realizar por lo menos dos series de entonaciones completas, es decir 3 veces entonar de la **A** hasta la **U**.

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Los padres de familia y los maestros.

TIEMPO

La actividad puede realizarse en 20 minutos la cual deberá ser aplicada diariamente hasta lograr los objetivos de la fase.

MATERIAL

Recursos humanos.

OBSERVACIONES

La actividad puede realizarse tanto en la escuela como en la casa, en esta ocasión, todos los niños pueden participar de la actividad.

La vocalización debe realizarse sacando el aire poco a poco (no de golpe) mientras se repite la vocal en una larga exhalación.

Es posible que los niños bostecen o la actividad les provoque sueño, la actividad se puede suspender hasta que se haya realizado una serie de todas las vocales.

Una vez que el niño haya trabajado por un par de días con las entonaciones vocales, es necesario que le pregunte cuál es la vocal que le agrada más al entonar o con cuál se siente más a gusto o cual se le facilita más entonar. Así además de entonar tres series diarias de las vocales, será importante que también entone con frecuencia esa vocal que más le agrada.

OBSERVACIONES GENERALES

Algunas de las melodías, como sugerencia a las actividades anteriores, pueden ser las siguientes:

- * Suite Karalia de Sibelius
- * Sueno de Amor de Liszt
- * Serenata de Cuerdas (Op. 48) de Tschaiikowsky
- * Serenata de Schubert
- * Obertura de Guillermo Tell de Rossini.
- * Himno al Sol de Rimsky-Korsakov.
- * Concierto de Aranjuez de Rodrigo
- * Las cuatro estaciones de Vivaldi
- * Música para la Mesa de Telemann
- * La sinfonia de Linz
- * Concierto de arpa de Haendel
- * K425 de Mozart.
- * Concierto de oboe de Vivaldi.

- * Concierto para piano no. 5 de Rachmaninov
- * Música acuática de Haendel
- * Concierto para violín de Beethoven
- * Sinfonía no. 8 de Dvorak.
- * Serenata no. 13 en sol mayor de Mozart.
- * Suite no.3 en re mayor BWV 1068 Bach.
- * Marcha de pompa y circunstancia de Elgar.
- * Largo de Händel.
- * Canción de cuna de Brahms.
- * La quinta sinfonía de Dvorák.

La música barroca y los cantos gregorianos también podrían ser aplicados en estas actividades. Todas las actividades anteriores requieren que el niño permanezca con los ojos cerrados ya que se pretende desarrollar su capacidad de atención, concentración, imaginación y memoria, además de lograr el pleno desarrollo de sus sentidos.

EVALUACIÓN

Para determinar si se han cumplido con los objetivos planteados por esta fase, responda. *SI*, *NO* o *A VECES*, a las siguientes preguntas.

<i>MUSICOTERAPIA</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>A VECES</i>
1. ¿El niño realiza las actividades con los ojos cerrados?			
2. ¿Realiza adecuadamente las actividades que requieren de movimientos lentos y rítmicos?			
3. ¿En las actividades de secuencia, las realiza con atención y concentración?			

4. ¿Expresa libremente sus sentimientos durante y después de escuchar la música previamente seleccionada?			
5. ¿En la relajación con musicoterapia, el niño mantiene los ojos cerrados?			
6. ¿Después de la relajación con musicoterapia el niño se levanta más tranquilo, menos inquieto?			
7. ¿Después de la aplicación de música clásica instrumental o ambiental, observa al niño más relajado?			
8. ¿Después de la entonación de las vocales, observa al niño más relajado?			

Si su respuesta fue **sí** a la mayoría de las preguntas, continúe con la aplicación de la musicoterapia alternadamente con las demás alternativas psicopedagógicas; si respondió que **no**, a la mayoría de las preguntas aplique nuevamente la fase con actividades similares pero que cumplan con los mismos objetivos; finalmente si respondió que **a veces**, aplique aquellas actividades que considere son necesarias para lograr los objetivos propuestos.

QUINTA FASE PROGRAMACIÓN NEURO LINGÜÍSTICA

OBJETIVO GENERAL

- * Los padres de familia y maestros aplicarán los ejercicios y actividades de Programación Neuro Lingüística para desarrollar el potencial interno de los niños con TDA, así como el pensamiento, la percepción y la memoria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los padres de familia y maestros:

- 5.1. Reconocerán las cualidades del niño diagnosticado con TDA, mostrando sus capacidades, habilidades y talentos; y así modificar su propia percepción.²¹⁸
- 5.2. Aplicarán los ejercicios de PNL, conjuntamente con los niños, para desarrollar estados de tranquilidad y relajación.

²¹⁸ Como se observó en el capítulo IV inciso 4.1.5 sobre Programación Neuro Lingüística, es necesario modificar la forma en que cada persona se expresa o se siente consigo misma, y al hablar de niños con TDA, se tienen que mencionar que el simple hecho de ser diagnosticados con un trastorno, obstaculiza que se observe así mismo como un niño con características especiales y sobresalientes en lugar de un "niño problema". Es posible que su hijo o alumno sea muy pequeño en edad, pero la información que se le ha dicho va ha llegado a su inconsciente; si a un niño se le dice que "¡se va a caer!", se caerá. De ahí que se requiera consolidar a los niños diagnosticados con TDA ya no como niños "latosos, inquietos, problemáticos, indisciplinados, etc." Sino como niños con capacidades extraordinarias que requieren ser enfocadas para su óptimo desarrollo

ACTIVIDAD 1

OBJETIVO ESPECÍFICO

- 5.1 Los padres de familia y los maestros, reconocerán las cualidades del niño diagnosticado con TDA, mostrando sus capacidades, habilidades y talentos; y así modificar la percepción que tienen de ellos mismos.

ACTIVIDADES SUGERIDAS

Las siguientes actividades requieren de la disposición de los adultos para mejorar el concepto que tiene el niño sobre sí mismo, por lo que es importante que brinde apoyo y reconozca sinceramente (fuera de toda exageración, ya que el niño lo notará) sus capacidades y cualidades como individuo, como ser humano con virtudes, etc., y ya no como un niño con un trastorno.

5.1.1. *Lo que hace la mano hace la tras.*²³⁹

Esta actividad permite percibir como se siente el niño. Ya que muchos maestro o padres desconocen, cómo se sienten los niños al ser diagnosticados con un trastorno, o tomando medicamento o con problemas en la escuela o con sus compañeros, por lo que es necesario saber cómo se percibe el niño y así orientar la programación a reesforzar un adecuado concepto de sí mismo necesario para dejar de ser un niño con un trastorno y empezar a ser sólo un niño.

- * El padre de familia le explica al niño que van a jugar "lo que hace la mano hace la tras." Primero el niño debe hacer exactamente lo que hace el adulto, con todos los movimientos; ojos, brazos, piernas, respiración, etc.

²³⁹ Ejercicio retomado de OLGUIN, Miguel Ángel. *SILOE. El espacio de la solución.* p 46. "Este ejercicio se realiza en las primeras clases de Programación Neuro Lingüística, (...) permite conocer a la persona más a fondo, tener la intención de saber que piensa, qué siente. Donde ponemos nuestra atención es donde estamos."

- * El adulto comienza con una prueba sencilla, para observar si el niño comprendió adecuadamente la indicación, enfrente de él, levante un brazo mientras saca la lengua o guiña un ojo, (no es necesario que el niño levante el mismo brazo, ya que no se está trabajando coordinación.)
- * Una vez que considere que el niño comprendió la actividad, comience a caminar lentamente, realice movimientos lentos, camine despacio, respire profundamente, deténgase para oler las flores o los árboles, cierre los ojos y respire, camine con la espalda recta, los brazos descansados en el costado, etc. (lo importante es lograr que el niño realice por lo menos durante 5 minutos una caminata tranquila y relajada mientras que el niño va detrás de usted.
- * Una vez transcurridos los 5 minutos, se cambia de papeles, con la condición de que sólo se va a caminar durante 5 minutos, el niño irá adelante y usted lo seguirá. Recuerde seguir todos sus movimientos, en velocidad, movimientos de cabeza, manos, cuerpo, procure llevar el mismo ritmo de respiración que su hijo, la posición de su columna, la forma de sus pasos, etc.
- * Finalmente cuando hayan terminado el ejercicio comenten las experiencias de cuando tuvieron que seguir, qué aprendieron uno del otro.

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Padres de familia.

TIEMPO

15 minutos en total.

MATERIAL

Recursos humanos.

OBSERVACIONES

Recuerde que esta actividad no está dedicada sólo a su hijo o alumno, es necesario que por un momento se “ponga en los zapatos” del niño, por lo que cada movimiento que él realice como guía, realicelo como si fuera usted un niño, éste es el comienzo para comprender cómo se siente su hijo o alumno, cómo ve la vida y así pueda percibir lo que él percibe ya que *la mejor ayuda en Programación Neuro Lingüística, se origina cuando se comprende al otro.*

5.1.2. *Qué sí, Cómo sí.*²⁴⁰

La siguiente actividad permite estimular la creatividad, genera sueños, metas y expectativas personales; a partir de este ejercicio el niño conocerá más sobre sí mismo, entre más alternativas escriba habrá mayores conexiones neuronales y mayor expansión creativa.

- * Prepare anticipadamente en una hoja, las preguntas que se presentarán más abajo.
 - * Preséntele al niño la hoja con las preguntas previamente escritas.
 - * La instrucción comienza con el ejemplo de usted, diciendo “en ocasiones me siento enojado o nervioso, pero *me gustaría* sentirme, tranquilo, relajado, feliz. ahora tú escribe en las siguientes líneas cómo te gustará sentirte”
1. Así como me siento ahora. (Enojado, nerviosos, mal, sin aprender, con miedo, no sé cómo, inquieto, enfadado, etc.) *¿Cómo sí me gustaría sentirme?* (Anota cinco posibilidades de cómo sí te gustaría sentirte)

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____
- e) _____

²⁴⁰ Ejercicio de Programación Neuro Lingüística, retomado de IBARRA, Luz Maria *Op cit.* p 108-109

2. ¿Cómo sí me gustaría verme? (Anota cinco posibilidades)

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____
- e) _____

3. ¿Qué sí me gustaría decir de mí mismo? (Anota cinco posibilidades)

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____
- e) _____

4. ¿Qué sí me gustaría oír que los demás me dijera? (Anota cinco posibilidades)

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____
- e) _____

- * Una vez que el niño ha terminado el ejercicio, pídale que lea las alternativas que eligió en voz alta y que explique cómo se siente al leerlas. Independientemente de las respuestas que el niño dé recuérdale que es un ser valioso y que dentro de él hay un tesoro que está esperando brillar, etc., lo importante es hacer que el niño se sienta aceptado, respetado y querido por todo lo que es.

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Padres de familia y maestros.

TIEMPO

De 10 a 15 minutos.

MATERIAL

Hojas de colores pastel o claros (rosa, azul, amarillo, etc.), plumas de colores pastel o claros (violeta, rosa, azul, morado, etc.)

OBSERVACIONES

Las diferentes alternativas que escriba su hijo o alumno le ofrecerán posibilidades de acción al cerebro; éste se programará, seguramente escogerá entre ellas y actuará en consecuencia, por lo que es importante que si el niño no escribe alternativas positivas, usted como adulto lo guíe y estimule, para que estas posibilidades se pongan en acción.

Es recomendable que las hojas y el bolígrafo que le proporcione al niño sean de tonos pastel o claros, para que no lo relacione con un trabajo escolar, sino como una actividad personal.

Si su hijo o alumno aún no sabe leer y escribir o apenas está empezando y no plasma concretamente las ideas, haga las preguntas verbalmente y anote las respuestas usted.

Es posible que el niño le conteste “no se” a la mayoría de las preguntas, animelo a que poco a poco se exprese, dé más ejemplos o aplique el cuestionario usted mismo enfrente de él y así por imitación él pueda seguirlo.

5.1.3. *Significados.*

“Al cuestionarte, puedes cambiar tus sentimientos, el enfoque de tu cerebro, y lograr una atención positiva para mejorar algunos aspectos de tu vida (...) las preguntas son la respuesta, porque cambian nuestros enfoques”²⁴¹

Esta actividad se realizará de manera conjunta padres y maestros.

²⁴¹ Ejercicio de Programación Neuro Lingüística, retomado de IBARRA, Luz María *Op cit.* p 107.

- * Por la mañana los maestros le realizarán una serie de preguntas a sus alumnos, pídale que después de cada pregunta inhale y exhale profundamente (ver fase II sobre *Respiración*.) Esperando diez segundos para realizar la próxima pregunta.

No es necesario que conteste las preguntas, ya que es un trabajo individual.

1. ¿Qué es lo mejor que puedo esperar hoy?
(Indique que inhale y exhale profundamente; espere diez segundos.)
2. ¿Qué estoy dispuesto a dar hoy?
(Indique que inhale y exhale profundamente; espere diez segundos.)
3. ¿De qué puedo estar feliz en este momento?
(Indique que inhale y exhale profundamente; espere diez segundos.)
4. ¿Qué es lo que más me entusiasma de mi vida, ahora?
(Indique que inhale y exhale profundamente; espere diez segundos.)
5. ¿Qué aprendo con lo que me pasa?
(Indique que inhale y exhale profundamente; espere diez segundos.)

- * Por la tarde o por la noche antes de que el niño se duerma los padres de familia le realizarán una serie de preguntas. (Indíquele al niño que inhale y exhale profundo y relajado)

1. ¿Qué fue lo que más disfrute hoy?
2. ¿Qué he dado y qué he recibido hoy?
3. ¿En qué aspectos soy mejor hoy?
4. ¿Qué he aprendido hoy? (No sólo aprendizaje académico, sino en especial sobre la vida en general.)

- * Después de cada pregunta pídale al niño que le comente su respuesta, guíelo para que poco a poco las respuestas se orienten hacia cómo se siente consigo mismo. Tal vez al

principio, le cueste trabajo responder, no lo presione o insista, alíentelo por medio de su ejemplo, coméntele cómo se siente usted.

- * Si las respuestas del niño, no son positivas o expresa algún problema personal, pregúntele: (Indíquele al niño que inhale y exhale profundamente; espere diez segundos entre pregunta y pregunta.

1. ¿Qué es lo que más me emociona de este problema?
2. ¿Qué deseo en lugar del problema?
3. ¿Qué quiero hacer para obtener lo que deseo?
4. ¿Qué es lo que no quiero seguir haciendo?
5. ¿Cómo puedo disfrutar de éste momento?
6. Si mi problema me agobia ¿cómo sería dialogar con él?

- * En esta ocasión pídale al niño que no responda, sino que con los ojos cerrados imagine que la respuesta viene volando lentamente hacia él.

- * Siempre que aplique una serie de preguntas por la noche o por la mañana, termine diciéndole al niño lo valioso e importante que es.

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Padres de familia y maestros.

TIEMPO

De 20 a 30 minutos durante un par de semanas o más.

MATERIAL

Recursos humanos, preguntas del manual.

OBSERVACIONES

Puede pedirle al niño que cierre los ojos mientras escucha de fondo música ambiental o clásica

(Ver fase IV sobre musicoterapia.

Tal vez considere que las preguntas no se encuentran a un nivel en el que el niño las comprenda, sin embargo le sugiero que haga la prueba por unas semanas y usted mismo se sorprenderá de las respuestas que puede expresar, pero sobre todo de lo importante que son las preguntas en el proceso del pensamiento.

Algunas preguntas son de forma individual, por lo que le puede pedir al niño que cierre los ojos o que piense la respuesta mentalmente, incluso que no piense nada y la que la respuesta llegará sola, *el niño no tienen que escribir ninguna respuesta.*

ACTIVIDAD 2

OBJETIVO ESPECÍFICO

5.2 Los padres de familia y los maestros, aplicarán los ejercicios de Programación Neuro Lingüística,²⁴² conjuntamente con los niños, para desarrollar estados de tranquilidad y relajación.

ACTIVIDADES SUGERIDAS

Como se vio anteriormente en el capítulo sobre PNL, (capítulo V), todos poseemos un programa para vivir, movernos, comer, respirar, trabajar, hablar, pensar, beber, para dormir, etc., por lo que, al aplicar los ejercicios, para programar ó elegir entre diferentes alternativas impulsadas a alentar el desarrollo personal, se logrará en gran medida que los niños diagnosticados con TDA desarrollen estados tranquilidad y relajación no sólo físicos, sino a nivel del Sistema Nervioso.

²⁴²IBARRA, Luz Maria. *Op. cit.* p. 58. *Programa*: plan o acción para alcanzar una meta. "Se llama *neuro* porque los sentidos informan al cerebro a través de la comunicación de las neuronas: *lingüística*, porque dicha información al ser procesada se manifestará en el lenguaje concreto del comportamiento y *programación* porque al repetirse el circuito de comunicación entre las neuronas y su expresión al mundo exterior forman en el cerebro una serie de programas que dan respuestas concretas.

5.2.1 Excelencia.

* El siguiente ejercicio “permite acceder fácilmente a los estados de excelencia; acelera el aprendizaje; conecta al cerebro para desarrollar posibilidades, experiencias positivas y soluciones a problemas.”²⁴³

* El padre de familia realizará una serie de preguntas al niño, de preferencia que el niño permanezca con los ojos cerrados para evitar distracciones visuales, diciendo lo siguiente:

1. Recuerda un momento en que te haya ido muy bien (*estado de excelencia*,¹) cuando empieces a recordarlo ve lo que viste, escucha lo que escuchaste y siente lo que sentiste.
2. Vive y disfruta ese *estado de excelencia* ahora.
3. Imagina que ese *estado de excelencia* tiene una forma, un color, un sonido y una sensación (por ejemplo: tiene la forma de una estrella dorada, suena como una campanita y es suave; una nube, es azul como el cielo, es suave como un algodón, huele a flores; etc.)
4. Haz como si esa estrella la guardaras en tu mano, apretándola.
5. En el futuro cuando necesites mantenerte en un *estado de excelencia* bastará con recordar la estrella en tu mano y este hecho automáticamente disparará el estado que desees y lo notarás en tu cuerpo.
6. Y con una actitud de gratitud y esperanza, despidete de tu estrella, las imágenes, los sonidos y las sensaciones.
7. Recuerda repetir en voz alta: *ES POSIBLE. TENGO LA CAPACIDAD. YO PUEDO. LO MEREZCO.*

²⁴³ Ejercicio retomado de, Jorge Luis González. *Excelencia personal: valores*. Presentado en el libro de IBARRA, Luz María. *Op. cit.* p 111.

- * Reemplace la palabra *estado de excelencia* por lo que se quiere lograr con el niño por ejemplo estado de tranquilidad, estado de relajación, estado de paz, estado de amor etc.

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Padres de familia.

TIEMPO

10 minutos durante un par de semanas o más.

MATERIAL

Recursos humanos.

OBSERVACIONES

Repitan varias veces el ejercicio con estados de excelencia diferentes. Siempre que repita el ejercicio puede elegir otros lugares en su cuerpo para guardar sus momentos de excelencia.

Aplique este ejercicio, cada que observe al niño inquieto, intranquilo o ansioso, para buscar un estado de relajación mental y física.

Escuche música de fondo (ver fase IV sobre Musicoterapia: Mozart sonata para piano #11 en La mayor; ambiental, new age)

5.2.2. *Película cerebral.*

La siguiente actividad “programa al cerebro en distintas alternativas, abriendo los circuitos neuronales para obtener otras posibilidades en el comportamiento: se activa la creatividad y las posibilidades de cambio”²⁴⁴

- * El padre de familia guiará el siguiente ejercicio, con voz suave, y de preferencia en la noche antes de que el niño se duerma, diciéndolo:

²⁴⁴ *Ibid.* p 115.

1. Recuerda un momento en el que te hubiera gustado haber actuado de diferentes maneras. Empieza a ver lo que viste, a escuchar lo que escuchaste, a sentir lo que sentiste.
2. Salte de la película y ahora como director de la película pregúntate: ¿qué podría haber hecho que fuera diferente?
3. Pregúntate: ¿estas alternativas me hacen sentir bien? Si se llagan a realizar, ¿me beneficiaré yo y los que me rodean?, ¿Me dañarán?
4. Puedes crear en tu cerebro más alternativas y películas diferentes.
5. Escoge finalmente una película de todas las que imaginaste y tu cerebro encontrará las acciones que la hagan realidad.

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Padres de familia.

TIEMPO

15 minutos durante un par de semanas o más.

MATERIAL

Recursos humanos.

OBSERVACIONES

Puede elegir música de fondo con algún tema ambiental de new age.

Combine este ejercicio con los anteriores, puede elegir un día para cada ejercicio siempre y cuando, palique todos por lo menos un par de semanas.

Es posible que considera que las preguntas "no son entendibles para un niño pequeño", intente hacer la prueba, usted mismo se sorprenderá de lo fácil y sencillo que los niños responden a estos ejercicios (en ocasiones más rápido que los adultos)

Si el niño no puede mantener los ojos cerrados por un par de minutos, puede utilizar una venda o un cubre ojos.

Procure que las preguntas se realicen cuando el niño no está realizando actividades que distraigan su atención, como comer, jugar o ver la TV. Es preferible que lo haga antes de dormir, ya que así la programación del cerebro se hará nivel inconsciente mientras duerme.

5.2.3 *Miranda.*

“Este ejercicio permite distraer al consciente, inducir metas y cambiar actitudes”²⁴⁵

* Sentados el niño y el padre de familia, uno frente a otro realizarán el siguiente ejercicio:

1. Diciendo la palabra *ARRIBA*; subir la mirada hacia arriba. ↑
2. Diciendo la palabra *ABAJO*; bajar la mirada. ↓
3. Diciendo la palabra *IZQUIERDA*; voltear la mirada hacia la izquierda. ←
4. Diciendo la palabra *DERECHA*; voltear la mirada hacia la derecha. →

* Comienza primero el padre de familia (para poner el ejemplo y que el niño lo siga por imitación) diciendo primero la palabra y luego volteando la mirada en la dirección indicada.

* Después de que haya acabado la serie de cuatro pasos, continua el niño, ésta vez el padre de familia observará la ejecución del niño y le indicará cuando se equivoqué, invitándole a iniciar el ejercicio desde el principio nuevamente.

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Padres de familia.

TIEMPO

10 minutos durante un par de semanas o más.

MATERIAL

Recursos humanos.

²⁴⁵ SINERGIA NEURO LINGÜÍSTICA. *Op. cit.* p 13.

OBSERVACIONES

Puede aumentar el número de series gradualmente (un día una serie de los 4 pasos; al día siguiente, dos series con los cuatro pasos cada una y así, pero no exceda de 5 series por día para evitar mareos.) También puede aumentar la velocidad gradualmente.

5.2.4. Programando.

Los siguientes ejercicios permitirán inducir metas, a cambiar actitudes, coordinar los hemisferios y programar por medio de afirmaciones un cambio de pensamiento.

EJERCICIO 1

* En un lugar apartado de distracciones, el padre de familia lee una o dos de las siguientes afirmaciones.²⁺⁶

1. Quiero (nombre del niño) que veas con amor y cariño todo lo que haces. Que estés dispuesto a ver tu propia belleza, inteligencia, creatividad y calidad humana.
2. Ámate profundamente y apruébate a ti mismo. Tu creas amor alrededor tuyo.
3. En tu vida tiene lugar, las acciones del espíritu, de la energía del universo. De cada experiencia que vives sólo emanan las mejores intenciones y acciones.
4. Eres el amor, la paz, la tranquilidad. Eres libre para ser tú mismo.
5. Estas a salvo. Ámate y apruébate en todo lo que haces.
6. Eres el centro de tu vida. Estas a salvo y seguro y comprendido.
7. Ama la vida. El vivir seguro. El mundo es seguro y amigable. Estas a salvo y en paz con la vida.
8. Es seguro sentir. Ábrete a la vida. Experimenta la vida. Nútrete con amor.
9. Perdona a los demás y perdónate a ti mismo.

²⁺⁶ Ejercicio tomado de SINERGIA NEURO LINGÜÍSTICA. *Op. cit.* p. 14

10. (Nombre del niño) Vive en el ahora. Cada momento es nuevo. Elige ver lo que vales.

Decidete a lograr tus metas. Ámate, apruébete y ponte en acción.

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Padres de familia.

TIEMPO

15 minutos.

MATERIAL

Recursos humanos, hojas de colores, tinta de colores pastel o claros.

OBSERVACIONES

Otra modalidad de este ejercicio es pedirle al niño que escriba una afirmación cada día en una hoja completa tamaño carta (la letra debe ser lo suficientemente grande para que la afirmación quede escrita en toda la hoja), coloque la hoja con la afirmación, pegada en algún lugar visible (la pared de su cuarto, la puerta del refrigerador, etc.)

EJERCICIO 2

* En hojas de colores claros o pastel, se le solicita a niño que escriba las siguientes afirmaciones. (Una plana por cada afirmación.)

YO SOY TRANQUILIDAD.

YO SOY PAZ.

YO SOY AMOR.

YO SOY SALUD.

YO SOY CONCENTRACIÓN.

YO SOY FUERTE EN MENTE, CUERPO Y ESPÍRITU.

YO SOY LUZ.

- * Si el niño aún no sabe escribir puede dictarle las afirmaciones para que las repita consecutivamente en voz alta.

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Padres de familia.

TIEMPO

10 minutos.

MATERIAL

Hojas de colores, tinta de colores pastel o claros.

OBSERVACIONES

Cada afirmación requiere que se repita constantemente.

OBSERVACIONES GENERALES

Aunque los padres de familia son los responsables de la mayoría de los ejercicios, dado que pueden trabajar por más tiempo con los niños, es necesario que los maestros apliquen estos ejercicios (previa lectura del manual) en el salón de clases siempre que el tiempo y el número de niños lo permitan ya que la mayoría son ejercicios de trabajo individual, también es recomendable que el maestro aplique de manera personal las actividades.

EVALUACIÓN

Para determinar si se han cumplido con los objetivos planteados por esta fase, responda, **SI**, **NO** o **a veces**, a las siguientes preguntas.

<i>PROGRAMACIÓN NEURO LINGÜÍSTICA</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>A VECES</i>
1. ¿El niño realiza las actividades?			

2. ¿Las actividades, las realiza con atención?			
3. ¿Expresa libremente sus sentimientos en cada actividad?			
4. ¿Después de la aplicación de los ejercicios de PNL, observa al niño con mejor estado de ánimo?			
5. ¿Después de la aplicación de las actividades de PNL observa al niño más relajado?			

Si su respuesta fue **sí** a la mayoría de las preguntas, continúe con la aplicación de la Programación Neuro Lingüística con las demás alternativas; si respondió que **no**, a la mayoría de las preguntas aplique nuevamente la fase con actividades similares pero que cumplan con los mismos objetivos; finalmente si respondió que **a veces**, aplique aquellas actividades que considere son necesarias para lograr los objetivos propuestos.

SEXTA FASE INTELIGENCIA EMOCIONAL

OBJETIVO GENERAL

- * Los padres de familia y maestros aplicarán la Inteligencia Emocional para que los niños puedan aprender a través de sus propios intereses, habilidades y capacidades.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- 6.1 Los padres de familia y maestros, utilizarán las herramientas de la Inteligencia Emocional, (autoconciencia, autorregulación, motivación, empatía, destrezas sociales) para desarrollar en el niño con TDA, un conocimiento interno de sus capacidades, habilidades y emociones, para lograr que éstas puedan trabajar en beneficio del niño.

ACTIVIDADES

OBJETIVO ESPECÍFICO

- 6.1 Los padres de familia y maestros, utilizarán las herramientas de la Inteligencia Emocional, (autoconciencia, autorregulación, motivación, empatía, etc.) para desarrollar en el niño con TDA, un conocimiento interno de sus capacidades, habilidades y emociones, para lograr que éstas puedan trabajar en beneficio del niño.

ACTIVIDADES SUGERIDAS

6.1.1 Pegotitos.²⁴⁷

El siguiente ejercicio desarrolla la *autovaloración*,²⁴⁸ que se enfoca en reconocer las propias fortalezas y limitaciones. Comunica a los demás los aspectos positivos de la propia personalidad que uno considera importantes.

- * El maestro le proporciona a cada alumno una hoja de color con papel adhesivo.
- * Cada niño dibujará en el papel su mascota, cualquier animal que considere le representa mejor.
- * Debajo del dibujo escribirá un lema o slogan que exprese de qué está más satisfecho, o qué le hace más feliz, cuál es el objetivo más importante de su vida o aquello que ha conseguido con esfuerzo y hace que se sienta orgulloso.
- * Una vez que los niños hayan terminado, cada uno pegará su hoja en el centro del pecho (a la altura del corazón.)
- * Cada niño pasará al frente a expresar por qué eligió su mascota o el emblema.

Para una mejor comprensión del ejercicio, el maestro puede realizar su *pegotito* con anterioridad y exponerlo a la clase, procurando ser breve en la explicación.

²⁴⁷ Ejercicio retomado de GÓMEZ, María Miru. *Propuestas de intervención en el aula*. p. 231.

²⁴⁸ La *autovaloración* es una competencia para lograr el desarrollo de la habilidad de la *AUTOCONCIENCIA*, uno de los objetivos de la Inteligencia Emocional. GOLEMAN, *Op. cit.* p. 26

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Maestros.

TIEMPO

25 minutos.

MATERIAL

Hojas de colores, colores, cinta adhesiva.

OBSERVACIONES

Procure que todos los niños pasen a exponer su *pegotito*; si el número de niños es extenso, puede realizar la actividad en dos sesiones, poniendo especial atención en el niño diagnosticados con TDA.

Puede poner música de fondo mientras se realiza la actividad (ver fase IV sobre Musicoterapia)

6.1.2. ¡Aloha!

El siguiente ejercicio permite desarrollar la *conciencia emocional*²⁴⁹ al identificar las propias emociones y los efectos que puedan tener.

* El maestro comenzará pidiendo que cada uno imagine que se va a vivir a otro lugar. A partir de este supuesto, pídale contestar las siguientes preguntas.

1. Escribe el nombre de 5 personas que te gustaría que viviesen contigo.
2. Tan sólo puedes llevar 3 cosas. Escribe las 3 que te llevarías contigo, porque les tienes un cariño especial.
3. Escribe las 3 últimas cosas que harías antes de irte.
4. ¿Qué lugar elegirías par vivir?

²⁴⁹ La *conciencia emocional* es otra de las competencias para lograr la habilidad de la *AUTOCONCIENCIA*, uno de los objetivos de la Inteligencia Emocional. GOLEMAN, *Op. cit.* p. 26.

- * Cuando todos los niños hayan contestado, se forman triadas para exponer sus respuestas.

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Maestros.

TIEMPO

25 minutos.

MATERIAL

Hojas para escribir, lápices de colores.

OBSERVACIONES

Es importante que el maestro tenga el control de las triadas para impedir que se desvíe el objetivo que es el del conocimiento mutuo. Si los alumnos se empiezan a inquietar, la actividad puede suspenderse y continuar otro día. Esta actividad puede desarrollarse en casa con el padre de familia, sin necesidad de escribir, solamente platicándolo.

6.1.3. Guías

El siguiente ejercicio permite el desarrollo de la *empatía*²⁵⁰ por medio de dos actitudes emocionales *orientación hacia el servicio* (la cual permite reconocer y satisfacer las necesidades de otros) y *comprender a los demás* (la cual permite percibir los sentimientos y perspectivas ajenas e interesarse por sus preocupaciones.)

- * El maestro coloca por parejas a los alumnos.
- * Uno irá con los ojos vendados y el otro lo hará de guía.
- * Se les explica a los niños que van a caminar despacio por el patio o cualquier espacio grande evitando el mobiliario. El alumno que va con los ojos vendados debe relajarse y

²⁵⁰ La *EMPATÍA* es una de las habilidades de la Inteligencia Emocional, se define como " la capacidad de tener consciencia y captar los sentimientos, necesidades e intereses de los otros, desde su perspectiva. Una de las capacidades a desarrollar en la empatía es la *comprensión a los demás y la orientación hacia el servicio*. GOLEMAN, *Op. cit.* p. 36.

dejarse conducir por el compañero que tendrá que explicar claramente el camino a seguir, así como las situaciones imprevistas (escalones, un desnivel, un estorbo, etc.)

- * El recorrido es libre, cada guía lo dirige a su manera.
- * Concluido el recorrido de 5 minutos, se cambian de papeles.
- * Una vez terminado el recorrido de ambos, se realizan los comentarios en el salón de clases procurando que todos expresen por orden y con libertad las sensaciones que han tenido al ser guiados miedo, desamparo, incomodidad, confianza, seguridad, etc.

El maestro termina la plática haciendo énfasis en la importancia de ayudar a los demás a partir de sus necesidades.

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Maestro.

TIEMPO

20 minutos.

MATERIAL

Vendas o cubre ojos.

OBSERVACIONES

Es importante que el niño diagnosticado con TDA sea en la primera ronda, el primero en usar la venda, así sentirá cuál es la necesidad de ser guiado y podrá aplicar ésta al guiar.

El alumno que guía puede tomar de la mano al otro niño para que sienta mayor seguridad.

Este ejercicio se realiza las veces que sea necesario, hasta que se pueda observar que los niños desarrollen mayor confianza y *comprensión hacia los demás*.

Es necesario que el maestro delimite muy bien el lugar del recorrido, así como el tiempo del mismo, para tener mayor control de los niños.

Esta actividad se puede hacer conjuntamente en casa, donde el padre de familia guía primero y posteriormente el niño.

Siempre que termine esta y las otras actividades, es importante que se rescate el sentido de la actividad, en este caso la importancia de reconocer las necesidades de los demás.

3.1.4. *Hermanos.*²⁵¹

El siguiente ejercicio permite el desarrollo de la *empatía* a partir de la actitud emocional de aprovechar la diversidad.²⁵²

* El maestro presenta en una hoja fotocopiada o en el pizarrón una lista con preguntas y respuestas a elegir. Por ejemplo:

1. Me gustaría ser: bebé, niño, chico, joven, adulto, viejo.
2. Mi fiesta preferida es: bautizo, boda, cumpleaños, Navidad, año nuevo.
3. Prefiero: campo, cine, playa, bosque, mar.
4. Me convierto en: león, pájaro, jirafa, elefante, canario, lechuza.
5. Elijo: tulipán, rosa, cactus, violeta, marganta, hierba.
6. Cambiaría: mi voz, mi cara, mis piernas, mi pelo, mis manos.
7. Hago muy bien: estudiar, cantar, jugar, dormir.
8. Hago muy mal: dibujar, estudiar, cantar.

* Se les pide a los niños que en 5 minutos o menos, cada uno subraye una sola respuesta de cada frase.

* Cuando terminen se le solicita que se reúnan en grupos de 5 niños, y que comenten en que respuestas coinciden.

* Pueden exponer (uno o dos representantes por equipo) las diferencias y sus coincidencias.

²⁵¹ Ejercicio retomado de GÓMEZ, María Miru. *Op. cit.* p. 229.

²⁵² En Inteligencia Emocional, la actitud emocional de “*aprovechar la diversidad*, permite desarrollar las oportunidades a través de personas diversas.” GOLEMAN, *Op. cit.* p. 36.

- * El término de todas las exposiciones el maestro debe hacer hincapié en que todas las personas tenemos más en común y que las diferencias son las que nos unen como los hermanos.

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Maestro.

TIEMPO

25 minutos.

MATERIAL

Hojas fotocopiadas.

OBSERVACIONES

Si el número de niños es extenso o son muy pequeños de edad, el maestro puede dictar las frases, (previamente escritas en el pizarrón) y pedirle a los niños que levanten la mano para hacer un conteo por cada opción. Concluya con las cosas que hay en común y las ventajas de las diferencias.

6.1.5. La vela.²⁵³

El siguiente ejercicio permite el *autocontrol*²⁵⁴ y dominio de sí mismo.

- * Sentados todos los niños en media luna o círculo, y manteniendo una separación adecuada, se realiza tres respiraciones profundas. (Ver fase II, sobre respiración)
- * Con una cierta calma colocar en el centro del círculo, la vela y encenderla.
- * Los niños tienen que observar la vela, lo que hace la llama, sus movimientos con el viento, etc.

²⁵³ Ejercicio retomado de GÓMEZ, María Miru. *Op. cit.* p.75.

²⁵⁴ En Inteligencia Emocional, "autocontrol, es la capacidad de manejar bajo control las tensiones y emociones perjudiciales. La actitud emocional de autocontrol, desarrolla la AUTORREGULACIÓN que se refiere a manejar los propios estados de ánimo e impulsos, saber recuperarse de las tensiones emocionales y controlar nuestros sentimientos adecuándolos a las circunstancias" GOLEMAN, *Op. cit.* p. 25.

- * Se les indica a los niños que en silencio y con los ojos cerrados (sin hacer ningún movimiento)
- * A partir de aquí el maestro comienza la orientación diciendo que: imaginen que ellos son la vela, se abre la ventana, entra el aire y la vela se mueve, la vela se gasta y se vuelve chiquita, chiquita, cada vez más; luego se abren dos ventanas y la vela se apaga.
- * El maestro después de una breve pausa, les pide que realicen tres respiraciones profundas y que poco a poco abran los ojos y que vea que la vela aún está encendida.
- * Con cuidado se retira la vela del centro y les pide que expliquen qué sentían (frio calor, miedo de quemarse, etc.)
- * Preguntarles si les hubiera gustado no apagarse y por qué.

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Maestro.

TIEMPO

20 minutos.

MATERIAL

Vela, porta vela y cerillos.

OBSERVACIONES

Es importante mantener el orden evitando que los niños se acerquen a la vela, por lo que puede sentarlos en media luna y poner la vela a una distancia considerable; utilice una porta vela para evitar que se caiga o una veladora en vaso para evitar derrames de cera.

Se debe hacer hincapié en que los niños tengan los ojos cerrados.

Esta actividad también se puede realizar en casa con los mismos cuidados sobre la vela.

6.1.6. Cajas mágicas.

Este ejercicio permite el desarrollo de la *autoconciencia* para reconocer lo que está pasando en cada uno de nosotros y qué estamos sintiendo y haciendo. Además de dar la oportunidad de olvidar “todo lo malo” y alcanzar todo “lo bueno.”

- * Se requiere utilizar previamente dos cajas de cartón forradas de diferente color cada una (para poder diferenciarlas) a la vista de todos los niños.
- * El maestro les reparte papelitos mientras les indica (mostrándoles la caja) que van a imaginar o a soñar que “el hada de los deseos, ha dejado dos cajas para que en una metamos todos nuestros buenos deseos para el año y en la otra pongamos todo lo que nos gustaría olvidar. Cuando tengan escrito lo que pensaron hay que doblar los papelitos por la mitad y colocarlos en la caja correspondiente”
- * Se les pedirá que mientras se vayan llenando las cajas debe guardar silencio.
- * Una vez que se hayan llenado las cajas, se les indica que la caja que contiene los buenos deseos se coloca en un lugar visible; mientras la otra caja “por orden del hada, todas “las cosas feas” se van a la basura, ya no sirven”, por lo que cada niño en orden pasa y toma un papel al azar de la caja, sin abrirlo y sin leerlo, lo rompe en pedacitos y lo tira a la basura. (Cada niño debe hacer lo mismo con un papel.)

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Maestro.

TIEMPO

20 minutos.

MATERIAL

Papeles del mismo color, lápiz y goma para cada niño, dos cajas de cartón forradas de diferente color.

OBSERVACIONES

Puede cambiar el hada por otro personaje, todos los niños deben romper un papel.

6.1.7 *Fantasia*

La siguiente actividad es un ejemplo de lo que se puede lograr con un cuento, historia o leyenda. No se trata sólo de narrar un cuento infantil, sino de buscar una narración adecuada para reflexionar sobre una situación o una idea.

La siguiente historia desarrolla la actitud emocional del *“optimismo que es la persistencia para cumplir los objetivos, a pesar de las barreras y retrocesos que puedan presentarse.”*²⁵⁵

*Las ranas*²⁵⁶

“Hubo un tiempo, miles de años ha, en que los animales y las bestias hablaban, aconteció que dos ranas tuvieron la mala fortuna de caer cada una en una charca de leche. Una comenzó a lamentarse de su mala suerte y pedir auxilio; viendo que nadie la ayudaba, empezó a croar y a protestar y murió al poco tiempo con todos sus lamentos.

La otra pedía socorro mientras intentaba nadar, al ver que nadie acudía en su auxilio en lugar de seguir lamentándose, empezó a nadar y a mover las patas con tanta furia y tesón, con tal ahínco y constancia que la leche se convirtió en mantequilla y solidificada la leche, pudo salir tranquilamente del vaso”

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Maestro.

TIEMPO

10 minutos.

²⁵⁵ GOLEMAN, *Op. cit.* p. 31. El *optimismo* es una capacidad emocional de la *MOTIVACIÓN* que es una capacidad que se desarrolla con la Inteligencia Emocional y “se refiere a las tendencias emocionales que guían o facilitan el cumplimiento de las metas establecidas.”

²⁵⁶ GÓMEZ, María Miru. *Op. cit.* p. 240.

MATERIAL

Narración.

OBSERVACIONES

Esta narración tiene el objetivo de descubrir que lamentarse no ayuda y que luchar nos es gratificante.

El maestro puede primero contar el cuento y luego hacer la reflexión sobre las actitudes de ambas ranas, iniciando una reflexión sobre situaciones difíciles que experimentamos y cómo reaccionamos o las superamos.

Utilice otras narraciones o cuentos para lograr desarrollar la Inteligencia Emocional en el niño.

Esta actividad también puede desarrollarse en casa.

OBSERVACIONES GENERALES

- * El maestro junto con los padres, tienen que actuar con el niño con amabilidad, valorándolo y tratándolo como una persona que es capaz de razonar. Sin embargo si los niños tienen un buen modelo fácilmente actuarán de forma parecida, por lo que sería importante que también como adultos desarrollaran las habilidades de la Inteligencia Emocional.
- * Se debe resaltar todo lo positivo y evitar hablar de lo negativo enfrente del niño, además de potenciar la seguridad en ellos mismos, procurando que se sientan útiles, dando responsabilidades al niño a fin de que lleve la iniciativa, conociendo y reconociendo sus capacidades y habilidades.
- * Recuerde que al final de cada actividad se debe realizar una conclusión o reflexión de lo que se quiere lograr con cada ejercicio, para que la actividad no quede sólo como un momento de distracción, sino que cada niño entienda el mensaje de trasfondo de cada ejercicio.

EVALUACIÓN

Para determinar si se han cumplido con los propósitos planteados por esta fase, responda, **sí**, **no** o **a veces**, a las siguientes preguntas.

<i>INTELIGENCIA EMOCIONAL</i>	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>	<i>A VECES</i>
1. ¿El niño participa en las actividades?			
2. ¿Comprende el objetivo de cada actividad o participa en la conclusión de cada ejercicio?			
3. ¿Expresa libremente sus sentimientos en cada actividad?			
4. ¿Después de la aplicación de los ejercicios, observa al niño con mejor estado de ánimo?			
5. ¿Aplica las diferentes actitudes emocionales en otras circunstancias?			

Si su respuesta fue **sí** a la mayoría de las preguntas, continúe con la aplicación de nuevos ejercicios de IE, alternadamente con las demás alternativas psicopedagógicas; si respondió que **no**, a la mayoría de las preguntas aplique nuevamente la fase con actividades similares pero que cumplan con los mismos objetivos; finalmente si respondió que **a veces**, aplique aquellas actividades que considere son necesarias para lograr los objetivos propuestos. Recuerde que es posible que no observe resultados inmediatamente, esto no significa que no exista un cambio, sino que puede ser visible a largo plazo, continúe aplicando la fase.

SÉPTIMA FASE GIMNASIA CEREBRAL

OBJETIVO GENERAL

- * Los padres de familia y maestros aplicarán los ejercicios de Gimnasia Cerebral para equilibrar y relajar el Sistema Nervioso; activar los hemisferios cerebrales y mejorar la concentración, atención y memoria de los niños diagnosticados con TDA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los padres y maestros:

- 7.1. Utilizarán los ejercicios de Gimnasia Cerebral para equilibrar y relajar el Sistema Nervioso, mejorar la concentración, atención y memoria de los niños diagnosticados con TDA.
- 7.2. Realizarán los ejercicios de Gimnasia Cerebral conjuntamente con otras alternativas como la relajación, la respiración y la musicoterapia.

ACTIVIDAD I

OBJETIVO ESPECÍFICO

7.1. Los padres y maestros, utilizarán los ejercicios de Gimnasia Cerebral para equilibrar y relajar el Sistema Nervioso, mejorar la concentración, atención y memoria de los niños diagnosticados con TDA.

ACTIVIDAD SUGERIDA

7.1.1. *Equilibrio.*

La siguiente actividad facilita la comunicación de los hemisferios cerebrales. Los padres de familia realizarán primero la actividad para que el niño la realice a partir de la observación e imitación. Es posible utilizar música de fondo. (Ver fase IV sobre Musicoterapia.)

- * En posición de firmes realizarán tres respiraciones profundas. (Ver fase II, actividad 2.2.2)
- * Lentamente tiene que tocar con el codo derecho la rodilla izquierda, doblando el brazo derecho y levantando la pierna izquierda.
- * Con el dedo índice de la mano derecha tocar la punta de la nariz, mientras se mantiene la postura.
- * El brazo izquierdo se mantiene relajado, mientras la pierna derecha se encuentra recta, es necesario procurar que la columna esté erguida.
- * Se requiere mantener esta posición por lo menos durante 10 tiempos o segundos mientras se respira lento y relajado.
- * Regresa a la posición inicial de firmes.
- * Repetir la actividad, ahora con el codo izquierdo y doblando la pierna derecha, mientras se toca la punta de la nariz con el dedo índice de la mano que está arriba.
- * Termina con tres respiraciones profundas realizadas con los ojos cerrados.



RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Los padres de familia.

MATERIAL

Radio o grabadora, cintas musicales.

TIEMPO

20 minutos de la actividad total, cada postura se debe realizar dos veces con duración de 10 segundos.

OBSERVACIONES

La actividad debe realizarse con los ojos abiertos manteniendo la vista fija en algún punto para conservar la postura. La lengua debe estar apoyada en el paladar.

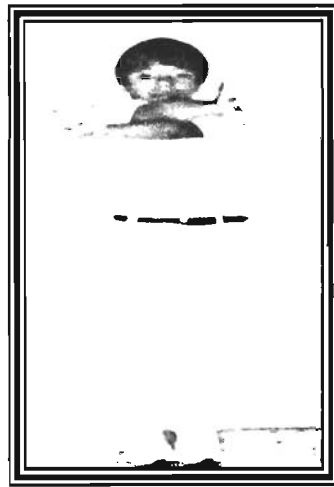
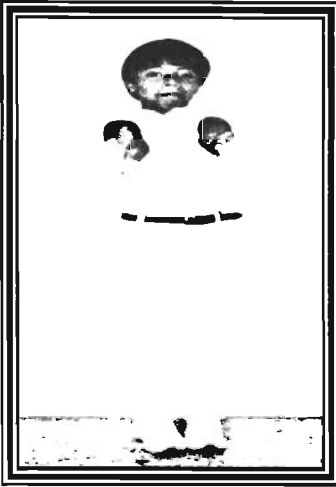
En esta actividad es necesario mantener el equilibrio mientras se realiza la postura; es posible que el niño pierda el equilibrio varias veces, por lo que es recomendable que la actividad se realice en algún lugar donde no se lastime, pero principalmente que lo aliente a que no se rinda y que continúe intentando hasta que logre mantener la postura por lo menos durante 5 segundos, la primera vez y así ir incrementando el tiempo en el que permanece en equilibrio.

Para este ejercicio puede utilizar música barroca por ejemplo: *Concierto en re mayor para guitarra y cuerdas de Vivaldi*.

7.1.2. Cruzado.²⁵⁷

Esta actividad permite la conexión entre los hemisferios cerebrales.

- * Realiza tres respiraciones profundas.
- * En posición de firmes cruzar los pies, manteniendo el equilibrio.
- * Estirar los brazos hacia el frente, separados el uno del otro.
- * Coloca las palmas de las manos hacia fuera con los pulgares hacia abajo.
- * Cruza la mano derecha encima de la izquierda para entrelazar los dedos para que queden las manos palma con palma.
- * Lleva las manos entrelazadas hacia el pecho, manteniendo los hombros relajados.
- * Mantener esta postura con los ojos abiertos mirando un punto fijo para conservar el equilibrio.



²⁵⁷ Ejercicio retomado de la obra de IBARRA, Luz Maria *Gimnasia Cerebral*® p. 77.



RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Maestros y padres de familia.

TIEMPO

10 minutos. La actividad debe realizarse diariamente.

MATERIALES

Radio o grabadora, cintas musicales.

OBSERVACIONES

La actividad debe realizarse apoyando la lengua en el paladar y con los ojos abiertos.

Si el niño pierde constantemente el equilibrio, animelo a que lo intente nuevamente hasta que logre mantener la postura por lo menos durante 5 segundos intentando que cada día dure más tiempo.

La actividad puede realizarse tanto en casa como en la escuela.

Para este ejercicio se puede utilizar música de *Mozart, concierto para violín y orquesta número 5 en la mayor. Beethoven, concierto para violín y orquesta en re mayor Opus 61.*

7.1.3. Orejas.²⁵⁸

Esta actividad desarrolla la memoria a corto plazo, activa el sentido del oído y la capacidad de pensar.

- * En postura cómoda el niño toma sus orejas por las puntas, con los dedos pulgares e índices.
- * Estira las orejas hacia arriba y un poco hacia atrás (como despegándolas.)
- * Manteniendo esta posición por 20 segundos
- * Descansando por 5 segundos.
- * Repitiendo el ejercicio tres veces como mínimo.
- * Incluir la entonación de vocales cada que haga el ejercicio (Ver fase IV de Musicoterapia, actividad 4.2.4)



RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Maestros y padres de familia.

TIEMPO

15 minutos.

²⁵⁸ DENNISON, Paul E. *Brain Gym. Aprendizaje de todo el cerebro.* p. 115.

MATERIAL

Radio o grabadora, cintas musicales.

OBSERVACIONES

Puede masajear suavemente cada parte de sus orejas, desde la punta hacia abajo hasta terminar en el lóbulo inferior.

Esta actividad puede realizarse con los ojos cerrados o abiertos. Con la lengua pegada en el paladar. Puede seleccionar música de cantos gregorianos.

7.1.4. Bostezo.²⁵⁹

Esta actividad oxigena el cerebro, relajándolo completamente.

- * Con las dos manos localizar la articulación de la mandíbula abriendo y cerrando la misma, buscando la articulación con la yema de los dedos.
- * Bostezar profundamente con las manos en las articulaciones.
- * Mientras dura el bostezo, con los dedos masajear hacia delante y hacia atrás la articulación de la mandíbula.
- * Emitiendo un sonido de bostezo profundo y relajado o entonando las vocales. (Ver fase IV de Musicoterapia, actividad 4.2.4)



²⁵⁹ *Ibid.* p 112.

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Maestros y padres de familia.

TIEMPO

Este ejercicio debe repetirse de tres a seis veces.

MATERIALES

Radio o grabadora, cintas musicales.

OBSERVACIONES

El bostezo tiene que ser profundo, de preferencia un auténtico bostezo, sin provocarlo, sino sintiéndolo.

Puede escuchar música de fondo ambiental (new age.)

ACTIVIDAD 2

7.2 Los maestros y padres de familia, realizarán los ejercicios de Gimnasia Cerebral conjuntamente con otras alternativas como la relajación, la respiración y la musicoterapia.

ACTIVIDADES SUGERIDAS

7.1.1. *Serpiente.*²⁶⁰

Esta actividad oxigena el cerebro y relaja el Sistema Nervioso, mejora la concentración y la atención.

- * Sentado en posición cómoda frente a una mesa.
- * Realizar una respiración profunda y relajada.
- * Colocar la cabeza sobre la mesa, al igual que ambas manos y antebrazos, con los dedos apuntando ligeramente hacia el centro.

²⁶⁰ *Ibid.* .p 55.

- * Inhalar profundamente, levantando poco a poco la frente, el cuello y finalmente la parte superior de la espalda.
- * Mantener la espalda curva por unos segundos mientras se infla la barriga.
- * Exhala lentamente mientras se baja la barbilla al pecho hasta llegar a descansar la cabeza nuevamente sobre la mesa.
- * Repite el ejercicio tres veces.
- * También puede realizar este ejercicio acostado boca abajo sobre una colchoneta o manta, con el cuerpo relajado sobre la colchoneta y la frente apoyada, levantando lentamente la cabeza mientras se inhala profundamente, se levantan los hombros y luego la parte superior de la espalda (curvándola como una serpiente), apoyado sobre los brazos. Las caderas y la parte inferior del cuerpo están relajadas sobre la colchoneta.



RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Maestros y padres de familia.

TIEMPO

De 5 a 10 minutos, diariamente.

MATERIAL

Radio o grabadora, cintas musicales.

OBSERVACIONES

Puede realizar esta actividad cerrando los ojos y con la lengua en el paladar. Utilizando música de fondo a *Tchaikovsky, concierto número 1 para piano y orquesta.*

7.1.2. *Nariz.*²⁶¹

Esta actividad activa e incrementa la memoria. Y ayuda a la concentración.

- * Inhala lentamente por la nariz mientras se frota rápidamente diez veces.
- * Exhala por la nariz lentamente ya sin frotarla.
- * Repetir el ejercicio cinco veces más.



RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Maestros y padres de familia.

TIEMPO

5 minutos, diariamente.

²⁶¹ Ejercicio tomado de IBARRA, Luz María. *Op. cit.* p. 93.

MATERIAL

Radio o grabadora, cintas musicales.

OBSERVACIONES

Siempre que se realice esta actividad el niño tiene que percatarse si entra el aire por ambas fosas nasales, de lo contrario puede realizar antes una serie de respiración nasal (ver fase II sobre respiración actividad 2.2.1) para limpiar las fosas nasales.

Puede poner música de fondo por ejemplo *Chopin*, con cualquier Vals.

7.1.3. *Cuello.*

Esta actividad permite mayor concentración y relajación del Sistema Nervioso.

- * Realizando tres respiraciones profundas con el cuerpo relajado y la espalda recta.
- * Inclinando la cabeza hacia delante procurando que la barbilla toque ligeramente el pecho.
- * Girar la cabeza lentamente hacia la derecha, hasta que la oreja derecha toque el hombro derecho.
- * Regresar la cabeza lentamente hasta que la barbilla toque el pecho.
- * Girar la cabeza lentamente en sentido contrario (que la oreja izquierda toque el hombro izquierdo).
- * Los giros se realizan suavemente de un lado a otro.



RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Maestros y padres de familia.

TIEMPO

3 minutos, diariamente.

MATERIAL

Radio o grabadora, cintas musicales.

OBSERVACIONES

Esta actividad requiere de la supervisión del adulto para indicarle al niño la forma correcta y evitar tirones en el cuello. No es recomendable realizar rotaciones completas, *hay que cuidar el cuello.*

Los giros deben realizarse despacio y suavemente mientras se respira de manera profunda.

Puede realizar los giros de cuello unas veces con los ojos cerrados ya que puede marearse con los ojos abiertos.

Los hombros están relajados puede realizar algunos giros de cuello con los hombros levantados y otros con los hombros abajo.

Para esta actividad puede escuchar música de fondo por ejemplo *Fachelbel. canon en re* o *Mozart Sinfonia Praga.*

7.3.4. Hombros.²⁶²

Esta actividad permite mejorar la atención y las habilidades de memoria.

- * Realizar tres respiraciones profundas.
- * Apretar lentamente el hombro derecho con la mano izquierda.
- * Con la cabeza recta girar suavemente hacia la izquierda, intentando que la barbilla toque la mano que está sobre el hombro.
- * Girar al lado contrario lentamente con la barbilla hacia abajo, mientras se exhala.
- * Cambiar de mano y realizar los giros de cabeza lentamente.
- * Puede entonar las vocales en cada exhalación. (Ver fase IV de Musicoterapia, actividad 4.2.4)



RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Maestros y padres de familia.

TIEMPO

5 minutos, diariamente.

MATERIAL

Radio o grabadora, cintas musicales.

²⁶² Ejercicio retomado de DENNISON, Paul E. *Op. cit.* p 65.

OBSERVACIONES

Puede realizar la actividad con los ojos abiertos las primeras veces para mirar por encima del hombro y una vez que el niño domine la actividad, la puede realizar con los ojos cerrados.

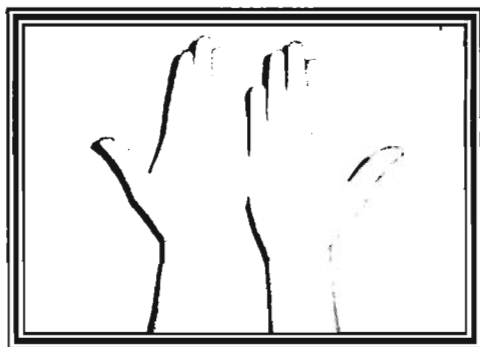
Recuérdle al niño realizar respiraciones profundas durante la actividad, esto permitirá que se relaje mejor.

Puede escuchar cantos gregorianos de fondo.

7.3.5 Manitas.²⁶³

El siguiente ejercicio disminuye la tensión y elimina el estrés.

- * Se le pide al niño que extienda los brazos a la altura de los hombros, con las palmas de las manos hacia arriba.
- * Juntando las manos por los bordes, entre la base del dedo meñique y el comienzo de la muñeca.
- * Moviendo las manos como si estuviera aplaudiendo.



RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Maestros y padres de familia.

²⁶³ Ejercicio retomado de GIBBO, Russel. *Op. cit.* p.4.

TIEMPO

5 minutos, diariamente.

MATERIAL

Radio o grabadora, cintas musicales.

OBSERVACIONES

El movimiento debe hacerse energéticamente pero con suavidad unas treinta veces.

Puede realizarlo con los ojos cerrados y con música de fondo.

OBSERVACIONES GENERALES

- * Es necesario que todas las actividades las realice primero el adulto y luego el niño para guiarlo en la forma correcta de realizarlas, por lo que es necesario revisar el manual previamente, seguir instrucciones y las imágenes.
- * Procure que las actividades se realicen antes de comer o después de dos horas de haber comido, ya que algunos estiramientos o las respiraciones profundas, les pueden causar malestar estomacal.
- * Si en alguna actividad el niño siente mareo, puede suspender la actividad mientras realiza tres respiraciones profundas y reiniciar la actividad posteriormente.
- * Es necesario que estas actividades se practiquen diariamente de preferencia a una hora designada, para observar avances.
- * Procure realizar las actividades conjuntamente con la relajación, respiración y musicoterapia.

EVALUACIÓN

Para determinar si se han logrado los objetivos propuestos responda sí, no ó a veces, a las siguientes preguntas, al terminar la aplicación completa de la presente fase.

<i>GIMNASIA CEREBRAL</i>	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>	<i>A VECES</i>
1. ¿Realiza los ejercicios sin dificultad?			
2. ¿Mantienen el equilibrio en los ejercicios descritos?			
3. ¿Realiza los ejercicios diariamente?			
4. ¿Realiza los ejercicios aplicando la <i>respiración profunda</i> ?			
5. ¿Realiza los ejercicios utilizando la <i>musicoterapia</i> ?			
6. ¿Realiza con atención y concentración los ejercicios?			
7. ¿Después de la aplicación de los ejercicios, el niño desarrolla sus actividades cotidianas con mayor atención?			
8. ¿Ha observado que la concentración del niño ha mejorado?			
9. ¿Ha observado que el niño ha desarrollado su memoria a corto plazo?			
10. ¿Después de las actividades de Gimnasia Cerebral, se observa al niño más tranquilo, más relajado?			
11. ¿Observa que el niño ha desarrollado más su capacidad de atención, después de la aplicación de las actividades?			

Si respondió **sí** a la mayoría de las preguntas, es importante que el niño continúe con los ejercicios de Gimnasia Cerebral cada que lo considere necesario y así continuar desarrollando su memoria, atención y concentración; si respondió **no** a la mayoría de las preguntas, aplique nuevamente la fase completa de forma exacta, puede elegir nuevos ejercicios de Gimnasia Cerebral, pero que cumplan con los objetivos establecidos; finalmente si respondió que **a veces**, aplique los ejercicios que considere requieren mayor dominio o aplicación para lograr los objetivos propuestos.

EVALUACIÓN GENERAL

Para determinar si la aplicación del presente manual de intervención psicopedagógica para niños con TDA, ha logrado los objetivos planteados responda **sí**, **no** o **a veces**, a las siguientes preguntas.

<i>MANUAL DE INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>AVECES</i>
1. ¿Se han aplicado todos los ejercicios del manual?			
2. ¿Se ha mejorado la calidad nutricional en la dieta del niño incluyendo alimentos que favorezcan el Sistema Nervioso?			
3. ¿El niño domina la respiración profunda, aplicándola en su vida diaria?			
4. ¿Al aplicar la <i>relajación</i> ha observado que se encuentra más tranquilo y sereno?			
5. ¿Después de la aplicación de los ejercicios de <i>musicoterapia</i> el niño desarrolla sus actividades cotidianas con mayor atención y relajación?			
6. ¿Ha observado que el niño ha modificado su propia percepción, después de la aplicación de los ejercicios de <i>programación neuro lingüística</i> ?			
7. ¿El niño ha desarrollado un conocimiento interno de sus habilidades capacidades y emociones, después de aplicar las actividades de la <i>inteligencia emocional</i> ?			
8. ¿Después de las actividades de <i>gimnasia cerebral</i> , ha observado que el niño ha incrementado su concentración y atención?			
9. ¿Realiza con atención y concentración los ejercicios?			
10. ¿Ha observado que el niño ha desarrollado su memoria a corto plazo?			

11. ¿Ha observado que el niño ha desarrollado su memoria a corto plazo?			
12. ¿Después de la aplicación del manual ha observado que el niño está más relajado y más tranquilo?			
13. ¿Observa que el niño ha desarrollado más su capacidad de atención, después de la aplicación de las actividades?			

Si respondió **sí** a la mayoría de las preguntas, es importante que el niño continúe con los ejercicios del manual cada que lo considere necesario, si respondió **no** a la mayoría de las preguntas, aplique nuevamente la fase completa de forma exacta, puede elegir nuevos ejercicios, pero que cumplan con los objetivos establecidos; finalmente si respondió que **a veces**, aplique los ejercicios que considere requieren mayor dominio o aplicación para lograr los objetivos propuestos.

BIBLIOGRAFÍA

- * ACTIS Dana, Marcelo. *Programación Neuro - Lingüística*. 3a ed. Libris Buenos Aires, 2004. 153 págs.
- * AMEXPAS. *Evaluación de Inteligencias Múltiples*. Universidad Autónoma de Tlaxcala, México, 1996. 16 págs.
- * CARPER, Jean. *Maximo Rendimiento*. Urano, Barcelona, 2001. 394 págs.
- * DENNISON, E. Paul. *Brain Gym: aprendizaje de todo el cerebro*. Lectorum, México, 2004. 171 págs.
- * DÍAZ, Vega José Luis. *Aprende a Estudiar con Éxito*. Trillas, México. 1992. 135 págs.
- * GÓMEZ, María Miru. *Propuestas de Intervención en el aula*. Norcea, Madrid. 1988. 272 págs.
- * IBARRA, Luz María. *Aprende mejor con gimnasia cerebral*. Gamik, México, 2003. 124 págs.
- * KENNETH S. Keyes. *Cómo desarrollar la habilidad Mental*. Trillas, México. 1985. 237 págs.
- * MICHAN, S. *Manual Naturista*. Centro Medico Naturista, México, 1990. 205 págs.
- * OLGUÍN, Miguel Ángel. *SILOE: El Espacio de la Solución*. Diana, México. 1998. 167 págs.
- * RAMACHARAKA. Y. *Ciencia de la Respiración*. Editores Mexicanos Unidos. México. 1998. 156 págs.
- * RAYNAUD de la Femère, Serge. *Gimnasia Psico - Física*. GFLU, Venezuela, 1997. 46 págs.
- * SINERGIA NEURO LINGÜÍSTICA. *Taller de introducción a la Inteligencia Emocional*. Grupo Sinergia, México. 2002. 36 págs.
- * STEVENS, J. Laura. *Cómo ayudar a los niños con déficit de atención (ADD/ADHD)!* Aguilar, México. 2001. 320 págs.

CONCLUSIONES

Ayudar a los niños que han sido diagnosticados con TDA se convierte actualmente en un esfuerzo de equipo, en donde padres de familia, maestros, instituciones escolares y especialistas requieren trabajar de forma conjunta para brindar mejores alternativas de vida a estos niños.

El conocimiento de la situación actual de los niños con TDA, permite ampliar el panorama de intervención y ayuda para cada niño. Precisamente, conocer el origen del TDA ha permitido observar los cambios de visión respecto al trastorno a lo largo de la historia; las primeras referencias, las aportaciones médica y científicas así como las contribuciones en el ámbito pedagógico han llevado a conformar una nueva perspectiva para los niños diagnosticados con TDA. Necesariamente esta misma problemática ha pasado por varias etapas de tratamiento según la propia definición las cuales abarcan desde términos como *"defectos de control moral"* en 1902 pasando por un *"síndrome de lesión cerebral humana"* en 1934 o *"disfunción cerebral mínima"* en 1962, hasta 1995 como el *"Trastorno por Déficit de Atención"*, por lo que resulta esperanzador un cambio de visión a una década de esta última definición.

Evidentemente futuras investigaciones sobre el tema permitirán ya no ver el TDA como un trastorno, sino como una posibilidad de niños actuales, en sistemas tradicionales. Y son justamente estos sistemas tradicionales que aún prevalecen en la mayoría de las aulas educativas en México lo que origina un sin número de niños diagnosticados y tratados con fármacos sin que exista una base orgánica comprobable; más aún este sistema tradicional motiva el rechazo y la intolerancia ante estos niños. Sin embargo a lo largo de este trabajo también se ha observado que, aunque el sistema escolar siga siendo tradicional, es posible que los niños que han sido diagnosticados con TDA, desarrollen las habilidades y los talentos necesarios para ser parte de estas instituciones.

Para logra tal propósito, se requiere de conocer a fondo los signos y síntomas que presenta un niño diagnosticado con TDA así como la frecuencia y la intensidad con la que se presenta cada uno de ellos; lo que permite en primera instancia poner sobre aviso a los padres de familia y maestros para que observen detenidamente si se presentan o no estas características, en cuyo caso se estaría hablando de una situación que requiere de la

atención multidisciplinaria de los especialistas; ya que no basta sólo con la observación o con una prueba de laboratorio, sino que se requiere de exámenes clínicos neurológicos como el electroencefalograma (el cual por sí solo no determina el TDA), así como la realización de la historia de vida que permita descartar situaciones alternas como factores específicos en la aparición del lenguaje o articulación, cálculo, percepción o lecto-escritura; del mismo modo la realización de pruebas psicológicas y pedagógicas permiten distinguir los factores psicógenos y ambientales que podrían ser confundidos con el trastorno, dado algunas similitudes en los signos y síntomas. Así como conocer las causas biológicas, psicológicas, genéticas, ambientales, sociales y personales del TDA y las consecuencias del trastorno que permiten elaborar un diagnóstico adecuado que asegure irrefutablemente que el niño tiene TDA, para crear el tratamiento óptimo el cual no necesariamente se fundamenta en el medicamento y sin embargo puede llegar a ser tan eficaz como éste y que al mismo tiempo permita que el niño se desarrolle en todas las áreas de su vida; evitando no sólo la deserción escolar, sino el fracaso personal originado por la ansiedad de saberse niños con un trastorno, evitando los riesgos a futuro de la utilización de fármacos.

A partir de un buen diagnóstico conformado por la observación de signos y síntomas; las debidas exploraciones médicas, neurológicas, psicológicas y pedagógicas, será posible considerar que los niños diagnosticados con TDA, que no tienen una base orgánica comprobable, no requieren del medicamento sino de un diagnóstico de niño sobresaliente, de acuerdo a las similitudes entre éstos, las expectativas a largo plazo y sobre todo porque la mayoría de los niños sobresalientes fueron en algún momento diagnosticados como niños con TDA.

Por lo que, si se considera a los niños diagnosticados con TDA como niños sobresalientes, es posible no sólo el cambio de diagnóstico o tratamiento sino el cambio de visión de niño "latoso" a un niño con capacidades y cualidades que necesitan de una apropiada dirección, de ahí la importancia de un tratamiento interdisciplinario que atienda a cada una de las necesidades de los niños con TDA.

Por ello las alternativas psicopedagógicas propuestas, permiten trabajar de forma integral con los niños, ya que se ocupa no sólo de desarrollar las habilidades cognitivas (atención, memoria, concentración, retención, etc.) sino que también trabajan a nivel físico, al haber un cambio de alimentación, o al oxigenar el cerebro adecuadamente, al relajar el Sistema Nervioso, o relajar el cuerpo; también trabajan a nivel interno o emocional, al

existir un cambio de perspectiva sobre él mismo, de pensamiento y de la forma de relacionarse con los demás; pero el principal cambio radica en la forma en que cómo adultos entendemos a estos niños diagnosticados con un trastorno.

Así la adecuada *nutrición* basada en la observación de las necesidades, signos y síntomas de cada niño diagnosticado con TDA, permite evitar alimentos que agravan los síntomas, disminuir aquellos que provocan alguna reacción en el niño como irritabilidad o sueño, pero sobre todo llevar una dieta balanceada que permita el óptimo funcionamiento del cerebro y el Sistema Nervioso, nutriéndolo y fortaleciéndolo. Del mismo modo, la respiración permite mayor irrigación sanguínea al sistema nervioso; conjuntamente con la relajación, el niño puede alcanzar un estado de tranquilidad, serenidad y dominio de sí mismo. La *musicoterapia* equilibra las ondas cerebrales, mejorando la capacidad de atención y concentración; siendo adaptable y flexible para todos los niños, aplicándola conjuntamente con las otras alternativas psicopedagógicas.

La *programación neuro lingüística*, permite utilizar conscientemente el pensamiento, ordenando las instrucciones precisan que permitan al niño desarrollar las habilidades necesarias, conjuntamente con la inteligencia emocional, es posible que le niño desarrolle un adecuado concepto de sí mismo, pero sobre todo que aprecie su propio valor como niño. Estas alternativas, junto con la *gimnasia cerebral* permiten que el niño diagnosticado con TDA, desarrolle las habilidades cognitivas necesarias en la escuela o en cualquier proceso enseñanza - aprendizaje, pero sobre todo el óptimo desarrollo en su vida personal.

Más aún, las alternativas psicopedagógicas anteriormente expuestas, sus ejercicios y actividades de éstas, permiten que, si el niño diagnosticado con TDA tiene una base orgánica comprobable y toma medicamento pueda desarrollar (a partir de estas alternativas) su concentración, atención, memoria, relajación del sistema nervioso y del cuerpo, así como un cambio de auto percepción, permitiéndoles aceptarse por lo que son.

Finalmente padres y maestros preocupados por el bienestar de estos niños, a partir del presente trabajo podrán crear una comunicación abierta que permita observar cuáles son las necesidades del niño, cómo se siente, qué piensa, cuáles son sus intereses y prioridades, sus gustos y sus perspectivas; pero sobre todo permite a los adultos *instruirlos con las acciones más que con las palabras*.

De esta manera el niño no sólo desarrollará habilidades académicas o cognitivas, sino dará valor a ser, quien realmente es, apreciando las diferencias individuales tanto de ellos como de otros, pero sobre todo como maestro y padres permite desarrollar la comprensión y la paciencia que se les puede brindar y así lograr un desarrollo óptimo para los niños diagnosticados con TDA. Por lo que el presente trabajo permite abrir un camino de investigación para la Pedagogía actual ya que los niños diagnosticados con el Trastorno del Déficit de Atención, requieren de mejores propuestas pedagógicas en el salón de clases, en los contenidos temáticos, en los planes y programas de estudio, así como en las actividades didácticas y recreativas; pero principalmente de alternativas psicopedagógicas que permitan un trabajo interdisciplinario con otras áreas académicas como la psicología, la neurología y la medicina para mejorar conjuntamente la vida personal de cada niño.

Y ya que la Pedagogía va más allá de un sistema educativo, trabajando en las diferentes esferas del desarrollo humano (bios, logos, ethos), es necesario dirigirla al servicio de las personas, por lo que con esta propuesta se, pretende incitar a los pedagogos, maestros y padres de familia a utilizar las diferentes alternativas psicopedagógicas de acción, para así lograr la realización completa de cada niño, mediante el desarrollo de sus diversas facultades.

Como pedagoga el conocimiento de las alternativas psicopedagógicas, me permite brindar una oportunidad a los niños etiquetados o rechazados por una sociedad competitiva, asegurándome de desarrollar todas las facultades del niño como ser humano y no sólo como estudiante, entendiéndolo que el servicio no es un deber, sino una oportunidad para ofrecer una mejor calidad de vida.

Esta investigación como propuesta pedagógica, permite que cada niño diagnosticado con TDA, no sólo evite el fracaso escolar, sino que se perciba a sí mismo como un ser humano con grandes capacidades, así cada niño diagnosticado con Trastorno por Déficit de Atención puede empezar a ser sólo un niño.

Finalmente se da la pauta a la pedagogía para el trabajo creador y propositivo, que genere oportunidades de acción y de intervención en áreas no abordadas hasta ahora, ya que como pedagogos somos creadores de alternativas educativas que incidan en todos los ámbitos del ser humano.

BIBLIOGRAFÍA

- ACTIS Dana, Marcelo. *Programación Neuro - Lingüística*. 3a ed. Libris, Buenos Aires, 2004. 153 págs.
- ALDER, Harry. *Programación Neuro - Lingüística*. Cuatro Vientos, Chile, 1995. 212 págs.
- ALAMILLO, Alba. *Contrátese rápido y contrátese bien*. Trillas, México, 1997. 189 págs.
- ALVARADO Rosas, Irma. *Características de la Hiperactividad*. Tesis inédita para obtener el grado de Lic. en Psicología UNAM, México, 1999. 112 págs
- ÁLVAREZ Del Real, María. *Relajación y acondicionamiento psicológico*. Trillas, México, 1995. 215 págs.
- AMEXPAS. *Evaluación de Inteligencias Múltiples*. Universidad Autónoma de Tlaxcala, México, 1996. 16 págs.
- ARGUELLO, Rolando. *Alteraciones cognitivas encontradas en los niños con epilepsia vs. Grupo control con TDAH mediante la aplicación del Test Luria DNI*. Tesis doctoral en Psicología UNAM. México, 1999. 136 págs.
- AUSBEL, David P. *Psicología Educativa. Un punto de vista cosgnoscitivo*. Trillas, México 1989. 289.
- BALLINA Viramontes, Eloisa. *Programa de estimulación de talentos*. AMEXPAS. México, 2001, 11 págs.
- BARRAGÁN, Eduardo. *El niño y el adolescente con Trastorno por Déficit de Atención*. Altius, México, 2001. 229 págs.
- BENENZON, Rolando. *Aplicaciones clínicas de la Musicoterapia*. Lumen, Buenos Aires, 2000. 187 págs.
- BERMÚDEZ Rojas, Jaime. *Música como objeto intermediario*. Granica, Buenos Aires, 1984. 95 págs.
- BIMA, Hugo J. y Sghivana, C. *El mito de la dislexia*. Prisma, México, 1984, 127 págs.
- BRAVO, Jane. *Desarrollo de actividades en ciencias*. AMEXPAS, México, 2000, 25 págs.
- BREGGIN, Peter. *El Déficit de Atención e Hiperactividad*. En www.globalservers.com. Extraído el 24 de marzo del 2004. 5 págs.
- BRUNER, J. *Acción pensamiento y lenguaje*. Alianza, España, 1986. 108 págs.
- CARPER, Jean. *Máximo Rendimiento*. Urano, Barcelona, 2001. 394 págs.
- CASADO, Silvia. *ADHD: Déficit de Atención con Hiperactividad*. Tesina para obtener el

- grado de Lic. en Psicología UNAM, México, 1995. 58 págs.
- CEA D' Ancona, María. *Metodología cuantitativa: Síntesis*, Madrid 1996. 186 págs.
 - CLARK Bárbara. Ponencia sobre *El Óptimo potencial en niños y jóvenes*. AMEXPAS, México, 2003. 12 págs.
 - CORTESE, A. *¿Qué es la Inteligencia Emocional?* Aguilar, México, 1995. 131 págs.
 - DENNISON, E. Paul. *Brain Gym: aprendizaje de todo el cerebro*. Lectorum, México, 2004. 171 págs.
 - DÍAZ Atienza Joaquín. *Manual de Hiperactividad Infantil*. Tesis para obtener el título de Lic. en Psicología UNAM, México 1998. 122 págs.
 - DÍAZ, Vega José Luis. *Aprende a Estudiar con Éxito*. Trillas, México, 1992. 135 págs.
 - DSM - IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson, Barcelona, 1995. 89 págs.
 - EDUARDO, Pavlovsky. *Creatividad en los grupos terapéuticos*. Búsqueda, Buenos Aires, 1993. 243 págs.
 - FERNANDEZ Jaén, A. *Trastorno de Hiperactividad y Déficit de Atención, aspectos históricos*. Tesis para obtener el título de Lic. en Psicología UNAM, México 1999. 98 págs.
 - GARNER, Haward. *Inteligencia Múltiples: la teoría en la práctica*. Paidós, México 1995. 327 págs.
 - GIBBO Russell *Gimnasia Cerebral. El movimiento corporal como puerta de entrada al aprendizaje*. Lectorum, México, 2004. 157 págs.
 - GOLEMAN, Daniel *Inteligencia Emocional*. Kairos, Barcelona, 1996. 74 págs.
 - GÓMEZ, María Miru. *Propuestas de Intervención en el aula*. Norcega, Madrid, 1988.
 - GUZMÁN, Jesús, Hernández Rojas G. *Implicaciones Educativas de seis teorías Psicológicas*. UNAM, 1993. 70 págs.
 - IBARRA, Luz María. *Aprende mejor con gimnasia cerebral*. Garnik, México, 2003. 124 págs.
 - KENNETH S., Keyes. *Cómo desarrollar la habilidad Mental*. Trillas, México, 1985. 237 págs.
 - KRÖPFL, Francisco. *Reflexiones sobre el fenómeno musical*. Agrupación Nueva Música, Argentina, 1983. 11 págs.
 - LOREDO Abdalá, Arturo. *Simposium sobre el tratamiento del Trastorno por déficit de Atención*. Academia Mexicana de Pediatría, México, 2000. 12 págs.

- LOPEZ y García. *Problemas de Atención en el Niño* En [www. add/adhd.com](http://www.add/adhd.com). Extraído el 13 de septiembre del 2004.
- LUÑANSKY, Isabel. *Musicoterapia: función de sostén y organización en un caso clínico*. Artículo Música Terapia y Comunicación, Revista de Musicoterapia, N°16, Bilbao, 1995. 28 págs.
- LUZURIAGA, Isabel. *La inteligencia contra sí misma*. Psiqué, México, 1972. 141 págs.
- MARCHESI, Alvaro. *Psicología Evolutiva*. Paidós, México, 1987. 156 págs.
- MARIN, Ana. *Legislan a favor de los niños con TDAH*. En www.notimex.com, extraído el 12 de febrero del 2004. 3 págs.
- MARTINEZ, S. Ezquibel R. *Aspectos básicos de nutrición*. Limusa, UNAM, México, 1992. 79 págs.
- MENENDEZ Benavente, Isabel. *Trastorno de déficit de atención con Hiperactividad: clínica y diagnóstico*. Tesis para obtener el título de Lic. en Psicología UNAM, México 1994. 137 págs.
- MICHAN, S. *Manual Naturista*. Centro Médico Naturista, México, 1990. 205 págs.
- MIEMBROS DEL DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA Y DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGÍA Y BIOFÍSICA. *Neurología Fisiología y Biofísica. Examen Clínico Neurológico*. Prensa Médica, México, 1991. 343 págs.
- MYERS, Patricia I. Hemmill D. *Cómo educar a los niños con problemas de aprendizaje*. Editores Mexicanos, México, 1990. Vol. 1,2,3.
- NOTIMEX. *En México son sedados tres millones de niños*. En [www. notimex. com](http://www.notimex.com). Extraído el 26 de marzo del 2004.
- NUIN, Noemi. *Conciencia y discriminación en los niños con hipoacusia*. Primer simposio argentino de Musicoterapia, Asociación Argentina de Musicoterapia. Buenos Aires, 1998. 11 págs.
- NICKERSON, E. Perkins. *Enseñar a pensar. Aspectos de la aptitud intelectual*. Paidós, Barcelona.1987. 189 págs.
- O'CONOR, Joseph, John Seymour. *Introducción a la Programación Neuro - Lingüística*. Urano, Barcelona, 1999. 145 págs.
- OLGUÍN, Miguel Ángel. *SILOE: El Espacio de la Solución*. Diana, México. 1998. 167 págs.
- PAÍN, Sara. *Diagnóstico y tratamiento de los problemas de aprendizaje*. Compilación de Susana Viguera Moreno. Antología Psicotécnica Pedagógica. México, UNAM, # 63. 223 págs.

- PASCAL, B. *Inteligencia Emocional*. En www.intelienciaemocional.com. Extraído 28 de septiembre 2004. 5 págs.
- POCH Blasco, Serafina. *Compendio de musicoterapia*. Herder, Barcelona. 1999. 169 págs.
- PORTELLANO Perez, José A. *Fracaso escolar*. Barcelona, Planeta. 1976. 237 págs.
- RAMACHARAKA, Y. *Ciencia de la Respiración*. Editores Mexicanos Unidos, México, 1998. 156 págs.
- RAMOS Galván, R. *Alimentación normal en niños y adolescentes*. UNAM, México 1993. 86 págs.
- RAYNAUD de la Ferrière, Serge. *Gimnasia Psico - Física*. GFU, Venezuela, 1997. 46 págs.
- ROJAS Bermúdez Jaime. *Música como objeto intermediario*. Granica, Buenos Aires, 1972. 55 págs.
- ROVIROSA, Gustavo. *Prevalencia del Trastorno por TDAH en las escuelas primarias*. Tesina conjunta para obtener el título de Lic. en Psicología UNAM, México, 1998. 158 págs
- SÁENZ, Janet. *Portafolio de talentos*. AMEXPAS, México, 1996. 12 págs.
- SÁENZ, Janet. *Seminario Internacional de Niños Sobresalientes*, AMEXPAS, México, 1999. 10 págs.
- SÁENZ, Janet. *Segundo Seminario internacional, óptimo potencial* AMEXPAS, México, 2003. 22 págs.
- SÁENZ, Janet. *Seminario internacional, salud Emocional: un reto para el sobresaliente*. AMEXPAS, México, 2000. pp.4-15.
- SAN ESTEBAN, José Eduardo. *Impacto epidemiológico del Trastorno por déficit de atención en México*. Tesis inédita para obtener el grado de Lic. en Psicología UNAM, México, 2001. 171 págs.
- SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA. *Dirección general de Centros de Bienestar Social para la Infancia. Área de Nutrición*. SEP. México, 1987. 45 págs.
- SINERGIA NEURO LINGÜÍSTICA. *Taller de introducción a la Inteligencia Emocional*. Grupo Sinergia, México, 2002. 36 págs.
- SOLÓRZANO Del Río, Héctor. *La dieta y la delincuencia*. En www.notimex.com. extraído el 6 de mayo del 2004. 2 págs.
- STEVENS, J. Laura. *Cómo ayudar a los niños con Déficit de Atención (ADD/ADHD)* Aguilar, México, 2001. 320 págs.
- TAYLOR, E. *El niño hiperactivo*. Roca, España, 1991. 179 págs.

- TAYLOR, K. B, L. Anthony. *Nutrición clínica*. Mc. Graw Hill, México, 1983. 289 págs.
- TORRE Badella, Paz. *Cómo desarrollar la Inteligencia Emocional*. Oceano, Barcelona, 1997. 84 págs.
- TUCKER Martin, Susan. *Guía de planificación de la práctica asistencial conjunta*. Harcourt, Barcelona 1996. 370 págs.
- UNAM. *Gaceta, El ejercicio mejora la actividad cerebral*. Octubre 2004. 18 págs.
- UNAM. *Morfología del sistema respiratorio y cardio vascular, transporte y eliminación*. Iztacala, México, 1998. 162 págs.
- WINNICOTT, W. *Realidad y juego: objetos transicionales*. Granica, Buenos Aires, 1972. 131 págs.
- YEE, Hector. *Trastorno por Déficit de Atención*. En www.nataldoc.com. Extraído el 24 de marzo del 2004.

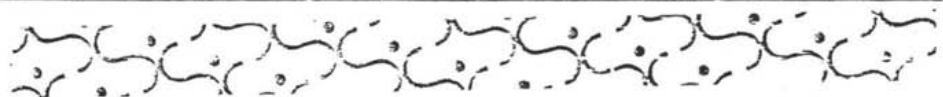
ANEXOS



Universidad Autónoma de Tlaxcala
Departamento de Educación Especializada

C U A D E R N I L L O D E

Evaluación de
Inteligencias
Múltiples



.....

C U A D E R N I L L O D E

Evaluación de Inteligencias Múltiples

.....

Cuadernillo de Evaluación de Inteligencias Múltiples. © 1996 Teachers Curriculum Institute. Traducción y adaptación de Raúl Jiménez Guillén, Ricardo Aranda Centeno, Patricia Barrientos Mendoza y Socorro Romero Patiño, para uso exclusivo del Departamento de Educación Especial de la Universidad Autónoma de Tlaxcala. Coedición D2E-UAT/Amexpas-Tlaxcala. Diseño: Alex F. Blanco. Supervisión: Janet Saenz.

Contenido

- 2** Índice

- 3** Identificación de las Inteligencias Múltiples.
Evaluación 1

- 4** Califica tus inteligencias múltiples.
Evaluación 1

- 5** Identificación de las inteligencias múltiples.
Evaluación 2

- 7** Califica tus inteligencias múltiples.
Evaluación 2

- 8** Fortalezas del trabajo en grupo

- 10** Obtenga un autógrafo de alguien que...

- 11** Lotería de Inteligencias Múltiples

- 12** Taxonomía de Bloom's/Williams'. Productos y actividades; formas de evaluación y muestra de resultados curriculares.

Esta prueba te ayudará a identificar tus inteligencias. Lee cada una de las siguientes frases y escribe una "V" si consideras que expresan algunas de tus características; donde no, marca una F. Si tienes duda porque en una parte sí te reflejas pero en otra no, deja el espacio en blanco.

1. _____ Prefiero dibujar un mapa que dar una dirección verbalmente
2. _____ Si estoy contento o molesto. Generalmente sé por qué
3. _____ Puedo tocar (antes tocaba) un instrumento musical
4. _____ Compongo canciones o "raps" y las canto
5. _____ Puedo sumar o multiplicar mentalmente y con rapidez
6. _____ Ayudo a mis amigos a lidiar con sus sentimientos, porque puedo hacerlo bien con los míos
7. _____ Me gusta trabajar con calculadoras y computadoras
8. _____ Aprendo con rapidez nuevos pasos de baile
9. _____ Es fácil para mí decir lo que pienso y argumentarlo o debatir
10. _____ Disfruto una buena lectura, discurso o sermón
11. _____ Siempre sé dónde está el norte del sur, sin importar donde esté yo.
12. _____ Me gusta reunir grupos de personas para fiestas o eventos especiales
13. _____ Escucho música en el radio, en la grabadora o con CD
14. _____ Siempre entiendo las ilustraciones de los manuales e instructivos
15. _____ Me gusta jugar con rompecabezas y juegos de mesa
16. _____ Me fue fácil aprender a andar en bicicleta (o en patineta)
17. _____ Me irrito cuando escucho un argumento que suena ilógico
18. _____ Puedo convencer a otros para que sigan mis planes
19. _____ Mi sentido del equilibrio y coordinación es bueno
20. _____ Frecuentemente veo relaciones y patrones entre números más rápido que otros
21. _____ Disfruto construyendo modelos o haciendo esculturas
22. _____ Me gustan los juegos de palabras o los alburas
23. _____ Puedo mirar un objeto y reconocerlo al revés, fácilmente
24. _____ Puedo captar el cambio de una nota en una canción
25. _____ Me gusta trabajar con números y figuras
26. _____ Me gusta sentarme tranquilamente y reflexionar sobre mis sentimientos
27. _____ Disfruto observando las formas y estructuras de las construcciones
28. _____ Me gusta chiflar o cantar en la regadera o cuando estoy solo
29. _____ Soy bueno para el deporte
30. _____ Disfruto escribiendo cartas detalladas a mis amigos
31. _____ Por lo general estoy consciente de la expresión de mi cara
32. _____ Soy sensible a las expresiones faciales de las otras personas
33. _____ Estoy en contacto con mis estados de ánimos, no tengo problemas en identificarlos
34. _____ Soy sensible a los estados de ánimos de los otros
35. _____ Estoy abierto a lo que los otros piensan de mí.

Anota una "X" sobre los números donde escribiste la "V". Suma las "X" que tiene la relación de cada letra.
Un total de 4 "X" en cada una de ellas indica tus inteligencias dominantes.

A	9	10	17	22	30	=		Lingüística
B	5	7	15	20	25	=		Lógico - Matemática
C	1	11	14	23	27	=		Espacial
D	8	16	19	21	29	=		Kinestésico corporal
E	3	4	13	24	28	=		Musical
F	2	6	26	31	33	=		Intrapersonal
G	12	18	32	34	35	=		Interpersonal

En orden de importancia, escribe el número 1 en la opción que sea más importante para ti, la número 2 la que le sigue en importancia y así hasta llegar al número siete que representa la menos importante. Repite el ejercicio para cada uno de los escenarios.

1. Planeación de un viaje de verano

Al planear un viaje con tus amigos, se te pide que seas responsable de lo siguiente:

- A. _____ Llamar a todos los participantes para informarles del plan
- B. _____ Elaborar la lista de cosas que se requerirán para el viaje
- C. _____ Hacer un diario de recuerdos del viaje
- D. _____ Medir las distancias entre los puntos del viaje
- E. _____ Preparar canciones para el viaje
- F. _____ Escribir la historia del viaje para el periódico
- G. _____ Elaborar el itinerario del grupo

2. ¿Qué dicen de ti, tus amigos?

¿Lo que dicen tus amigos de ti es verdad?

- A. _____ Eres feliz cuando estás hablando con otras personas
- B. _____ Te gusta bailar y practicar deportes
- C. _____ Estás en contacto con tus pensamientos y sentimientos
- D. _____ Te diviertes trabajando con las computadoras y los números
- E. _____ Te gusta cantar, "rappear" o tocar ritmos
- F. _____ Disfrutas escribiendo notas y cartas
- G. _____ Dibujas, haces bocetos o pintas bien

3. Elige tus actividades favoritas

¿Cuál de las siguientes actividades preferirías?

- A. Orientación a personas de tu misma edad
- B. Drama
- C. Psicología y religión comparadas
- D. Diseño arquitectónico, venta de autos o programación de computadoras
- E. Banda o Coros
- F. Escritura creativa o periodismo
- G. Arte

4. Escoge actividades extracurriculares

Anota tus preferencias extracurriculares

- A. Trabajar como tutor o unirse a un equipo
- B. Tomar parte en los juegos de la escuela, organizar un baile o una clase de artes marciales
- C. Participar en un grupo de desarrollo personal
- D. Diseñar un escenario para un juego, unirse al equipo de ajedrez o al club de matemáticas
- E. Unirse a un grupo musical, a la banda de jazz, o a un grupo de "rap"
- F. Trabajar como escritor para el periódico escolar o unirse a un equipo de debate
- G. Pintar murales en las paredes de la escuela

5. ¿Qué te gustaría hacer en el futuro?

¿Qué te gustaría ser cuando seas grande?

- A. Consejero, trabajador social o maestro
- B. Bailarín, actor, contratista o atleta
- C. Psicólogo o poeta
- D. Científico, programador de computadoras, o banquero
- E. Cantante, compositor o músico
- F. Abogado, escritor o periodista
- G. Caricaturista, pintor o artista gráfico

Anota en los cuadros los números que escribiste en cada letra de cada uno de los cinco escenarios. Un total de 4 números, uno en cada una de ellas indica el orden jerárquico de tus inteligencias.

	1	2	3	4	5	=		
A						=		Lingüística
B						=		Lógico - Matemática
C						=		Espacial
D						=		Kinestésico corporal
E						=		Musical
F						=		Intrapersonal
G						=		Interpersonal

Fortalezas de trabajo en grupo

Nombre: _____ Mi rol en el grupo fue: _____

Elabore una relación de las formas en que ayuda al grupo a completar la tarea

Elabore una lista de las formas en que ayuda al grupo a trabajar de manera efectiva y cooperativa

Utilizando esta escala evalúese usted mismo y a los miembros de su grupo. Anote en el espacio interior de cada pregunta el número que corresponda: 1 (nunca) 2 (rara vez) 3 (a veces) 4 (generalmente) 5 (siempre)

Nombre	
Comentarios	<input type="checkbox"/> ¿fue de alta calidad su trabajo? <input type="checkbox"/> ¿fue terminado a tiempo el trabajo? <input type="checkbox"/> ¿contribuyó con ideas durante las discusiones? <input type="checkbox"/> ¿ofreció ayuda a otros miembros del grupo? <input type="checkbox"/> ¿mantuvo una actitud positiva durante el trabajo del grupo? <input type="checkbox"/> Total

Nombre	
Comentarios	<input type="checkbox"/> ¿fue de alta calidad su trabajo? <input type="checkbox"/> ¿fue terminado a tiempo el trabajo? <input type="checkbox"/> ¿contribuyó con ideas durante las discusiones? <input type="checkbox"/> ¿ofreció ayuda a otros miembros del grupo? <input type="checkbox"/> ¿mantuvo una actitud positiva durante el trabajo del grupo? <input type="checkbox"/> Total

Nombre	
Comentarios	<input type="checkbox"/> ¿fue de alta calidad su trabajo? <input type="checkbox"/> ¿fue terminado a tiempo el trabajo? <input type="checkbox"/> ¿contribuyó con ideas durante las discusiones? <input type="checkbox"/> ¿ofreció ayuda a otros miembros del grupo? <input type="checkbox"/> ¿mantuvo una actitud positiva durante el trabajo del grupo? <input type="checkbox"/> Total

Nombre	
Comentarios	<input type="checkbox"/> ¿fue de alta calidad su trabajo? <input type="checkbox"/> ¿fue terminado a tiempo el trabajo? <input type="checkbox"/> ¿contribuyó con ideas durante las discusiones? <input type="checkbox"/> ¿ofreció ayuda a otros miembros del grupo? <input type="checkbox"/> ¿mantuvo una actitud positiva durante el trabajo del grupo? <input type="checkbox"/> Total

Lotería de Inteligencias Múltiples

Circule alrededor del salón para encontrar gente que tenga las características señaladas en cada cuadro. Cuando encuentres quién case con la descripción, escribe su nombre en ese cuadro. Sólo se debe poner un nombre en cada cuadro. Cuando hallas llenado una línea horizontal, vertical o diagonal con cinco nombres, grita con fuerza "Lotería"

Se reúne con amigos para hacer la tarea o para estudiar para el examen	Es un buen contador de historias	Garabatea en sus apuntes	Ama el aire libre	Juega en un equipo
Le gusta jugar ajedrez	Tiene un diario personal	Le encantan los juegos de computadora	Tiene buena ortografía	Lee mucho
Toca un instrumento	Puede tocar una canción en piano después de haberla oído una vez	Con frecuencia pide consejos	Prefiere trabajar solo	Le gusta armar rompecabezas
Le encantan los alburés y los juegos de palabras	Es un buen artista	Le gusta armar y desarmar cosas	No le gusta estar sentado mucho tiempo	"Rumora" mientras trabaja
Puede identificar cuando alguien está cantando fuera de tono	Pertenece a un club	Le gusta la clase de ciencias	Le gusta saber cómo funcionan las cosas	Es independiente, no se conforma

Fortalezas de trabajo en grupo

Nombre: _____ Mi rol en el grupo fue: _____

Elabore una relación de las formas en que ayuda al grupo a completar la tarea

Elabore una lista de las formas en que ayuda al grupo a trabajar de manera efectiva y cooperativa

Utilizando esta escala evalúese usted mismo y a los miembros de su grupo. Anote en el espacio interior de cada pregunta el número que corresponda: 1 (nunca) 2 (rara vez) 3 (a veces) 4 (generalmente) 5 (siempre)

Nombre	
Comentarios	<input type="checkbox"/> ¿fue de alta calidad su trabajo? <input type="checkbox"/> ¿fue terminado a tiempo el trabajo? <input type="checkbox"/> ¿contribuyó con ideas durante las discusiones? <input type="checkbox"/> ¿ofreció ayuda a otros miembros del grupo? <input type="checkbox"/> ¿mantuvo una actitud positiva durante el trabajo del grupo? <input type="checkbox"/> Total

Nombre	
Comentarios	<input type="checkbox"/> ¿fue de alta calidad su trabajo? <input type="checkbox"/> ¿fue terminado a tiempo el trabajo? <input type="checkbox"/> ¿contribuyó con ideas durante las discusiones? <input type="checkbox"/> ¿ofreció ayuda a otros miembros del grupo? <input type="checkbox"/> ¿mantuvo una actitud positiva durante el trabajo del grupo? <input type="checkbox"/> Total

Nombre	
Comentarios	<input type="checkbox"/> ¿fue de alta calidad su trabajo? <input type="checkbox"/> ¿fue terminado a tiempo el trabajo? <input type="checkbox"/> ¿contribuyó con ideas durante las discusiones? <input type="checkbox"/> ¿ofreció ayuda a otros miembros del grupo? <input type="checkbox"/> ¿mantuvo una actitud positiva durante el trabajo del grupo? <input type="checkbox"/> Total

Nombre	
Comentarios	<input type="checkbox"/> ¿fue de alta calidad su trabajo? <input type="checkbox"/> ¿fue terminado a tiempo el trabajo? <input type="checkbox"/> ¿contribuyó con ideas durante las discusiones? <input type="checkbox"/> ¿ofreció ayuda a otros miembros del grupo? <input type="checkbox"/> ¿mantuvo una actitud positiva durante el trabajo del grupo? <input type="checkbox"/> Total



**PORTAFOLIO DE
TALENTOS DE:**



MIS INTERESES
CUESTIONARIO PARA ALUMNOS

Fecha:

Nombre:

Edad: Grado: Nombre de su Colegio:

1. Contesta lo siguiente con el mayor número de detalles.

- a) Cuando estas sólo (a) ¿Qué te gusta hacer?
- b) ¿Cuáles colecciones y hobbies tienes?
- c) ¿Cuáles responsabilidades tienes en tu casa?
- d) ¿Has sido miembro de un grupo musical? ¿Cuáles instrumentos tocas?
- e) ¿En tu escuela, te piden con frecuencia que contribuyas con tus ideas y sugerencias para resolver proyectos, problemas, etc.
- f) ¿En tu casa, participas en la planeación de actividades para la familia? (un día de campo, un viaje, etc.)?
- g) Aparte, del Español ¿Qué otro idioma hablas?
- h) ¿Tienes algún talento o interés en alguna área en especial? Indica todas aquí.
- i) ¿Lees regularmente? Anota nombres de los libros o revistas que más te interesan.
Libros:
Revistas:
Cuentos o Novelas:
- j) ¿Te gustaría formar parte de un equipo deportivo? Sí No. Anota en cuál.
- k) ¿Asistes a alguna actividad extra-escolar, o a un club? Menciona las actividades que más disfrutas.

II. INVENTARIO PERSONAL DE INTERESES.

De la siguiente lista de actividades, señala las que has practicado o realizado y anota las fechas, si recuerdas. También si fue fuera de la escuela, en casa u otros lugares.
Escribe cualquier comentario o explicación.

FECHA	EN CASA	EN ESCUELA	OTRO LUGAR	ACTIVIDAD
				Escribir poemas, rimas, obras de teatro
				Escribir historias.
				Coleccionar cuentos v/o poesía, por autores famosos.
				Producir shows de títeres.
				Llevar un diario donde apuntas algo todos los días.
				Hacer crucigramas.
				Jugar ajedrez con frecuencia.
				Grabar lecturas, programas etc. de radio, televisión.
				Actuar en obras cómicas.
				Componer letra v/o música para canciones
				Actuar en Pantomima.
				Diseñar escenario para una obra.
				Escribir cartas a tus familiares y amigos
				inventar algo original. (Invenciones o _____?)
				Visitar zoológicos.
				Explorar cuevas.
				Leer revistas o libros sobre ciencias naturales.
				Hacer fogatas y reuniones bohemias con tus amigos.
				Declamar poesías y versos.
				Ayudar a solucionar problemas familiares.
				Ayudar a solucionar problemas de tus compañeros.
				Encontrar, buscar, visitar algún lugar histórico.
				Investigar algo acerca del gobierno y sus funciones
				Hacer un mapa de la comunidad, un lugar secreto, etc.
				Tomar decisiones sobre el dinero que juntas.
				Preguntar, investigar sobre el manejo de los negocios.
				Hacer posters, ilustrar cuentos.
				Organizar ventas de varias cosas.
				Diseñar joyería, ropa, etc.
				Tomar fotografías en blanco y negro.
				Hacer moldes de fósiles con yeso.
				Dibujar, pintar en cartulinas o blocks grandes.
				Diseñar tarjetas de felicitación, para vender o regalar.
				Ser presidente, tesorero, secretario, en un club.
				Improvisar juegos.
				Entrevistar a tus abuelos, tíos, etc. para ver como fue la vida en sus tiempos.
				Improvisar algo en casa o escuela.
				Pintar con pinturas de aceite (al óleo).
				Hacer motores eléctricos.
				Hacer instrumentos musicales.
				Planear experimentos.
				Disecar animales.
				Experimentar con plantas y semillas.

FECHA	EN CASA	EN ESCUELA	OTRO LUGAR	ACTIVIDAD
				Hacer impresos en el papel.
				Hacer fuego con lupas.
				Usar imanes.
				Cazar ratas o ratones.
				Coleccionar insectos, montarlos y clasificarlos.
				Coleccionar piedras, organizarlas y escribir los nombres.
				Describir tiempos malos, buenos, etc. en un diario, block, etc.
				Observar a los pájaros.
				Anotar y guardar tus observaciones sobre ciencia.
				Leer reportes científicos.
				Asistir a eventos sobre temas científicos.
				Usar instrumentos de química.
				Producir electricidad estática.
				Construir modelos de avión, coches, etc.
				Coleccionar estampillas postales, monedas, piedras, conchas o
				Organizar clubes con tus amigos.
				Imprimir fotografías.
				Hacer una colección de flores secas.
				Hacer colecciones de papel.
				Improvisar algo (reuniones, obras, exposiciones, etc.)
				Hacer amuletos de papel.
				Hacer juguetes para niños.
				Hacer tallado en madera, labon etc.
				Hacer cestos para ornamentación.
				Hacer planos de invenciones.
				Hacer modelos de inventos.
				Hacer recetas de cocina originales.
				Hacer recetas de bebidas.
				Hacer decoraciones originales para días festivos.
				Resolver problemas matemáticos.

Regresa al principio de la lista y pon "X" en las actividades que te gustaría probar en el futuro.

Anota aquí cualquier otro detalle sobre tus intereses, el cual no se ha mencionado aquí:

(Forma diseñada por investigadores de: La Universidad de Alabama, La Universidad de las Américas y La Universidad Autónoma de Tlaxcala.) Original 1988, 1ª Revisión 1999; 2ª Revisión 2002.

Lingüística	Adaptar Aprender Argumentar Asociar Crear Críticar	Responder Discutir Convencer Debatir Defender Definir	Demostrar Describir Elaborar Enumerar Expandir Explicar	Extender Formar Generalizar Generar Ejemplificar Expresar	Indicar Interpretar Entrevistar Generar Justificar Enlistar	Decidir Memorizar Modificar Inventar Señalar Predecir	Prescribir Presentar Fingir Preguntar Leer Recordar	Recitar Reconocer Recomendar Relacionar Rescatar Reescribir	Especificar Plantear Sugerir Relacionar Sintetizar Hablar	Decir Pensar Traducir Transmitir Utilizar Escribir				
Lógico Matemática	Analizar Descomponer Calcular Causa/efecto Clasificar Comparar	Computar Incluir Contrastar Convertir Críticar Descritar	Deducir Demostrar Derivar Detectar Determinar Desarrollar	Divisar Diferenciar Discriminar Distinguir Estimar Extrapolar	Ejemplificar Relacionar Investigar Formular Hipotetizar Inferir	Integrar Interpretar Medir Modificar Observar Ordenar	Señalar Relacionar Predecir Probar Amar Secuenciar	Entender Ponderar Solventar Examinar Traducir Tratar						
Visual Espacial	Cambiar Convertir Crear Soñar Demostrar Diseñar	Diagramar Distinguir Dividir Dibujar Soñar Adornar	Alargar Expandir Formar Graficar Identificar Ilustrar	Imaginar Mejorar Mapear Interpretar Notar Etiquetar	Enlistar Hacer Mapear Modelar Notar Señalar	Fingir Producir Aprender Reconocer Representar Reproducir	Visualizar Mostrar Transformar							
Kinestésico Corporal	Adquirir Ajustar Aplicar Areglar Doblar Mezclar Construir	Categorizar Cambiar Escoger Clasificar Coleccionar Informar Combinar	Compilar Completar Conducir Construir Contar Crear Demostrar	Diseñar Desarrollar Idear Descubrir Dividir Documentar Dramatizar	Examinar Ejecutar Experimentar Sentir Llenar Encontrar Doblar	Formar Agrupar Imitar Inspeccionar Interpretar Inventar Investigar	Saltar Localizar Manipular Medir Modelar Modificar Mover	Operar Organizar Participar Ejecutar Recoger Planear Puntar	Practicar Preparar Presentar Producir Poner Ordenar Usar	Juntar Reordenar Reconstruir Recordar Separar Reorganizar Reestructurar	Jugar Rotar Buscar Seleccionar Separar Agitar Mostrar	Simular Clasificar Girar Subdividir Vigilar Tabular Separar	Localizar Indicar Traducir Encontrar Subrayar Usar	Entender Escribir
Musical	Amplificar Asociar Clasificar Comparar Contrastar Componer	Crear Demostrar Realizar Explicar Expresar Oír	Entonar Ilustrar Incorporar Interpretar Escuchar Decidir	Modificar Ejecutar Jugar Practicar Presentar Reconocer	Representar -Seleccionar -Mostrar Cantar Escribir									
Interpersonal	Aconsejar Designar Asociar Preparar Comunicar Componer	Crear Decidir Demostrar Diseñar Discutir Empatar	Encontrar Evaluar Experimentar Explicar Dar Retrosalmentar	Mejorar Inferir Entrevistar Justificar Escuchar Motivar	Organizar Planear Practicar Presentar Grabar Relacionar	Jugar Buscar Compartir Escribir	Traducir Entender Escribir							
Intrapersonal	Accesar Analizar Evaluar Apreciar Asimilar Premiar	Escoger Comparar Contrastar Concluir Crear Decidir	Defender Demostrar Describir Determinar Discriminar Dibujar	Evaluar Explicar Explorar Enfocar Ilustrar Imaginar	Extrapolar Interpretar Jugar Enlistar Hacer Planear	Practicar Preparar Reconocer Reflexionar Revisar Reescribir	Seleccionar Compartir Mostrar Apoyar Decir Pensar	Usar Validar Escribir						

Inteligencias Múltiples **Actividades y productos**

Lingüística	Razonamientos abstractos Grabaciones Lecturas corales Perifoneos Actos cómicos Historietas	Conversaciones Contar historias Escritura creativa Cruceigramas Debates Diálogos	Diarios Lecturas dramáticas Ensayos Cartas Logotipo Metaforas	Descripciones orales Reportes orales Folleto Diccionarios Juegos Poemas	Hablar en público Albures Teatro Reportes Discursos Guías paso a paso	Historias Pensamiento simbólico Enseñar una lección Trabalenguas Explicaciones verbales Tarjetas	Videos Discursos Entrevistas Chistes Poesías humorísticas Juegos de palabras	Instrucciones escritas Función de títulos Problemas de historia Explicaciones escritas
Lógico Matemática	Aplicación de métodos científicos Adivinanzas Atributos Cálculos Relaciones causa/efecto	Enseñar a usar una calculadora Líneas de tiempo Tareas de confrontación Mapas Clasificación de sistemas	Mensajes codificados Programas de computadora Programas de computadora Recolección de datos Organizadores gráficos Razonamiento	Inductivo/deductivo Matrices Mapas mentales Nemotécnica Secuencia de números Análisis de objetivos	Observaciones Señalamientos Patrones de juego Predicciones Resolución de Problemas Experimentos científicos	Silogismos Símbolos		
Visual Espacial	Arquitectura Portadas de libros Mapas Juegos de ajedrez Lenguaje codificado Póster	Collage Tiras cómicas Gráficas de computadora Diseños Diagramas Dibujos	Juego de Roles Esculturas Exhibiciones Experimentos Diagramas de flujo Seguir un mapa	Oraciones gráficas Gráficas Dibujos tridimensionales Maquinas de tiempo Imaginería guiada Ilustraciones	Manipulación de imagen Mapas Mapas mentales Modelos Películas Murales	Pinturas Folleto Dibujo de perspectiva Fotografía Juegos de adivinanza Postales		
Kinestésico Corporal	Vocalización Formulas corpóreas Colecciones Vestidos Bailes	Demostraciones Video producciones Ejercicios Dramas Experimentos Expresiones sociales	Bailes folklóricos Juegos Gestos Entrevistas Inventiones Tocar teclado	Artes marciales Mímica Pantomima Proyectos Gimnasia Lenguaje de señas	Simulaciones Deportes Escribir a máquina			
Musical	Presentaciones corales Lecturas Composiciones Música Diálogos Murmurar	Identificación de sonidos ambientales Identificación de instrumentos Bailes Melodías	Clave morse Ilustraciones musicales Instrumentos musicales Actuaciones físicas de la música Tocar	Poemas Programas de radio Rap Juegos rítmicos Patrones rítmicos Canciones	Efectos de sonido Sonidos de la naturaleza Video producciones			
Interpersonal	Círculos de conocimiento Comunicación de ideas Resolución de conflictos Cooperación Productos cooperativos Creación de sinergia	Discusiones Divisiones de Trabajo Uno enseña a uno Prácticas de empatía Retroalimentación Objetivos de grupo	Resolución de problemas Proyectos de grupo Gráficas humanas Círculos internos/externos Entrevistas Compañeros de laboratorio	Orientación a compañeros Simulaciones Situaciones Identificación de equipo Aprendizaje de equipo Pensar/compartir	Fingir observaciones/ sentimientos			
Intrapersonal	Autobiografías Enfoque de la carrera Diarios Explicar puntos de vista Poesías sentimentales Collages de sentimientos	Imaginería guiada Historia de héroes Preguntas de orden ético Intuiciones Cuestionario metacognitivo Observaciones	Aplicación de escenarios personales Correlaciones/historias personales Prioridades/objetivos personales	Personalización Ensayos de fotografía Proyectar el futuro Reflexiones Compartir opiniones				

Inteligencias Múltiples Formas de evaluación

Lingüística	Testimonios de acuerdo/desacuerdo Grabaciones en audiocasete Debates Puntos de discusión Listas Discursos formales	Pruebas de inteligencia Exámenes Kinestésicos Humor lingüístico Lenguaje metafórico Juego de quién y que soy Portafolios	Reflexiones de logaritmos Testimonios Exámenes de vocabulario Asociaciones de palabras Ensayos escritos
Lógico Matemática	Pruebas basadas en el logro Gráficas Listas Críticas Tareas de razonamiento deductivo Experimentos logarítmicos	Fórmulas Tareas de razonamiento inductivo Lecturas de interpretación Ejercicios lógicos Cuadernos Patrones de Juego	Relacionar retos Ejercicios "que sí"
Visual Espacial	Listas Gráficas de flujo Representaciones gráficas Aprendizaje de logaritmos Pósters Mapas	Murales Montajes Observaciones Álbumes Cartas de imágenes / símbolos Portafolios	Reflexiones Cartas de respuesta Álbum de recortes Grabaciones de vídeo Técnicas de visualización
Kinestésico Corporal	Estudio de casos Payasadas/mímica Listas Dramatizaciones Juegos Tablas humanas	Pruebas kinestésicas Manipulaciones Actuaciones Rutinas Juego de roles Demostraciones	Carpetas de trabajo
Musical	Análisis de estructuras musicales Listas Creación de canciones Bailes Collages de música ambiental Composiciones musicales	Vinculos musicales con conceptos Ejecuciones musicales Orquestación Reproducción musical	
Interpersonal	Sesiones rumores Exámenes colectivos Encontrar hechos a través de la fraternización Grupos de rompecabezas Grupos de resolución de problemas	Grupos de procesamiento de habilidades Grupos de cuestionamientos Proyecto de posters Cacería Juegos de orientación	
Intrapersonal	Archivos de cartas/anécdotas Historias autobiográficas Pruebas basadas en el logro Diario de sentimientos Contratos independientes Conferencias individuales	Listas de habilidades individuales Averiguaciones metacognitivas Escenarios personales Portafolios Proyecto de posters	Reflexiones Autoquestionamientos Autoreportes de estudio Testimonios

ÁREAS DE MAYOR FORTALEZA

ÁREAS	ESPECIFICACIONES
Matemática	
Lógica	
Física	
Química	
Arqueología	
Historia	
Antropología	
Geografía	
Política	
Psicología	
Religión	
Publicidad	
Escritura	
Literatura	
Filosofía	
Comunicación	
Etimologías	
Idiomas	
Diseño	
Periodismo	
Oratoria	
Educación	
Agricultura	
Medicina/ Salud	
Zoología	
Astronomía	
Biología	
Botánica	
Nutrición	
Oceanografía	
Ciencia	
Administración	
Economía	
Estadística	
Arquitectura	
Historia del arte	
Actuación	
Pintura	
Escultura	
Música (cantar, componer, tocar instrumentos, etc.)	
Baile	
Fotografía	
Cinematografía	
Creatividad	
Toma de decisiones	
Relaciones humanas (socializar, empatizar, etc.)	
Liderazgo	
Memoria	
Cocina	
Derecho	

**TIPOS DE INTELIGENCIAS
PREDOMINANTES**

Lógica- Matemática	
Verbal-Lingüística	
Física-Kinestésica	
Visual-Espacial	
Rítmica-Musical	
Interpersonal	
Intrapersonal	
Naturalista	

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Analítico:	Holístico:
Buena memoria	Prefiere no memorizar
Uso de la planeación	Uso de la espontaneidad
Uso de la razón	Uso de la creatividad
Análisis de cada parte del problema	Observa el problema como un todo
Uso de la sistematización	Uso del juego y el humor
Pensamiento lógico y secuenciado	Uso de la emoción

ACTIVIDADES O HABILIDADES PRESENTADAS ANTES DE LO ESPERADO A LO LARGO DE LA VIDA O QUE HAYAN SOBRESALIDO POR SU CALIDAD, EFICIENCIA, CREATIVIDAD, ETC.

MIS OBJETIVOS PARA LOS PRÓXIMOS AÑOS Y ACTIVIDADES A REALIZAR PARA PODER LOGRARLOS

CUESTIONARIO A MAESTROS

1. ¿Qué es el Trastorno por Déficit de Atención?
2. ¿Cuáles de las siguientes características presenta un niño con Trastorno por Déficit de Atención?
 - Excesiva curiosidad
 - Cuestionan las reglas establecidas
 - Tienen bajas calificaciones
 - Muestra una enorme cantidad de energía
 - Es difícil que permanezca sentado por más de 5 minutos.
 - Hace las cosas a su propia manera
 - Resiste seguir órdenes
 - Prefiere trabajar solo
 - No le gusta la rutina
 - Ignora detalles
3. ¿Ha detectado algún caso del Trastorno de Déficit de Atención? ¿Cuántos?
4. ¿Cómo lo ha solucionado?
5. ¿Qué tratamiento han tenido los niños diagnosticados con TDA?
6. A parte del tratamiento, ¿Qué otras alternativas ha implementado para contribuir con el mejor aprendizaje de un niño con TDA?
7. ¿Los maestros están capacitados para ayudar ante este problema?

8. ¿Cuál de estas opciones es la que usted considera más eficaz en el desarrollo del niño con TDA?
(marque con una X el inciso que considere)

- a) Utilización de medicamentos controlados.
- b) Métodos conductuales.
- c) Terapia con el psicólogo.
- d) Tratamiento en el USAER.
- e) Alternativas psicopedagógicas como:
Adecuada nutrición.
Ejercicios respiratorios.
Relajación
Terapia musical
Gimnasia cerebral
Técnicas de programación neuro-lingüística.

Otra:

9. ¿Cuál es su definición de Niño Sobresaliente?

10. ¿Cuáles de las siguientes características presenta un Niño Sobresaliente?

- Excesiva curiosidad
- Cuestionan las reglas establecidas
- Tienen amigos más grandes que su edad
- Tienen bajas calificaciones
- Muestra una enorme cantidad de energía
- Es difícil que permanezca sentado por más de 5 minutos
- Hace las cosas a su propia manera
- Resiste seguir órdenes
- Prefiere trabajar solo
- No le gusta la rutina
- Ignora detalles

CUESTIONARIO A PADRES DE FAMILIA

Edad del niño _____

Grado escolar _____

1. Cuáles son las características que presenta su hijo (a), diagnosticado con Trastorno por Déficit de Atención?
Excesiva curiosidad
Duerme poco
Cuestionan las reglas
Tienen bajas calificaciones
Muestra una enorme cantidad de energía
Es difícil que permanezca sentado por más de 5 minutos
Hace las cosas a su propia manera
Resiste seguir órdenes
Prefiere trabajar solo
No le gusta la rutina
Ignora los detalles
2. ¿Desde cuándo se dieron cuenta que su hijo(a), presentaba éstas características?
2. ¿Qué tipo de atención está llevando?
3. Si su hijo (a) lleva una atención farmacológica, ¿Cree que podría haber repercusiones a largo plazo?
4. ¿Cuál de estas opciones es la que usted considera más eficaz en el desarrollo de su hijo (a)? (marque con una X el inciso que considere)
 - a) Utilización de medicamentos controlados.
 - b) Métodos conductuales.
 - c) Terapia con el psicólogo.
 - d) Tratamiento en el USAER.
 - e) Alternativas psicopedagógicas como:
Adecuada nutrición.
Ejercicios respiratorios.
Relajación.
Terapia musical.
Gimnasia cerebral.
Técnicas de programación neuro - lingüística.

Otra:

5. ¿Cuál es su definición de niño sobresaliente?

6. ¿Cuáles de las siguientes características presenta un niño sobresaliente?

Excesiva curiosidad

Cuestionan las reglas establecidas

Tienen amigos más grandes que su edad

Tienen bajas calificaciones

Muestra una enorme cantidad de energía

Es difícil que permanezca sentado por más de 5 minutos

Hace las cosas a su propia manera

Resiste seguir órdenes

Prefiere trabajar solo

No le gusta la rutina

Ignora detalles