



UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

**UNIDAD AJUSCO
COORDINACIÓN DE PSICOLOGÍA**

**PROPUESTA COGNITIVO CONDUCTUAL DIRIGIDA A
DOCENTES DE PRIMARIA PARA INCREMENTAR LA
ATENCIÓN EN NIÑOS CON TDA/TDAH.**

TESINA
EN LA MODALIDAD DE ELABORACIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA

PRESENTA OLIVIA MORA VELAZQUEZ.

ASESOR: RAÚL CUEVAS ZAMORA.

OCTUBRE, 2005.

ÍNDICE

	pág
Introducción	6
Justificación	10

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD

1.1 Panorama histórico	12
1.2 Etiología	21
1.3 Incidencia	27
1.4 Diagnóstico	29
1.5 Síntomas	38
1.6. Diagnóstico diferencial	41
1.7. El TDA/TDAH y otros trastornos comórbidos asociados	43
1.8. Evolución del TDA/TDAH a lo largo del ciclo vital	47
1.9. Efectos del TDA/TDAH sobre el aprendizaje del niño en la escuela	53
1.10 Tratamiento	59

Capítulo 2

LA EDUCACIÓN ESPECIAL Y LA FORMACIÓN DOCENTE EN MÉXICO

2. Antecedentes	65
2.1. Concepción actual de la educación especial	69
2.2. Normalización de las necesidades educativas especiales	72
2.3. Contexto internacional	73
2.4. Acciones en México en relación con las necesidades educativas especiales.	74
2.5. Referentes teóricos sobre la formación del docente en México	76
2.6. Desarrollo y formación profesional del docente en la actualidad.	81

Capítulo 3

ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL APLICADO AL TDA/TDAH

3.1. Antecedentes	88
3.2. Las autoinstrucciones	93
3.3. La metacognición y el TDA/TDAH	98
3.4. Paradigmas teóricos representativos en el estudio teórico de la metacognición	100

Capítulo 4

FUNDAMENTACIÓN PSICOEDUCATIVA

Política educativa	107
Principios psicológicos	112
Estrategias de enseñanza	119

Capítulo 5

Manual para el tratamiento del niño con TDA/TDAH en el aula	124
Anexos	184
Glosario	1
Evaluación	1

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1
-----------------------------------	----------

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo representa, en parte, el fruto recogido durante mi formación como psicóloga en esta Universidad. Las ideas y el contenido de este trabajo representan lo que Virginia Satir (1964) afirma: “Ningún hombre se desarrolla únicamente por sí solo”. Por lo tanto, este trabajo es consecuencia directa del aprendizaje recibido en la UPN.

Deseo expresar mi agradecimiento a todos aquellos profesores que contribuyeron a mi formación como profesionista, especialmente al profesor Raúl Cuevas por el tiempo dedicado a este trabajo, por las valiosas aportaciones teóricas y metodológicas, por sus observaciones y comentarios, por sus enseñanzas, profesionalismo, paciencia y asesoría para la realización del presente trabajo.

A los miembros del jurado Lic. Elizabeth Ramírez, Lic. Pedro Herrera, Lic. Alejandro Zuviré, Lic. Nayeli de León, por su tiempo y disposición para la revisión de este trabajo, gracias a su intervención reconocí e intenté rectificar los errores interpretativos, omisiones, simplificaciones y descuidos que aparecían en el último borrador.

Espero, por último, que materiales como este fortalezcan los vínculos institucionales y los compromisos entre los maestros y los psicólogos educativos, en beneficio de los niños de nuestro país.

A todos estos colegas les agradezco sus orientaciones y su alta calidad humana, ética y profesional.

Así mismo, hago extensivo mi reconocimiento a todas aquellas personas que estuvieron dispuestas a trabajar conmigo a lo largo de la carrera, sin ellos hubiera sido imposible poner en práctica mis conocimientos.

RESUMEN

Se diseñó una propuesta (manual) cognitivo conductual dirigida a docentes de educación primaria para incrementar la atención en niños con Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/TDAH), cuyo objetivo general es proporcionar al profesor de educación básica información actualizada sobre el TDA/TDAH y sus repercusiones en niños que cursan la educación básica, así como ofrecer una propuesta educativa que brinde a los profesores de primaria alternativas de tratamiento para desarrollar progresivamente la capacidad de atención y autocontrol de los niños con TDA/TDAH que asisten regularmente a su salón de clase.

La finalidad es poner a disposición el manual para que conozcan el trastorno, su evolución a lo largo del ciclo vital y sus efectos sobre el aprendizaje del niño en la escuela. Dicho trabajo está diseñado en dos partes: el marco teórico que sustenta y da validez para la realización de la propuesta educativa y el manual.

Respecto al manual, se tomó en cuenta para su elaboración las bases teóricas del enfoque cognitivo-conductual aplicado al TDA/TDAH y en particular las autoinstrucciones. Fue elaborado tomando en consideración algunos principios que se derivan del constructivismo, así como estrategias de enseñanza preinstruccionales (objetivos y organizadores previos), coinstruccionales (ilustraciones, señalizaciones y mapas conceptuales) y postinstruccionales (evaluación). Este manual puede ser utilizado de forma autodidacta, se considera que éste recurso didáctico brinda grandes ventajas en cuanto al aprendizaje del TDA/TDAH. Así mismo el manual al ser autodidacta le permite al profesor acceder en cualquier momento a la información contenida en el mismo.

INTRODUCCIÓN

El proceso educativo que se desarrolla al interior del aula ha sido y sigue siendo uno de los más controvertidos y discutidos, y es ahí, donde diariamente el profesor de educación básica ejerce su labor educativa; estos profesores en la mayoría de las ocasiones perciben las necesidades que se presentan en el aula y se ven obligados a enfrentarlas con los recursos de que disponen. Se hace necesario que éstos recursos se amplíen y que se ofrezcan nuevas posibilidades, debido a la gran heterogeneidad de alumnos a que se enfrentan en sus salones de clase, al medio adverso en que se desenvuelven y las condiciones en que interactúan.

El sistema educativo pretende que todas las personas sean tratadas bajo condiciones de respeto e igualdad, dejando de lado las condiciones sociales, o físicas, para que todos los sujetos tengan la misma oportunidad de concebirse como individuos poseedores de un potencial muy rico, capaces, creativos y participativos. Es el salón de clases regular, el lugar idóneo para promover el aprendizaje, en donde el niño esté en posibilidades de triunfar, labrarse una imagen personal positiva y sentirse bien respecto a sí mismo, y para que se pueda crear este espacio que genere experiencias formativas en los alumnos, el profesor debe saber con qué cuenta para así realizar un esfuerzo extra (Silver, 1988).

Sin embargo, para que los docentes puedan brindar experiencias que promuevan el aprendizaje de una población diversa, es indispensable que cuenten con el conocimiento y manejo de herramientas que les permitan ampliar sus posibilidades de acción; que vayan desde recursos específicamente creados para el abordaje de contenidos curriculares, hasta aquellos elementos que beneficien su actualización y formación permanente. Como parte de estas opciones el presente trabajo ofrece una propuesta educativa para que los profesores cuenten con herramientas teórico metodológicas para incrementar conductas atentas en el niño con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA/TDAH) en la escuela.

El proceso de enseñanza-aprendizaje en educación básica es un proceso complejo; analizarlo y estudiarlo a profundidad implicaría considerar todos los factores que intervienen en el mismo como los fines educativos, los planes y programas de estudio, los materiales didácticos, las características de los profesores y de los alumnos, entre los cuales se incluirían los conocimientos previos, las estrategias de enseñanza, el proceso de evaluación, entre los más relevantes. Si se vincula a esto la integración escolar y social de los niños con déficit de atención en el aula, se tiene que, para alcanzar el éxito de esta inclusión es necesario enfrentar retos que no sólo tienen que ver con los fines educativos que se señalaron antes sino que también se necesita hacer cambios significativos tanto en la forma de pensar, actuar y trabajar de los profesionales involucrados en el ámbito educativo.

De igual manera, se debe considerar que la mayoría de los docentes de educación básica aún no cuentan con los conocimientos necesarios sobre las características, conceptos y formas de atención necesarias para trabajar con alumnos que presentan necesidades educativas especiales.

Por otro lado, es conveniente considerar que los alumnos con TDA/TDAH y aquellos que presentan cualquier otro problema de aprendizaje tienen impedimentos que interfieren en actividades organizadas, como en el hogar, en la comunidad, en la iglesia, en los deportes, en clubes (Silver, 1988. p113-116), estas dificultades en la mayoría de las ocasiones pueden pasar por alto, por esta razón, se hace indispensable que el profesor conozca y se mantenga actualizado y al tanto de todas las dificultades que presentan estos niños para poder ayudarlos e integrarlos no sólo en el aula sino a la sociedad en la que se desenvuelven.

Este mismo autor (Silver, op.cit.), clasifica a los niños con problemas de aprendizaje en edad escolar en tres grandes categorías que son:

- 1) Algunos tienen capacidades intelectuales subnormales y, por consiguiente, funcionan por debajo de niveles normales.

- 2) Algunos tienen problemas emocionales que se interponen en la vía del aprendizaje y ocasionan dificultades académicas. Y dentro de esta categoría se encuentran los niños hiperactivos y/o distraídos, los cuales en la mayoría de las ocasiones desarrollan problemas de aprendizaje debido a problemas emocionales, sociales y familiares provocados por las frustraciones y fracasos que experimentan.
- 3) Algunos cuentan con una inteligencia promedio o por encima del promedio, pero tienen dificultades académicas debido a la forma en que funciona su cerebro o su sistema nervioso.

Hallahan y Bryan (citados por Macotela, 2003), señalan que dentro de estas dificultades de aprendizaje se encuentran la dislexia, problemas de lenguaje, escritura, cálculo matemático e hiperactividad, las cuales tienen alguna repercusión o impedimento sobre el aprendizaje y/o problemas de conducta que van de lo leve a lo grave, que se asocian a desviaciones de la función del Sistema Nervioso Central, y estas se presentan en varias combinaciones de deficiencias en la percepción, la conceptualización, el lenguaje, memoria, control de la atención, el impulso o la función motora y sobre todo se hace hincapié en que niños con inteligencia normal, cercana a lo normal o por encima pueden presentar cualquier tipo de discapacidad.

Con base en lo anteriormente expuesto, los objetivos y propósitos son en primer lugar, ofrecer una propuesta educativa que brinde a los profesores de educación básica herramientas para desarrollar progresivamente la capacidad de atención y autocontrol de los niños con TDA/TDAH que asisten regularmente a su salón de clase; en segundo lugar se busca sensibilizar al profesor y proporcionar información sobre el TDA/ TDAH y sus repercusiones escolares.

Se puede decir que la psicología educativa proporciona formas efectivas de enseñanza en general y provee de estrategias de aprendizaje en particular a los alumnos para que el proceso enseñanza-aprendizaje sea más efectivo, para realizar esto, la psicología educativa toma en consideración las características de los sujetos, vinculadas a factores internos y externos, los cuales determinan el éxito o fracaso del aprendizaje de cada individuo, esto hace que los grupos escolares sean bastante heterogéneos.

De acuerdo a lo anterior, el psicólogo educativo interviene en este proceso dado que es quien posee los conocimientos y habilidades necesarios para construir las estrategias y procedimientos para atender los problemas de carácter psicoeducativo relacionados con el desarrollo del educando a partir del análisis de los datos obtenidos por todos los involucrados en el proceso de enseñanza aprendizaje.

JUSTIFICACIÓN

En nuestro país y en el resto del mundo, el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad es un problema que afecta cada vez más a la población infantil y adolescente. Aunque varían mucho las estadísticas, se estima que a nivel mundial existen alrededor del 5% de niños con problemas de aprendizaje. En México existen “datos contradictorios”. Los datos oficiales hasta 1985 reportaban un porcentaje que fluctuaba entre 2 y 4 % de la población escolar total. Pero la gran discrepancia en este porcentaje es que no se contemplan las incapacidades múltiples como sería el caso de problemas de aprendizaje en conjunción con retardo mental, perturbaciones emocionales o de lenguaje y marginación social; si se consideraran todos éstos, la incidencia se elevaría considerablemente (Macotela, 2003. p. 16).

Algunos autores como Ávila y Polaino-Lorente (2002), señalan que la incidencia de este problema de acuerdo a diversos estudios efectuados en población escolar española es del 3% al 5%. sin embargo, al comparar éstos con datos del hospital psiquiátrico infantil (proporcionados por la psicóloga María Antonieta Pérez en 2003), se reveló que en por lo menos el 5% de la población infantil y adolescente se presenta este trastorno y en más del 50% de los casos la sintomatología perdura hasta la edad adulta.

Datos parecidos reportó la vicepresidenta de la fundación ADHD (Trastorno por Déficit de Atención) de la Argentina (Oates, 2000), en donde indica que el TDAH “es un síndrome que en mayor o en menor medida afecta a un porcentaje de niños que oscila entre el 3 y el 5%. En la Ciudad de Buenos Aires, cuya población infantil se estima en 320.000 habitantes, este déficit podría estar presente en 15.000 casos aproximadamente”.

Si se considera al trastorno por déficit de atención como una de las afecciones neuropsiquiátricas que más afectan a la población infantil y adolescente y debido a las serias consecuencias que puede llegar a tener, se enfatiza la necesidad de fortalecer la capacitación de maestros y psicólogos escolares.

Examinando el impacto que puede llegar a tener este trastorno sobre el desarrollo del individuo, se hace necesario considerar la gran importancia de tratar de integrar a todos los niños que presenten esta discapacidad.

Otro factor a tomar en cuenta para lograr que se dé esta inclusión es la necesidad de conocer las demandas específicas del niño para así poder brindar el apoyo que requiere; de igual manera, debemos tener en cuenta que para llevar a cabo este proceso y lograr que se alcancen los objetivos que plantea la escuela, entre ellos el de la integración educativa, se hace necesario mostrar un panorama amplio de las implicaciones que tiene esta dificultad sobre el aprendizaje.

Como psicóloga educativa, y dada la preocupante situación a que nos enfrentamos en estos momentos con la incorporación en los grupos de escuelas regulares y en todos los grados de la escuela primaria de todos los niños con discapacidades o deficiencias de aprendizaje, se considera importante que los profesores que van a atender a estos niños se encuentren lo más capacitados posible para atender a las demandas particulares de esta población infantil, de acuerdo a esto, se planteó la necesidad de diseñar una propuesta educativa cuya finalidad es proporcionar a los docentes de educación primaria información y alternativas para la identificación y tratamiento del niño con TDA/TDAH.

Dadas estas circunstancias, los psicólogos educativos tienen una importante participación en la solución de este problema, ya que son profesionistas dedicados al manejo especializado de temas educativos en ambientes formales e informales; en la actualidad tanto escuelas públicas y privadas se enfrentan al impacto de la globalización y a las nuevas demandas educativas de integrar a los niños con alguna discapacidad o dificultad de aprendizaje en las aulas regulares; esto hace que las instituciones busquen nuevas alternativas de trabajo requiriendo asesoría y consultoría para que alcancen sus objetivos y puedan brindar la mejor atención posible a los niños con alguna dificultad de aprendizaje.

CAPÍTULO 1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD

1.1. PANORAMA HISTÓRICO

En estos momentos en nuestro país se está buscando la forma de incorporar en los grupos de escuelas regulares y en todos los grados de la escuela primaria a todos los niños con discapacidades o deficiencias de aprendizaje, pero en esta iniciativa vemos que los profesores que van a atender a estos niños no están capacitados, con esto podremos darnos cuenta que el resultado seguirá siendo caótico, debido a que no se cumplen las demandas de estos niños y se seguirán sintiendo excluidos.

Por otro lado, se sabe que a los niños que no tienen ninguna dificultad les cuesta trabajo aprender, con mayor razón a los niños que presentan alguna discapacidad o dificultad específica de aprendizaje, lo cual hace urgente atender con mayor cuidado las Necesidades Educativas Especiales de estos niños.

Se hace indispensable, antes de ingresar a estos niños a las escuelas regulares, realizar campañas de sensibilización para informar y capacitar a los profesores y personal escolar para que puedan brindar el apoyo y servicio adecuado a las demandas de los niños que tienen Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/TDAH) y otras dificultades para aprender, considerando también las actitudes de los docentes ya que hay que tomar en cuenta que todos los profesionales que trabajan con personas con necesidades educativas especiales tienden, en muchas ocasiones a demostrar su aceptación o rechazo a través de sus acciones, y es este rechazo el que puede llegar a provocarle a un sujeto, la posibilidad o imposibilidad de integrarse al medio sociocultural en el que vive.

El síndrome que hoy en día es conocido como Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/TDAH), fue descrito por Heinrich Hoffmann en 1854 (Solloa, 1999).

Diversos autores (Biaggi, 1996; Solloa, 1999; Mulas y Morant, 2000; Benavides, 2003; Joselevich, 2003), reportan que es hasta comienzos de 1900 cuando surgieron los primeros estudios científicos realizados por Still, un famoso pediatra Británico que descubrió a niños que tenían lo que él llamó “un defecto del control moral”, estos niños presentaban dificultades académicas serias pero no mostraban un impedimento general del intelecto, ni un trastorno físico, ya que lo que más caracterizaba a estos niños eran los problemas de conducta, concentración, agresividad, falta de disciplina, irritabilidad e hiperactividad. En aquel tiempo se estudió la posibilidad de que este trastorno fuera causado por lesiones anteriores o posteriores al parto. En Estados Unidos el interés en torno a este trastorno surge después de un ataque de encefalitis letárgica, entre los años 1917 y 1918, algunos de los niños que sobrevivieron presentaban secuelas serias en su conducta, capacidad cognoscitiva, que en aquel tiempo se definió como “Impulsividad Orgánica”.

A partir de 1902, se realizaron observaciones acerca de las alteraciones conductuales que aparecían en los niños afectados por encefalitis, descubriéndose que los niños que padecían por este proceso inflamatorio cerebral, desarrollaban con el tiempo y de por vida, trastornos como la conducta antisocial, hiperquinesia, incapacidad para concentrarse en actividades intelectuales, impulsividad, labilidad emocional, sin privación alguna de sus capacidades intelectuales.

A partir de 1935, se han realizado investigaciones relacionadas con medicamentos que podrían ayudar a quienes padecen problemas de conducta e hiperactividad y en 1950, Brandley, (citado por Solloa, 1999), fue el primero en emplear anfetaminas en el tratamiento, descubriendo que al administrar estimulantes a un grupo de pacientes que presentaban hiperquinesia e inatención, paradójicamente respondían de manera satisfactoria a estos medicamentos.

El punto de vista de que la presencia de hiperquinesia podría ser considerada como un indicador de daño cerebral, tomó fuerza por estudios realizados en 1947 por Strauss y Lehtinen (citados por Solomon, 1978) donde se encontró que varias características, incluyendo hiperactividad, desinhibición e inatención, diferenciaban a niños mentalmente retardados con “Daño Cerebral” de aquellos mentalmente retardados sin daño cerebral. Sobre estas bases se argumentó que todas las lesiones de una clase

similar de disturbio o tipo de conducta eran siempre debidas a daño cerebral, puesto que en algunos niños no había daño; en ese mismo año Clements, (citado por Solomon, 1978), descubrió el síndrome de “Disfunción Cerebral Mínima”, el cual aparece en una monografía del Instituto Nacional de Padecimientos Neurológicos con diez características citadas en orden de mayor a menor frecuencia.

1. Hiperactividad
2. Dificultades perceptomotoras
3. Labilidad emocional
4. Déficits en la coordinación general
5. Desórdenes de atención (lapsos de atención cortos, inatención y perseverancia)
6. Impulsividad
7. Desórdenes de la memoria y el pensamiento
8. Problemas de aprendizaje, en la lectura, aritmética, escritura u ortografía
9. Dificultades del habla y audición
10. Signos neurológicos equívocos e irregularidades neurológicas.

En esta misma época los científicos dejaron de centrarse en la definición del trastorno y se centraron más en sus posibles causas; cuando se encontró que en muchos niños no había “Daño Cerebral” el término se cambió a “Disfunción Cerebral Mínima”, lo que implicaba que todavía había algún problema en el cerebro. Más tarde la investigación volvió a buscar una mejor definición de los problemas de conducta, hasta centrarse en las conductas como la hiperactividad, lo que condujo a denominar a este trastorno como “Síndrome de hiperactividad del niño” (Barkley, 1999).

En 1968, se incluyó una definición en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-II), donde se describió la “Reacción Hiperkinética de la Niñez” como un desorden caracterizado por sobreactividad, inquietud, inatención, y lapsos de atención cortos especialmente en niños pequeños; se planteaba que estos síntomas desaparecían en la adolescencia; aunque no fue sino hasta la década de 1970 cuando se comenzó a delinear este trastorno tal y como lo conocemos hoy en día (Solloa, 1999).

Varios autores (Solloa, 1999; Benavides, 2003; Joselevich, 2003), concuerdan en que durante los años 70's este trastorno acaparó la atención de investigadores, científicos y público en general, ya que las investigaciones realizadas hasta entonces sugerían la necesidad de considerar la inatención e impulsividad como los problemas crónicos del trastorno. En 1980, se publicó en Estados Unidos una nueva versión del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-III, 1984), en el cual por primera vez se define al trastorno utilizando una serie de síntomas similares a las características anteriores, denominándolo "Trastorno por Déficit de atención" y describiéndolo como un problema relacionado con la atención y la impulsividad, donde los síntomas de hiperactividad podían estar o no presentes. En la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales y del Comportamiento (CIE-9) se requiere más, no sólo la presencia de hiperactividad, sino también la ausencia de cualquier estado que pudiera desencadenar dicha conducta (Taylor, 1991).

En esta revisión, para hacer el diagnóstico se requerían al menos tres de cinco síntomas de inatención, tres de seis síntomas de impulsividad, y al menos dos de cinco síntomas de hiperactividad; otra condición contemplaba que para realizar el diagnóstico la sintomatología debía haberse presentado antes de los siete años y durar al menos seis meses.

Por otro lado, para Thorley (1991), el esquema del DSM-III tiene todavía muchos problemas; indica que es prematuro confirmar que el Déficit de Atención sea la patología fundamental, debido a que las definiciones sobre los síntomas del trastorno no tienen un significado preciso. Cita además que Barkley (1981, citado en Thorley, 1991), criticó la definición del DSM-III, ya que este autor la considera "demasiado liberal o vaga y aboga por un criterio más preciso", lo cual se enuncia a continuación:

- 1) Quejas por parte de los padres y/o profesores de falta de atención, impulsividad e inquietud
- 2) Edad de inicio de los problemas alrededor de los seis años, según informan los padres

- 3) Desviación de las normas de edad de una escala de evaluación de la conducta hiperactiva para padres o profesores, de al menos dos desviaciones estándar por encima de la media (98% o superior). La puntuación de los niños con retraso se compara con las normas de la edad cronológica consecuente con la edad
- 4) Las conductas problema que se producen en el 50% de las dieciséis situaciones escogidas con colaboración del profesor
- 5) Duración de los síntomas al menos doce meses
- 6) Exclusión de sordera, ceguera u otras alteraciones o motoras y un trastorno emocional severo (ejemplo. Psicosis infantil).

Además, hace hincapié que la validez tanto del DSM-III como el esquema que plantea Barkley aún se desconoce. Ambos esquemas se limitan a definir un grupo de niños con sintomatología hiperactiva; ninguno de los dos aborda la vinculación con otros trastornos, tal vez este sea el problema más debatible.

En la versión revisada del DSM-III-R publicada en 1987, se introdujeron varias modificaciones al diagnóstico, se le cambió el nombre al “Trastorno por Déficit de Atención” por el de “Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad”; clasificándose como uno de los tres diagnósticos del grupo de los trastornos del comportamiento, junto a los trastornos de conducta y de tipo oposicionista.

El DSM-III-R agrupó en una sola área todos los síntomas en lugar de dividirlos en tres áreas, cambiando el modelo a uno de tipo unidimensional. Esta nueva actualización estaba compuesta por catorce síntomas y no dieciséis como los que aparecían descritos en el DSM-III, sólo que ahora eran más definidos para su clasificación.

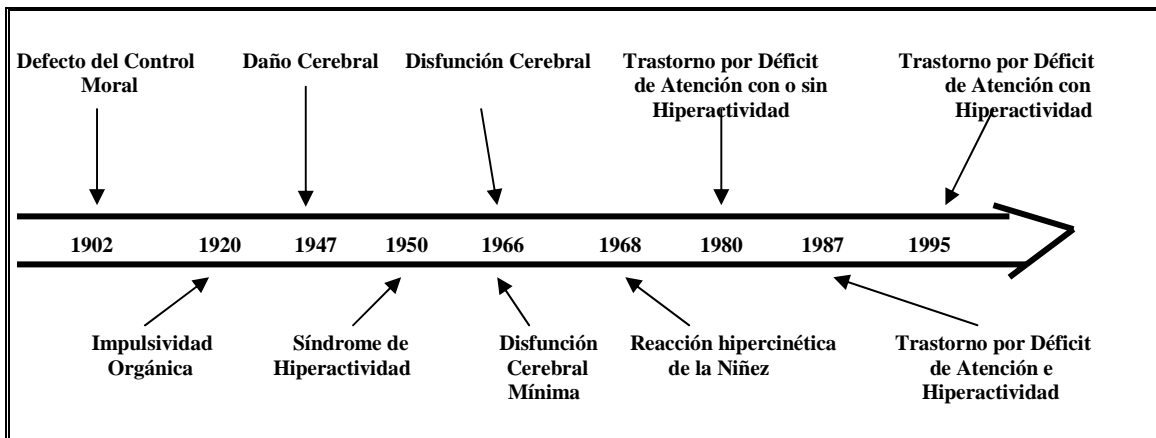
En lo que respecta al DSM-III-R, sólo se incluye a los individuos que presentaban déficit de atención e hiperactividad, mientras que los sujetos con déficit de atención solamente, se incluyen en lo que se consideraba una categoría residual. En este manual el término hiperactivo fue sustituido por el “Trastorno por Déficit de Atención” (DSM-III-R, 1987).

Ya para 1995 en la edición del DSM-IV se clasifica al trastorno dentro de un grupo de condiciones denominadas “Déficit de Atención y Trastornos del Comportamiento Perturbador”, se corrigió la interpretación anterior del DSM-III-R que implicaba que todos los niños con la condición tenían problemas de comportamiento.

En esta versión el trastorno es conocido como “Déficit de Atención con Hiperactividad, se reagrupan los síntomas en tres subgrupos: tipo combinado, tipo con predominio de déficit de atención y el tipo con predominio hiperactivo- impulsivo (DSM-IV, 1995).

Finalmente, vemos que durante las últimas dos décadas, el término “Disfunción Cerebral Mínima” se ha aplicado a un amplio grupo de incapacidades conductuales y de aprendizaje y que aún encontramos que algunos médicos siguen utilizando este término para referirse a los niños con TDA/TDAH; ahora sabemos que las descripciones clínicas del síndrome propuestas por los diversos autores aquí citados, coinciden en el aspecto de que las definiciones cubren un rango amplio de síntomas, donde las características centrales involucran los fenómenos de hiperactividad, impulsividad y déficit de atención; también nos percatamos de que la falta de evidencia de un nexo causal específico entre daño cerebral y TDA/TDAH ha dado lugar a que en la mayoría de las investigaciones no se incluyan mediciones de lesión cerebral para determinar si un niño padece el trastorno.

La historia del TDA/TDAH puede quedar resumida en el siguiente cuadro:



A pesar de existir los criterios de clasificación internacionales (DSM y CIE-10) para hacer el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad y poder hacer una unificación de las siglas a usar para referirnos al mismo, aún así encontramos en la literatura en inglés términos como AD/HD o ADD y en la literatura hispanoamericana se encuentran términos como TDA, TDA/H ó TDAH que son traducciones de los términos en inglés. A continuación se presentan las diversas siglas usadas en la literatura y su significado:

ADD Attention Deficit Disorder

A.D/H.D Attention Deficit / Hiperactivity Disorder

ADHD Attention Deficit Hiperactivity Disorder

TDA Trastorno por Déficit de Atención

TDAH Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad-Impulsividad

TDA/H Trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad (Joselevich, 2003. p.20)

Cabe aclarar que para referirse al Trastorno por Déficit de Atención se utilizarán las siglas “TDA”, y para cuando se trate del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad se emplearán las siglas “TDAH”.

Por otro lado, y antes de presentar las causas, síntomas y evolución del TDA/TDAH, es necesario definir el concepto.

Una de las primeras dificultades encontradas en la literatura sobre el TDA/TDAH en diferentes países, es la falta de definiciones aceptadas del concepto. El término ha sido usado para describir una forma de comportamiento, un grupo de comportamientos y un síndrome con o sin suposiciones etiológicas.

Por lo anterior, se considera que existe una dificultad a la hora de tratar de delimitar el concepto, debido a que este trastorno mental es una entidad discreta con límites precisos respecto a otros trastornos mentales.

Para Benavides (2003), este síndrome es considerado como “un conjunto de síntomas característicos de un estado”, más que “una alteración o perturbación”, la autora está en desacuerdo sobre el uso del término “Trastorno” ya que indica que este en la lengua castellana acarrea una connotación más negativa y estigmática, por ello prefiere usar el término “síndrome” para referirse al TDA/TDAH, el cual hace referencia a un problema fisiconeurológico, con causas de origen biológico y genético, cuyos síntomas se caracterizan por falta de habilidad para concentrarse y mantener la atención, controlar sus impulsos y para controlar una actividad motora excesiva a la esperada en función de la edad del sujeto y su entorno.

Otras autoras, que siguen la línea neurobiológica para definir el concepto son Joselevich (2003), Mendoza (2003) y Pérez (2003), la primera señala que el TDAH tiene que ver con factores biológicos que se encuentran determinados por bases genéticas, cuyas características son problemas para prestar atención a estímulos que demandan esfuerzo mental, dificultad para inhibir respuestas, para organizar una secuencia de acción según las demandas del contexto, dificultades para ensayar o practicar soluciones a los problemas y tener la flexibilidad suficiente para considerar alternativas, ensayarlas mentalmente y luego ponerlas en práctica bloqueando interferencias y evaluar continuamente los resultados; para la segunda, el TDA/TDAH es un desorden orgánico de origen neurobiológico caracterizado por una excesiva inquietud, impulsividad y movimiento constante, supone que estos síntomas son provocados por una deficiencia en los neurotransmisores nerviosos a nivel de la sinapsis neuronal. Y la última autora indica que el TDA es un trastorno neurobiológico que determina una pauta madurativa distinta tanto a nivel cognitivo, adaptativo y conductual, y que presupone una disfunción a nivel del Sistema Nervioso Central, cuyos síntomas son falta de atención (dificultad para sostener la atención, dificultad en la atención controlada, dificultad para dar orden de prioridad a los estímulos, el niño no termina tareas que empieza, no se concentra en los juegos, se distrae por cualquier cosa), hiperactividad (exceso de actividad motriz), impulsividad (el niño actúa antes de pensar, fallas de autocontrol, no miden las consecuencias de sus actos).

Otros autores definen el trastorno más como un problema de comportamiento que presentan tanto niños como adultos, con manifestaciones diferentes según la edad y la educación recibida; que implica una dificultad generalizada para mantener y regular la atención al espacio y tiempo y una actividad motora excesiva (García y Magaz, 2000).

Sin embargo, Kirby y Grimley (1992), señalan que el Trastorno por Déficit de Atención implica una alteración específica, relacionada con la fijación inicial y mantenimiento de la atención, insisten en que la complicación del problema es de naturaleza mucho más general, al igual que Barkley (1999), consideran que se lograría una mayor claridad del concepto si se sustituyera el término de “Trastorno por Déficit de Atención” por el de “Deficiencia de autocontrol”. Además indican que entre el término hiperactivo y el TDA no hay una relación y que por esa razón prefieren definir por separado cada expresión; para ellos la hiperactividad está centrada en sujetos que se mueven con tremenda energía y gran descuido y el TDA se relaciona con sujetos que mantienen la atención por periodos cortos.

Para Taylor (1991), este trastorno abarca una variedad heterogénea de procesos psicológicos que presentan múltiples causas y un efecto complejo en el desarrollo, algunos procesos como la distracción están particularmente asociados con la conducta hiperactiva y otros procesos cognitivos parecen tener una relación específica con la hiperactividad más que con otras clases de anomalías conductuales. Considera necesario definir cada una de las características que integran al TDA/TDAH en donde la falta de atención significa a nivel intelectual que los niños actúan de forma inadecuada en cualquier cosa que intentan hacer (apartan la mirada o interrumpen su tarea demasiado pronto); a nivel de procesamiento de la información los sujetos realizan de forma incorrecta las tareas que requieren de una adecuada atención. La conducta hiperactiva es desorganizada y caótica, cuya característica principal es la combinación de inquietud y falta de atención a un nivel inapropiado para la edad del niño; en cuanto a la impulsividad considera que el concepto es ambiguo debido a que este incluye conductas antisociales; considera a la “hipercinesia” como un síndrome psiquiátrico cuyas características principales son inquietud y falta de atención.

Es posible distinguir tres concepciones diferentes, una según la cual el trastorno es de origen neurológico, considera una característica que diferencia a estos niños de los llamados “normales”, y otra hace una clasificación de acuerdo a los rasgos diferenciales que se van presentando a lo largo de su ciclo vital.

Para finalizar este apartado, la definición que para fines de este trabajo se considera la más completa es la expresada por Barkley (1999) uno de los representantes más importantes que han estudiado este trastorno, para este autor el TDA/TDAH es un trastorno del desarrollo del autocontrol que engloba problemas para mantener la atención y para controlar los impulsos y el nivel de actividad. Para éste autor el término trastorno del desarrollo del autocontrol (TDAC) es el nombre más apropiado para el TDAH y el problema que presentan para inhibir sus conductas estas personas se debe a un problema en el cortex frontal que es el que se encarga de esta función.

1.2. ETIOLOGÍA

Durante varias décadas los profesionales clínicos han trabajado con nociones erróneas ya que consideraban que el TDA/TDAH era causado por lesiones cerebrales o una deficiente educación, que el trastorno desaparecía en la adolescencia, que la medicación estimulante era sólo efectiva con niños y sólo en el periodo escolar; a pesar de la falta de apoyo científico se trabajó con base en esta creencia durante varios años (Barkley, 1999).

Los primeros intentos de correlacionar la condición con un defecto intrínseco de tipo neurológico según Biaggi (1996), se remontan a los años de 1917 y 1918, durante este periodo se describió por primera vez el trastorno de una forma generalizada. Esto sucedió después de un brote de encefalitis, donde todos los niños que sobrevivieron desarrollaron un cuadro similar al que presentaban personas con “Disfunción Cerebral Mínima”, y los adultos tuvieron un síndrome similar a la enfermedad de Parkinson; se cree que los síntomas pudieron ser provocados por una destrucción selectiva de las neuronas generadoras de dopamina, lo cual creó un cuadro de hiperquinesia en los niños y bradiquinesia en los adultos.

Existen diferentes hipótesis que se han estudiado a fin de encontrar y explicar las posibles causas del trastorno.

Las explicaciones actuales sobre el TDA/TDAH establecen que hay procesos mentales que se encuentran afectados en las personas con el trastorno, esto lo confirma Barkley (1998), ya que menciona que en estas personas existe un deterioro en las funciones ejecutivas que van desde la memoria de trabajo hasta las habilidades para controlar las emociones, el nivel de motivación y excitación; indica que también existe evidencia científica que asocia procesos neuroanatómicos y bioquímicos irregulares en distintas áreas del cerebro con estas habilidades.

Las funciones ejecutivas que se encuentran dañadas son actividades mentales complejas necesarias para planificar, organizar, guiar, revisar, regular y evaluar el comportamiento necesario para alcanzar metas.

Los resultados que ha obtenido Bauermeister (2002), en sus investigaciones realizadas con niños puertorriqueños con TDAH apoyan los planteamientos expuestos anteriormente, porque los niños con este trastorno no sólo no demostraron tener más dificultad para inhibir impulsos sino que presentaron más dificultad para retener en la mente la información necesaria para planificar y guiar las acciones requeridas para hacer una variedad de tareas complejas, al ser comparados con niños sin el diagnóstico.

La organización Children and Adults with Attention-Deficit/Hiperactivity Disorder (CHADD,2003 a), publicó que de acuerdo a un estudio realizado por la Asociación Médica Americana (AMA) en Junio de 1997, “el TDAH es uno de los trastornos mejor estudiados en medicina, y los datos generales acerca de su validez son más convincentes que los de la mayoría de los trastornos mentales y aún de muchas condiciones médicas”. También se señala que la mayor parte de la investigación sugiere que el trastorno tiene una base neurológica, lo que se corrobora en más de veinte estudios genéticos que se han realizado, en los cuales se ha encontrado evidencia de que el trastorno es una condición heredada, con base neurológica; hace hincapié esta asociación en que el TDAH es un rasgo complejo que se encuentra en interacción con múltiples genes.

En los últimos años los estudios científicos (Barkley, 1999), han demostrado que el TDAH no es un trastorno principalmente de falta de atención, sino de autocontrol, en donde algunas de las causas más probables y de las que se cuenta con evidencia sobre su posible asociación con el TDAH son:

1. Diferentes agentes que pueden dar lugar a lesiones cerebrales o anomalías en el desarrollo del cerebro, tales como traumatismos, enfermedades, exposición fetal al alcohol, al tabaco o la exposición temprana a niveles elevados de plomo.
2. Actividad disminuida en determinadas regiones cerebrales
3. Herencia

Mientras que para Palacios (2003), las posibles causas del TDAH pueden ser de origen genético, neuroanatómico, por daño en el sistema nervioso central o por factores ambientales, aunque también pueden estar relacionados factores de riesgo pre y perinatales como: hipoxia neonatal, intoxicaciones, desnutrición y traumatismos craneoencefálicos, bajo peso al nacer, adversidad psicosocial, prematurez, C.I. parental y trastorno de conducta parental.

Además de estos factores, Rief (1999), agrega a la lista alergias alimentarias vinculadas a los síntomas.

Por otro lado, Thomas Pelan citado por Benavides (2003), describe tres categorías como posibles causas del TDA/TDAH.

1. Desequilibrio químico cerebral (es decir, deficiencia de ciertos neurotransmisores en el cerebro)
2. Metabolismo de glucosa bastante más lento que el normal, y que afecta a dos áreas clave del cerebro relacionadas con la habilidad para concentrarse y controlar la actividad motora
3. Herencia, y por tanto de origen biológico y congénito.

La causa que genera el TDA/TDAH aun es desconocida, según Solloa (1999), todo tiende a revelar que los factores más importantes que pueden generar el trastorno son:

1. Factor Hereditario: Debido a que el trastorno se presenta con mayor frecuencia en los varones, se pensó que la transmisión genética se llevaba a cabo por medio de un cromosoma sexual. Sin embargo, Barkley (1999), menciona que lo que se hereda es la latencia a tener problemas en el desarrollo del córtex frontal y del núcleo caudado del cerebro, y que los padres que tienen un TDA/TDAH son más propensos a tener hijos con este trastorno.
2. Factor Neuroanatómico: Infecciones como encefalitis o traumatismos craneoencefálicos pueden producir un síndrome hiperquinético; se sabe que los niños que padecen este síndrome presentan con mayor frecuencia antecedentes de dificultades durante la gestación, así como problemas perinatales y otras complicaciones médicas los primeros años de vida.

Los avances tecnológicos y el desarrollo de nuevas técnicas de imágenes cerebrales han dado auge al estudio neuroanatómico de diferentes trastornos, donde las técnicas utilizadas para hacer investigación en esta área son: Tomografía Axial Computarizada (Cat scan), Tomografía por Emisión de Positrones (PET scan) y resonancia magnética.

Orjales (2001), reveló que los estudios neuroanatómicos que se han realizado del sistema nervioso central en los niños hiperactivos usando la Tomografía Axial Computarizada, no han arrojado evidencia de que exista una lesión estructural; sin embargo se ha visto una mayor frecuencia de signos neurológicos menores en comparación con los niños sin el trastorno y hay una sintomatología similar en personas que han sufrido lesiones en el lóbulo frontal.

Desde el punto de vista neuroquímico, en estos niños hay una deficiencia en la producción regulada de importantes neurotransmisores como la dopamina, noradrenalina, y la deficiencia en la liberación de estas sustancias en el torrente sanguíneo hace más difícil que el organismo mantenga el umbral de estimulación adecuado de las neuronas y esta puede ser la posible explicación del por qué los niños

que padecen este trastorno reaccionan más exageradamente a estímulos sensoriales que no despertarían una reacción semejante en niños no hiperactivos.

Esta idea, está respaldada por diversas fuentes, según las cuales en algunos estudios en donde se han tomado muestras de líquido cefalorraquídeo de niños con TDAH para analizar los niveles de determinadas sustancias químicas relacionadas con los neurotransmisores cerebrales, se ha encontrado que posiblemente el TDAH esté relacionado con niveles más bajos de dopamina y posiblemente norepinefrina que produce su cerebro (Barkley, 1999).

Con lo que respecta a los factores neurobiológicos relacionados con el TDAH, Michaine (1996), dice que estos están basados en dos tipos de hallazgos: inespecíficos y específicos; los primeros están vinculados con una ligera mayor incidencia de problemas durante el embarazo y el parto, o retraso en la aparición de pautas de desarrollo motor y alteraciones neurológicas leves (lateralidad cruzada, mala coordinación y torpeza motora). Entre los segundos se encuentran: a) bajos niveles de dopamina, b) baja actividad metabólica en la corteza orbitofrontal derecha (medida con tomografía por emisión de positrones); c) alteraciones significativas (menor tamaño en la parte posterior del cuerpo calloso).

3. Factores Neurofisiológicos

Existe un alto porcentaje de niños diagnosticados con TDAH que tienen estudios encefalográficos anormales, en donde la anormalidad es caracterizada por una lenta actividad cerebral y ausencia de una apropiada cantidad de ondas alfa para la edad; esta información fue confirmada por Barkley (1999), quien precisa que cuando se mide la actividad eléctrica de los niños con TDAH mientras están sentados y relajados o realizan ciertas tareas que requieren un esfuerzo mental, se observó una actividad cerebral menor en las áreas frontales en comparación con niños sin el trastorno.

Este mismo autor reitera que los niños con TDAH también presentan un menor flujo sanguíneo hacia las áreas frontales, especialmente en el núcleo caudado (por diversos haces de fibras nerviosas) y una de las regiones del estriado. Esta región es importante para que se dé la inhibición de la conducta y el mantenimiento de la atención. El sistema límbico al que está conectado, es el responsable del control de las emociones, la motivación, la memoria; y es a través de estas conexiones, que el sistema límbico envía señales hacia la zona frontal del cerebro la cual a su vez envía sus propias señales hacia el sistema límbico como un medio de control y regulación de la conducta y las emociones.

Otro hallazgo que confirma lo anterior es el descrito por Biederman (2001), quien señaló que en las investigaciones neurofisiológicas más recientes, se ha podido observar que las personas con TDAH tienen un menor flujo sanguíneo hacia la corteza frontal que las personas que no lo padecen y el consumo de glucosa en esta área es menor también durante la ejecución de funciones intelectuales superiores; de igual manera se ha encontrado que a través de estudios de resonancia magnética se han podido observar alteraciones anatómicas en estructuras cerebrales como asimetría en el núcleo caudado, en la forma del cuerpo calloso y ganglios basales más pequeños en el lado derecho del cerebro.

Sin embargo, Mendoza (2003), señala que de un grupo de personas diagnosticadas con TDA/TDAH el 60% presentan alteraciones en el electroencefalograma y en el 40% restante no aparece esta alteración a pesar de tener el trastorno; lo cual podría deberse a que los encefalogramas se toman cuando la persona se encuentra en reposo y no leyendo o resolviendo un problema matemático.

4. Otros factores que pueden llegar a ocasionar el TDA/TDAH son:

- a) Los alimentos con aditivos, colorantes y saborizantes artificiales y azúcares.
- b) Intoxicación por plomo. La exposición a niveles de plomo entre moderado y altos pueden dañar el tejido cerebral y es considerado como una causa potencial de falta de atención e hiperactividad.

- c) Exposición al humo de cigarro. Está relacionado con un mayor riesgo de padecer problemas de conducta similares a los que presentan los niños con TDAH.

Con base en esta revisión, se puede decir que los factores que provocan el TDA/TDAH pueden ser hereditarios, neuroquímicos, neurobiológicos, neurofisiológicos y neuroanatómicos, por lo tanto podemos concluir que el trastorno puede ser generado por uno de estos factores o por la combinación de varios de ellos.

1.3. INCIDENCIA

La prevalencia del TDA/TDAH depende de varios factores como la población estudiada, el método de investigación, los criterios de diagnóstico empleados, instrumentos de detección, el sexo de las poblaciones estudiadas, nivel socioeconómico (Rodríguez Sacristán, 2000).

Según Biaggi (1996), el TDA/TDAH es una condición psiquiátrica que afecta entre un 2% hasta un 9% de los niños en edad escolar; de acuerdo con diversos estudios masivos que se han realizado en los Estados Unidos, la cifra mayormente citada es superior a los dos millones de niños que sufren el trastorno. Ha encontrado también que en otros países la situación es diferente, con respecto a la frecuencia con que se hace el diagnóstico, ya que señala que los clínicos británicos no diagnostican el trastorno tan frecuentemente como los estadounidenses; de igual manera, menciona que en la provincia de Kaohsiung en Taiwán la prevalencia del TDAH es de un 9.9% y en otros países la tasa es más alta.

Barkley (1999), coincide con Biaggi, al señalar que la población afectada en Estados Unidos es del 3 al 5% de la población menor de dieciocho años.

Diversos autores (Biaggi, 1996; Oates, 2000; Avila y Polaino, 2002; Palacios, 2003, etc.), reportan una frecuencia del TDA/TDAH aproximadamente entre un 3 y un 5% de los niños que se encuentran en edad escolar, lo curioso es que no se sabe si estas estadísticas dependen de los mismos factores de clasificación para poder afirmar que la incidencia es idéntica de un país a otro, ya que los esquemas de diagnóstico son diferentes.

Otro dato importante es el que reportan Mulas y Morant (2000), en donde revelan que si se toma el criterio de clasificación del DSM-IV como base para medir la prevalencia del TDAH encontramos que la incidencia oscila entre el 5 y el 9% de la población general; este porcentaje se reduce entre un 1 a un 4% si se toma el criterio de Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales y del Comportamiento (CIE-10). Tal vez esta diferencia en el uso de uno y otro sistema de clasificación sea debida a que el CIE-10 no considera en su listado la existencia del TDA/TDAH con la asociación de otros trastornos vinculados, ya que representa para este sistema un criterio de exclusión y además es necesaria la existencia de síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad para realizar el diagnóstico.

La proporción del TDA/TDAH se da más en niños que en niñas, siendo las proporciones de prevalencia entre 7:1 a 9:1 (Oates, 2000; Caballo y Simón, 2001).

Una explicación física lógica y aceptable del por qué es más alta la prevalencia en niños que en niñas es la que da Taylor (1991), quien expresa que los niños se desarrollan más lentamente que las niñas y que por eso son más propensos a presentar un retraso evolutivo; cita además un trabajo realizado con Ounsted en 1972, en donde hallaron que “los niños experimentan un largo periodo en el que la información del genoma puede expresarse”; es decir, que los niños no se desarrollan más lentamente, sino que su maduración física es más lenta. Siguiendo en esta misma línea, Taylor (1991), menciona que “...el retraso intelectual y del lenguaje refleja una parte de la etiología de la hiperactividad, y que son más notables en el sexo masculino por que es necesario que estén presentes una mayor dosis de agentes etiológicos para superar los factores protectores que poseen las niñas”, lo cual predice una mayor carga genética protectora en las niñas y una proporción más elevada de cualquier factor psicosocial implicado en la etiología.

De acuerdo a lo anterior, Salas (2003), encontró que aunque en años anteriores se pensaba que la prevalencia del TDA/TDAH era más alta en niños, en la actualidad y debido a los avances que ha habido en la investigación sobre este trastorno, se ha podido demostrar que el número puede ser casi igual en ambos sexos.

Por lo que respecta a nuestro país, cabe señalar que el martes once de noviembre del 2003 la Asociación Mexicana por el Déficit de Atención, Hiperactividad y Trastornos Asociados, A.C. publicó en su Página de Internet que en nuestro país existen alrededor de un millón y medio de niños y niñas con TDA/TDAH.

En una investigación realizada en una población rural del Estado de México por Portal y Solloa (1993), descubrieron que la prevalencia del TDAH en niños de segundo y cuarto grado de primaria era de 21.7% al realizar un diagnóstico según los criterios que establece el DSM-III-R y de 6.8% al utilizar un cuestionario para maestros (ACTeRS); la incidencia fue mayor en los varones en una proporción de tres a uno. Finalmente concluyen que las diferencias encontradas se debieron a que el DSM-III-R tiende a hacer diagnósticos “falsos positivos” y que la escala para maestros arroja datos más precisos en cuanto a la incidencia de este trastorno.

Considerando todos estos reportes la prevalencia se ubicaría entre el 1% y el 21.7%, siendo la media de 11% , esta aseveración se hace teniendo en cuenta el riesgo que implica establecer comparaciones de distintas investigaciones en diversas poblaciones con criterios de diagnóstico diferentes.

1.4. DIAGNÓSTICO

Los padres cuyos niños tienen problemas académicos se sienten lógicamente preocupados. Hay muchas causas para los fracasos académicos y una de las más comunes son los trastornos de aprendizaje.

Un niño con trastorno de aprendizaje es por lo general, un niño inteligente, que inicialmente trata de seguir las instrucciones, trata de concentrarse y de tener buen comportamiento en la casa y en la escuela; sin embargo, el niño no domina las tareas escolares y comienza a rezagarse. Algunos de estos niños tienen además dificultades para permanecer quietos y prestar atención.

El niño que trata de aprender con gran esfuerzo se frustrará progresivamente y desarrollará problemas emocionales como falta de autoestima, como resultado de los fracasos repetidos. Algunos niños con problemas de aprendizaje pueden presentar también problemas de conducta, ya que prefieren parecer “malos”, en vez de “tontos”. Por lo anterior, y debido a todas las repercusiones que presentan estos niños, es conveniente que tanto padres como profesores conozcan los signos que con mayor frecuencia indican problemas en el aprendizaje y sobre todo puedan identificar las características que deben cumplir los niños con TDA/TDAH para ser diagnosticados con el trastorno.

Dado que muchas personas en determinada etapa de su vida llegan a mostrar signos de conducta hiperactiva, las guías para determinar si una personas tiene TDA/TDAH son muy específicas, aunque sabemos que no hay una sola prueba que diagnostique este trastorno; de acuerdo con esto, para poder hacer una evaluación abarcativa que permita establecer un diagnóstico y rechazar otras causas, se debe incluir una evaluación clínica del funcionamiento y nivel de desarrollo del individuo en el área académica, social, emocional y médica.

Tanto el CHADD (2003, b), como Pérez (2003), señalan que para obtener un diagnóstico más preciso es conveniente la participación de varios especialistas como:

Especialista	Detecta	Diagnostica	Receta Fármaco	Evalúa o Capacita
Psiquiatra	X	X	X	X
Psicólogo	X	X		X
Psicopedagogo	X	X		X
Maestro	X			
Neurólogo	X	X	X	
Pediatra	X	X	X	
Médico	X	X	X	

También es necesario que se utilicen cualquiera de los dos sistemas de clasificación internacionales que existen a la fecha: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), desarrollado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) o la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales (CIE), establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Estos dos sistemas de clasificación sirven para identificar no solo el TDA/TDAH sino los diferentes tipos de enfermedades o entidades clínicas que alteran la personalidad. La importancia en el uso de estos manuales radica en que son una guía para nombrar internacionalmente a cada trastorno con el fin de que todo el mundo distinga a las enfermedades con el mismo nombre y los profesionales de diferentes países las reconozcan, identifiquen, traten e intercambien experiencias sobre el tratamiento de las mismas (Mendoza, 2003).

Siguiendo con la descripción de estos manuales, podemos señalar que ambos tienen un listado similar de 18 síntomas para el TDA/TDAH. Tanto el DSM- IV como el CIE-10 se refieren a conductas de inatención (conducta con cambios frecuentes en las actividades); hiperactividad (exceso de actividad o movimiento en situaciones en que es inapropiado hacerlo) e impulsividad (conducta demasiado rápida y precipitada). Coinciden también en la necesidad de que los síntomas deben persistir a lo largo del tiempo y a través de situaciones con desajustes significativos en al menos dos contextos diferentes (casa, escuela, trabajo y situaciones sociales). Pero aún no establecen un acuerdo ambos criterios sobre la existencia de otros trastornos asociados, ya que el CIE-10 maneja un criterio de exclusión y también señala la necesidad de que se presenten síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad simultáneamente para realizar el diagnóstico, mientras que el DSM-IV no lo considera como una condición estricta.

El Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), a lo largo de sus distintas revisiones, ha sido pieza clave para el estudio y conocimiento de diferentes condiciones psiquiátricas, emocionales y conductuales. En el caso del TDA/TDAH, su contribución ha sido importante.

En el DSM-IV se considera que en ocasiones hay casos puros de déficit de atención y casos puros de hiperactividad, aunque a menudo suelen darse juntos, incluso aunque no se cumplan los criterios establecidos para uno o para otro.

El DSM-IV creó una categoría unificada del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad con subtipos que permiten una mayor especificidad y dentro de esta unificación el manual utiliza el término TDAH para referirse también al trastorno sin hiperactividad.

Los subtipos son:

- Σ Tipo Combinado
- Σ Tipo con Predominio del Déficit de Atención
- Σ Tipo con Predominio Hiperactivo-Impulsivo

Los adolescentes y adultos tienen mayor probabilidad de presentar el tipo con predominio de déficit de atención porque los individuos tienden a ganar mayor control sobre su nivel de actividad a medida que se hacen mayores.

El diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad se suele establecer más en individuos que presentan el tipo combinado o en los que tienen un predominio hiperactivo. Este tipo combinado, es el más común y se presenta una combinación de los síntomas del déficit de atención y de hiperactividad e impulsividad (DSM-IV, 1995).

A continuación se exponen los criterios para el diagnóstico del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, establecidos por el DSM-IV:

A. (1) o (2):

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

Desatención

- a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
 - b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas
 - c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
 - d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)
 - e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
 - f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
 - g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
 - h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
 - i) a menudo es descuidado en las actividades diarias
- (2) seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- a) a menudo mueve en exceso manos y pies, o se remueve en su asiento
- b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- e) a menudo está en marcha o suele actuar como si tuviera un motor
- f) a menudo habla en exceso

Impulsividad

- g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- h) a menudo tiene dificultades para guardar turno
- i) se entromete en conversaciones (juegos).

- B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los siete años de edad.
- C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela o en el trabajo y en la casa).
- D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej. trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Se pueden llevar a cabo tres tipos de diagnóstico para el TDAH que son:

Trastorno por Déficit de Atención con predominio de síntomas de inatención: Cuando se cumplen los criterios de inatención, pero no todos los de hiperactividad- impulsividad.

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, con predominio Hiperactivo-Impulsivo: Cuando se cumplen los criterios de hiperactividad pero no los de inatención.

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Tipo Combinado: Cuando se cumplen los criterios de inatención y de hiperactividad-impulsividad.

Cabe señalar que el diagnóstico de este trastorno se debe hacer con mucho cuidado, ya que los síntomas de inatención e hiperactividad pueden presentarse en otro tipo de problemas como la depresión infantil, los trastornos de ansiedad y en trastornos de conducta. Las características anteriormente expuestas están presentes en todos los niños en cierto grado o momento particular, pero éstas comienzan a ser anormales cuando son excesivas en cuanto a frecuencia, intensidad y duración.

En cuanto al manual del CIE-10, la clasificación del TDAH se encuentra bajo el rubro de Trastornos Mentales y del Comportamiento. Los criterios de diagnóstico se establecen de la siguiente manera:

Déficit de Atención

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
4. Imposibilidad persistente para cumplir las tareas escolares asignadas u otras misiones.
5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental mantenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, tales como material escolar, libros, etc.
8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.
9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

Hiperactividad

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en su asiento.
2. Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.
4. Inadecuadamente ruidoso en el juego tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.

5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

Impulsividad

1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
 2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.
 3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.
 4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.
- El inicio del trastorno no es posterior a los siete años
 - Los criterios deben cumplirse en más de una situación
 - Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.
 - No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maniaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.

En el CIE- 10 además se contemplan dentro del grupo de los trastornos hipercinéticos cuatro entidades diferenciadas: el trastorno de la actividad y de la atención, el trastorno hipercinético disocial, otros trastornos hipercinéticos y el trastorno hipercinético no especificado (Miranda, Amado y Jarque, 2001).

Dentro de este manual para realizar el diagnóstico los criterios que se exigen son que al menos seis de los nueve síntomas de inatención persistan al menos por seis meses y en grado desadaptativo o inconsistente con el nivel del desarrollo del niño.

La hiperactividad incluye cinco síntomas, exigiéndose para el diagnóstico al menos tres, deben estar presentes los síntomas al menos por seis meses y en grado desadaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño.

La impulsividad incluye cuatro síntomas, se requieren para el diagnóstico al menos uno, el cual debe estar presente al menos por seis meses y en grado desadaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño.

Además de estos criterios, se descartan para el diagnóstico los iniciados después de los siete años, exige un carácter de generalizado (hogar, escuela, consultas médicas, otros ambientes) y la presencia de un malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral, y requiere descartar los diagnósticos de trastorno generalizado del desarrollo, episodio maniaco, episodio depresivo y trastornos de ansiedad.

Como ya se señaló, para el CIE-10, deben darse algunos síntomas de los tres principales (inatención, hiperactividad e impulsividad) para establecer el diagnóstico, como mínimo seis de inatención, tres de hiperactividad y al menos uno de impulsividad, mientras que en el DSM-IV-TR se especifican subtipos para el caso de que haya síntomas de un dominio nada más (Rodríguez Sacristán, 2000).

A pesar de que los criterios diagnósticos señalan que el inicio de los síntomas debe ocurrir antes de los siete años, los investigadores más destacados en el campo del TDA/TDAH argumentan que los criterios deben ser ampliados para incluir el inicio en cualquier momento de la niñez (CHADD, 2003). Esta misma asociación también muestra que en los niños y en los adolescentes, los síntomas deben ser más frecuentes o severos que en otros niños de la misma edad. En los adultos, los síntomas deben afectar la habilidad para funcionar en la vida diaria y deben persistir desde la niñez, además de que las conductas deben crear una dificultad importante en la vida del sujeto.

La razón por la que los niños deben diagnosticarse a partir de los siete años es porque hay dificultades para realizar el diagnóstico en niños en edades comprendidas entre los cinco y seis años de edad, y por esta razón debe evitarse hacer un diagnóstico de TDA/TDAH a niños menores de seis años y sólo debe realizarse en casos extremos (Taylor, 1991).

Por otro lado, para Ortiz (2003), el diagnóstico del TDA/TDAH en el adulto debe efectuarse tomando en cuenta los criterios UTAH, en donde se consideran la historia infantil del adulto, la cual debe ser reportada por los padres o el sujeto que padece el trastorno, que además la hiperactividad debe ser persistente y debe manifestarse por causa de cansancio, incapacidad para relajarse, nerviosismo, discapacidad para persistir en acciones sedentarias.

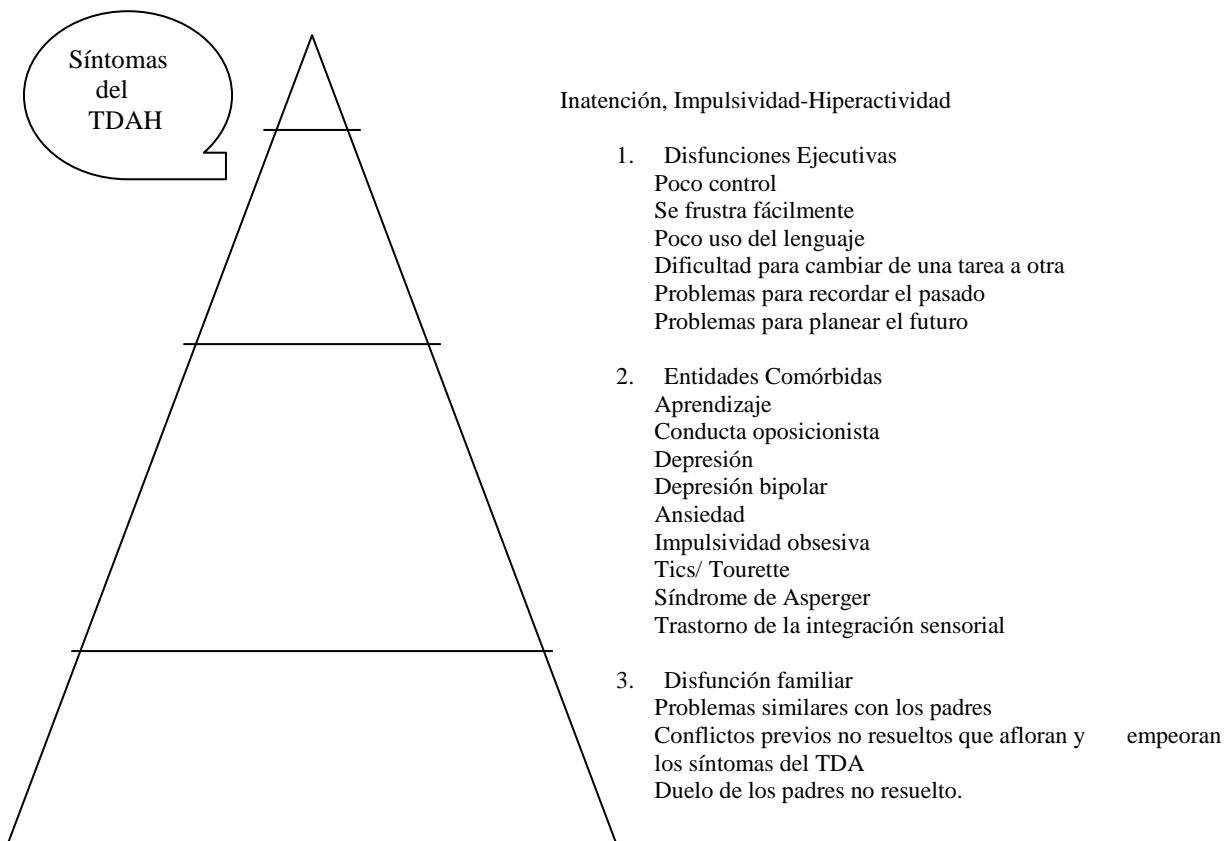
La falta de atención debe manifestarse por discapacidad para mantener una conversación, distracción, discapacidad para mantenerse leyendo, dificultad para concentrarse en el trabajo, frecuentes olvidos y cambios de lugar, y por lo menos dos de las siguientes características: indiferencia afectiva, incapacidad para terminar las labores, explosividad, impulsividad, intolerancia al estrés.

Otros instrumentos útiles para realizar el diagnóstico de los niños con TDA/TDAH, y que se utilizan en México son: la escala de Conners para padres y maestros; las escalas de Wechsler de inteligencia según la edad, Prueba de Apareamiento de Figuras Semejantes, Prueba de Figuras Ocultas para Niños, Matrices Progresivas de Raven, Test de Bender, Test de Frostig I y II, Test de Retención Visual de Benton, Test de Illinois, Test de Frases Incompletas, Test de la Figura Humana, entre las pruebas que se usan en Estados Unidos para realizar la evaluación se encuentran: ACTers, Escala de Criterios Dx, CBCL, CAT-A, CAT-H, cuestionario SNAP, cuestionario de situaciones en el hogar (HSQ), Cuestionario de Síntomas para Padres (PSQ), escala de Valoración del Autocontrol (SCRS), Escala de Valoración para el Maestro (TRS), (Kirby y Grimley, 1992; Avila y Polaino-Lorente, 2002; Bravo, 2003; Albores, 2003).

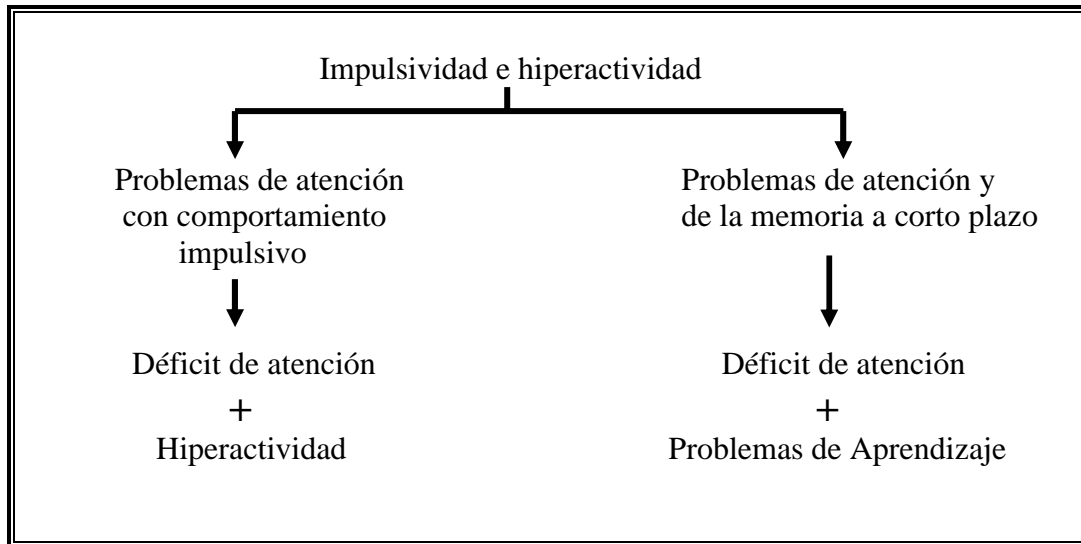
1.5. SÍNTOMAS

Los síntomas que presentan los niños con TDA/TDAH según Mendoza (2003), se dividen en primarios y secundarios; los primarios son el síndrome en sí mismo caracterizado por la impulsividad, inatención, hiperactividad; dentro de los síntomas secundarios se encuentran las complicaciones emocionales asociadas al padecimiento, las cuales se desarrollan alrededor del cuadro principal, como baja autoestima, depresión, baja motivación hacia la escuela, aburrimiento y frustración ante tareas académicas, miedo para aprender cosas nuevas, miedo anticipado al fracaso, malas relaciones sociales con sus pares, robos y conducta violenta debidas a la gran frustración acumulada.

No es coincidencia que el niño con TDAH manifieste mucho más que la tríada clásica de inatención, impulsividad e hiperactividad; de acuerdo con reportes de Armida (2003), este espectro incluye un rango amplio de “disfunciones ejecutivas” tales como pobre autocontrol e incapacidad para anticipar resultados, trastornos comórbidos emocionales, en el aprendizaje y conflictos familiares, pone énfasis al señalar que cuando se habla de un niño con problemas de inatención, hiperactividad, sólo se está viendo la punta del “iceberg”, ya que para esta autora los síntomas del TDAH son:



Mientras que para Oates (2000), los síntomas del TDA/TDAH están asociados únicamente con la impulsividad e hiperactividad, y estos síntomas se presentan en dos formas diferentes.



Se debe considerar que aún cuando todos los individuos afectados por el mismo trastorno presentan por lo menos los mismos síntomas que los caracterizan, pueden diferir en otros aspectos importantes que afectan sus relaciones con los demás y esto es uno de los factores a tomar en cuenta cuando se dé un diagnóstico, ya que si este no es tan específico como lo suscribe el DSM-IV el posible tratamiento que se le vaya a brindar al niño no va a ser el más adecuado, lo cual puede seguir generando que el problema se vaya haciendo más severo.

Para poder decidir si el TDAH es un verdadero trastorno del desarrollo Barkley (1999), dice que los especialistas deben mostrar en primer lugar que:

- a) Aparece pronto en el desarrollo del niño.
- b) Se distingue claramente entre los niños con el trastorno y los normales.
- c) Es relativamente generalizado u ocurre en diferentes situaciones, aunque no necesariamente en todas.
- d) Afecta la habilidad del niño para cumplir con éxito aquello que se le exige para su edad.
- e) Es relativamente persistente a través del tiempo o del desarrollo.
- f) No se debe únicamente a causas sociales o al ambiente.
- g) Está relacionado con irregularidades en el funcionamiento y desarrollo del cerebro.

- h) Está asociado a otros factores biológicos que pueden afectar el funcionamiento o desarrollo del cerebro.

1.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1995), señala que debido a que no existe un límite claro entre los niños que normalmente son activos y aquellos que podrían considerarse hiperactivos, de la misma manera que no existe un límite claro que diferencie aquellos niños que se distraen con frecuencia y aquellos que presentan un déficit de atención, por esta razón se establece que para efectuar el diagnóstico diferencial es necesario tomar en cuenta las seis etapas básicas para evaluar los síntomas y llegar a establecer un diagnóstico de cualquier trastorno mental, los cuales se presentan a continuación:

1. Descartar una etiología relacionada con sustancias. Esta etapa consiste en recoger una historia cuidadosa y probablemente realizar un examen físico y/o pruebas de laboratorio para descubrir si ha habido consumo de alguna sustancia.
2. Descartar una etiología relacionada con una enfermedad médica. Se debe hacer una evaluación de si hay un trastorno psiquiátrico, o enfermedad médica ya que en muchas ocasiones los síntomas psiquiátricos pueden provocar síntomas como la depresión, ansiedad.
3. Determinar el trastorno primario específico que se manifiesta. Después de descartar etiologías relacionadas con el uso de sustancias o con una enfermedad médica se debe determinar que trastorno mental primario describe mejor los síntomas que se manifiestan; debe diferenciarse entre trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, de la personalidad, cambio de personalidad debido a enfermedades médicas.
4. Diferenciar un trastorno adaptativo de un trastorno no especificado. El diagnóstico del Trastorno adaptativo se establece cuando los síntomas son la respuesta desadaptativa a un psicosocial estresante identificable. Cuando no hay un estresante responsable se establece el diagnóstico de la categoría no especificado; por ejemplo, síntomas depresivos graves que no cumplen los criterios para ser considerado un Trastorno del estado de ánimo específico.

5. Establecer el límite con la ausencia de trastorno mental. Para decidir si existe un trastorno mental, es necesario que los síntomas causen problemas clínicamente significativos. “La alteración causa un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo”.
6. Descartar un trastorno ficticio o simulación. Cuando un paciente finge los síntomas para conseguir un objetivo externo se considera simulación. Cuando se asume el rol de enfermo el diagnóstico es un trastorno ficticio; se debe descartar si el sujeto está fingiendo o dice la verdad.

Los parámetros a tomar en cuenta para realizar el diagnóstico diferencial al niño con TDA/TDAH de acuerdo con lo establecido en el DSM-IV son los siguientes:

- 1) Comportamientos propios de la edad en niños activos. Al hacer el diagnóstico del TDA/TDAH debe diferenciarse de niños que son inquietos y activos, ya que estos niños tienen una actividad elevada pero dirigida a metas específicas, en cambio el exceso de actividad en niños con el trastorno es desorganizado y no propositivo.
- 2) Retraso mental. Cuando hay un retraso mental, se establece un diagnóstico adicional de trastorno por déficit de atención con hiperactividad sólo si los síntomas de desatención o hiperactividad son excesivos para la edad mental del niño.
- 3) Comportamiento negativista. Algunos niños con TDAH presentan secundariamente actitudes negativistas para realizar tareas escolares o laborales.
- 4) El déficit de atención con hiperactividad debe diferenciarse de los siguientes trastornos: trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno de la personalidad, cambio de personalidad debido a una enfermedad médica o de los trastornos relacionados al uso de sustancias. Cuando existe un trastorno del estado de ánimo o un trastorno de ansiedad con un trastorno por déficit de atención con hiperactividad, debe diagnosticarse cada uno de ellos.

1.7. EL TDA/TDAH Y OTROS TRASTORNOS COMÓRBIDOS ASOCIADOS

Se ha estimado que los problemas específicos de aprendizaje son causados por una dificultad en el sistema nervioso que afecta la captación, elaboración o comunicación de información (como ya se vió en el apartado de diagnóstico). Algunos niños con problemas específicos son disléxicos, hiperactivos y/o distraídos con periodos de atención cortos (lo que se conoce como Trastorno por Déficit de Atención).

Los síntomas que acompañan al TDA/TDAH, muchas veces se confunden o se presentan con otros trastornos neurológicos, biológicos y conductuales. Casi la mitad de los niños con TDAH especialmente los varones tienden a padecer lo que se conoce como trastorno opositor desafiante, que se caracteriza por un comportamiento hostil y desafiante; el trastorno de conducta, que es caracterizado por agresión hacia personas, animales, destrucción de propiedad, engaño, hurto y serias situaciones en las que se rompen reglas de conducta (García y Magaz, 2000).

Además de los trastornos mencionados, Mendoza (2003) señala que también hay problemas pedagógicos asociados que se pueden presentar en los niños con TDA/TDAH, dentro de los cuales se encuentran la Dislexia (incapacidad para leer), Disgrafía (incapacidad para escribir), Discalculia (inhabilidad para manejar números y realizar cálculos); pobre coordinación motora, etc. dichos problemas pueden deberse a alteraciones preceptuales, visuales, auditivos y espacio temporales.

Tanto el CHADD (2000), Joselevich (2003), Scandar (2003) y Poza (2003), concuerdan en que para hacer un diagnóstico se deben tener en cuenta los problemas asociados con el TDA/TDAH; citan que dentro de las comorbilidades más frecuentes se encuentran:

- a) Las dificultades de aprendizaje cuyo porcentaje se encuentra en un 30 hasta un 50% de los niños que presentan problemas de dislexia o discalculia
- b) Trastorno por ansiedad entre un 20 y 30%, siendo la ansiedad por separación la más común

- c) Problemas de conducta, representan la comorbilidad más frecuente, afectando a un porcentaje que oscila entre un 20-40% de los niños, 45-50% en adolescentes y un 20-25% en adultos, siendo la manifestación más común el trastorno oposicionista desafiante
- d) Depresión afecta a un 10-30% de los niños
- e) Un 20% puede presentar trastorno bipolar
- f) Tics y Síndrome de la Tourette sólo se da en un 7% en personas que tienen TDA/TDAH y tics y en un 60% son los que tienen el síndrome de la Tourette que llegan a presentar TDAH pero no al revés.
- g) Y entre un 15% presentan trastorno obsesivo-compulsivo y un 20% llegan a tener problemas de coordinación motora.

Los trastornos mencionados corresponden a las siguientes descripciones:

Trastorno de Conducta: es un patrón de comportamiento persistente en el que se violan los derechos de los otros o importantes reglas sociales; los niños y adolescentes con este trastorno suelen ser agresivos, prepotentes, delincuentes, tienen el doble de probabilidad de tener dificultades en la lectura, que los niños con el TDAH.

Trastorno oposicionista desafiante: esta característica presenta rasgos distintivos básicos como la “desobediencia y el oposicionismo”, estos niños comienzan a manifestar desde temprana edad pérdida del control, culpan a otros, molestan a otros, son rencorosos y vengativos.

Trastorno de conducta /trastorno oposicionista desafiante y TDAH: cuando estos trastornos están asociados con el TDAH se podrá distinguir en los niños una tipología con predominio de hiperactividad-impulsividad o una tipología combinada. Si estos niños no son atendidos de manera eficaz es probable que cuando lleguen a la adolescencia o adultez presenten porcentajes más elevados de conductas antisociales, problemas con la ley y abuso de drogas y alcohol.

Trastorno del estado de ánimo: algunos niños, además de ser hiperactivos, impulsivos o inatentos, también pueden presentar estado de ánimo negativo, lo cual se caracteriza porque lloran fácilmente, de forma inesperada y sin ninguna razón, están irritables frecuentemente, su estado de ánimo es triste y deprimido, o presentan un estado de ánimo elevado o irritable; estos síntomas ocurren con el TDA/TDAH con más frecuencia de lo que se podría esperar. Tanto los factores ambientales como los genéticos pueden contribuir a que se presenten estos síntomas.

Trastorno Bipolar: en esta condición los periodos de un estado de ánimo anormalmente elevado se manifiestan en contraste con episodios de depresión. Los adultos con manía pueden tener episodios prolongados de estar absolutamente felices, con este estado de ánimo expansivo, ellos también pueden hablar de manera incesante y rápida. En la gente más joven los estados de ánimo cambian rápidamente, sin razón aparente, como estar persistentemente irritables, exhibir agresividad, y en ocasiones, escuchan voces o ven cosas que el resto de las personas no escuchan o ven. La combinación con el TDAH y la manía a menudo conducen a dificultades severas en el funcionamiento, también presentan un aumento desproporcionado en la autoestima, exceso de movimiento, una incapacidad inagotable de hacer, aunque no necesariamente bien orientada, exceso de verbalizaciones.

Trastorno de ansiedad: se caracteriza por preocupaciones excesivas y aprehensivas que abarcan diferentes situaciones, pueden sentirse nerviosos, estresados, cansados, tensos y tener problemas para alcanzar el descanso durante el sueño. Los estudiantes con TDA acompañado con ansiedad tienen menos probabilidad de manifestarse como hiperactivos y perturbadores, pero en su lugar parecen más lentos o ineficientes.

Trastornos fóbicos: se caracterizan por miedo irracional a algo, fuerte impulso para evitar situaciones, lugares o momentos en que ese “algo” puede hacer su aparición.

Trastorno obsesivo compulsivo (TOC): este trastorno no tiene una comorbilidad muy alta con el TDA; pero cuando aparece, frecuentemente acompañado por trastornos ansiosos, este trastorno se caracteriza por el hecho de que el sujeto experimenta obsesiones y compulsiones. Las obsesiones son ideas, pensamientos o imágenes persistentes en el individuo que considera intrusas e inapropiadas y que le provocan ansiedad de malestar significativa.

Las obsesiones más frecuentes son temor a contaminarse o a enfermarse, dudas repetitivas, preocupación excesiva por el orden e impulsos de carácter agresivo.

Trastorno de estrés post traumático: aquí la angustia es posterior a la exposición a una situación peligrosa y/o angustiante en extremo; al no poder enfrentarla, el psiquismo del niño responde con síntomas de ansiedad, inquietud, problemas atencionales y cognitivos, disociación, pérdida de interés por temas que antes lo apasionaban, etc.

Inhabilidades específicas en el aprendizaje: los individuos con TDA/TDAH frecuentemente tienen dificultades para aprender en la escuela. Las personas con alguna inhabilidad pueden tener un problema específico en la lectura y el cálculo, pero no son menos inteligentes que sus compañeros de la misma edad.

Otro trastorno que se encuentra asociado al TDA/TDAH, es el síndrome de Gilles de la Tourette, el cual es caracterizado por la presencia de tics motores y fónicos que aparecen en la infancia o adolescencia temprana. Los tics tienen una base biológica-genética; es decir, existe una predisposición hereditaria a padecerlos, estos tics pueden ser producto de conflictos emocionales, de dificultades en el rol paterno o de “inmadurez emocional”. Estos tics son transitorios pues desaparecen gradualmente después de uno o dos años. En cuanto al síndrome de la Tourette es mucho más raro, pero constituye un trastorno de tics más severo, en el cual los pacientes pueden hacer vocalizaciones y movimientos de los ojos de forma repetitiva, casi diariamente; frecuentemente este trastorno se asocia a obsesiones, compulsiones y dificultades atencionales.

En un estudio realizado por Biederman y Newcom en la Universidad de Psicofarmacología Pediátrica del Hospital General de Massachusetts, en Boston (1991), sobre la comorbilidad de otros diagnósticos psiquiátricos asociados con el TDA/TDAH, encontraron que existe una correlación significativa con trastornos de conducta (TC), trastorno oposicionista desafiante (TOD), depresión, ansiedad, dificultades de aprendizaje y otras condiciones como el retardo mental, el síndrome de la Tourette y el trastorno de la personalidad de tipo fronterizo.

Este hecho viene a confirmar la alta incidencia que tiene el TDA/TDAH con otros trastornos, los cuales pueden ocultar los signos del síndrome, lo cual puede obstaculizar que se realice el diagnóstico; por eso se hace fundamental que se haga un diagnóstico independiente

de cada trastorno para evaluar cual es el más representativo y así evitar cualquier problema posterior. Mulas y Morant (2000), señalan que de acuerdo a diversos estudios realizados en niños con TDA/TDAH se descubrió que estos continúan presentando síntomas del trastorno en etapas posteriores y que debido a ello, existe la posibilidad de que se asocien también a una elevada prevalencia de trastornos de personalidad antisocial y abuso de sustancias como la marihuana; consideran de gran importancia tratar y ayudar a estos niños para impedir que sus vidas se vean afectadas de por vida.

1.8. EVOLUCIÓN DEL TDA/TDAH A LO LARGO DEL CICLO VITAL

En la actualidad y gracias a los múltiples estudios que se han realizado sobre el TDA/TDAH, se han llegado a conocer mejor los orígenes y sobre todo los efectos que provoca este trastorno a lo largo del ciclo vital del sujeto.

Para analizar las diferentes etapas de la vida de un sujeto, se dividieron de la siguiente manera:

De los 0 a los 3 años.

Los antecedentes de muchos niños hiperactivos revelan complicaciones durante el periodo de gestación o durante el parto, aunque estas dificultades no son una constante en todos los niños hiperactivos, si pueden considerarse un factor de riesgo (Ávila y Polaino-Lorente, 2002), ya que según estos autores en el periodo neonatal y la primera infancia, estos niños presentan dificultades para dormir, comer, son inquietos e irritables y en la práctica resulta imposible controlarles.

Otras características que muestran estos niños durante los primeros años de vida son conductas impulsivas y agresivas, en estos accesos de ira, que no son un mero berrinche reaccionan con violencia “psíquica” y física inesperada para un niño tan pequeño; tardan mucho tiempo en calmarse, quedando muchas veces agotados y dormidos en brazos de sus padres (Nani, 2002).

Por otro lado, Oates (2000), dice que alrededor de un 50% de las madres de estos niños comentan que su hijo durante el embarazo se movía mucho; otros padres aseguran que desde que el niño comenzó a caminar no se quedaba quieto. La mayoría de los padres concuerdan en que el niño cambió su ritmo entre los dos años y medio y los tres años.

De los 4 a los 6 años.

Al entrar al nivel preescolar, surgen preocupaciones adicionales provocados por problemas de conducta en el salón de clase, desobediencia, reto a la autoridad, mentira y bajo rendimiento académico. Las dificultades en sus relaciones continúan y el niño es aún más difícil de tratar en situaciones fuera del hogar (Solloa, 1999).

Otra área que se ve afectada en estos niños durante su desarrollo es la torpeza que presentan durante el juego y los deportes, ya que como señalan Ávila y Polaino-Lorente (2002), estos niños tienden a apartarse con los juguetes que son para ellos novedosos, los manipulan de forma impulsiva hasta dejarlos en la mayoría de las ocasiones para “tirarlos a la basura”.

De los 7 a los 12 años.

En estos años el niño no es capaz de seguir la disciplina impuesta en la escuela, tiene más problemas para el aprendizaje que sus compañeros y es probable que empiece a presentar síntomas depresivos como consecuencia de su fracaso para adaptarse a las demandas tanto de sus padres, maestros y compañeros.

Entre los siete y los diez años de edad, al menos un 30-50% de estos niños, probablemente desarrollarán síntomas de trastorno disocial y conductas antisociales como mentiras, pequeños robos y resistencia a la autoridad. Son una minoría los niños que llegan a la preadolescencia sin desarrollar otros trastornos psiquiátricos, dificultades académicas o sociales y, posiblemente serán los que obtengan mejores resultados en la adolescencia, aunque seguirán presentando problemas principalmente en el rendimiento académico a largo plazo. (Barkley, 1999).

En general, Rosan (2003), comenta que las manifestaciones que presentan los niños con TDA/TDAH durante la infancia son:

1. Deficiencia atencional: “niño distraído”.
2. Hiperquinesia: “niño inquieto”.
3. Impulsividad: “niño impredecible”.
4. Torpeza psicomotora más o menos evidente.
5. Bajo rendimiento en el proceso de aprendizaje.
6. Incumplimiento de las normas establecidas.
7. Agresividad.
8. Retracción y rechazo social: “niño aislado”:
9. Tics motores simples.
10. Enuresis
11. Trastornos del sueño: insomnio de conciliación, sueño intermitente, pesadillas.

Debido a estas alteraciones las complicaciones que se generan en el niño pueden ser sentimientos de frustración, baja autoestima y conductas inadaptadas; pero además en el niño se observan dificultades en el desarrollo de la lectoescritura, retardo en la adquisición del lenguaje, bajo rendimiento general en el aprendizaje y torpeza en la ejecución de actos simples. De igual manera, las consecuencias que con mayor frecuencia vivencian estos niños son: sentimientos de inutilidad (“soy un inútil”, “no sirvo para nada”); sentimientos de ser un niño distinto (“no soy como los demás”); frustración arraigada (“todo me sale mal”); percepción de rechazo social (“mis compañeros no quieren estar conmigo”) y baja autoestima.

De acuerdo con las etapas que caracterizan a la infancia Barkley (1999), nos presenta una secuencia hipotética cuya finalidad es ilustrar como se van adquiriendo las habilidades mentales y pone de manifiesto que no se adquieren todas a la vez, cada uno de estos procesos mentales se desarrollan en una edad diferente, tiene la esperanza de que en los estudios futuros que se realicen se pueda demostrar que los niños con TDA/TDAH desarrollan de forma tardía estas habilidades y que son menos eficaces que los niños de la misma edad sin el trastorno y que seguramente se podrá saber si la poca capacidad que tienen para inhibir sus conductas en un tiempo suficiente es lo que provoca que estos procesos no se desarrollen y por eso tienen tantos problemas durante su desarrollo.

A continuación se presenta la posible secuencia del desarrollo de la inhibición y el autocontrol (tomada de Barkley, op. cit.)

Año de Aparición	Habilidades Mentales
1 año	Inhibición y retraso de las respuestas Prolongación de la imagen mental de un acontecimiento Desarrollo de la autoconciencia Desarrollo de un sentido del pasado (recuerdo) Desarrollo de un sentido del tiempo Desarrollo de la imaginación Desarrollo de un sentido del futuro (previsión) Intercambio de mensajes con los demás sobre el futuro
2-4 años	Inhibición de la emociones Separación de los sentimientos y los acontecimientos Desarrollo de la perspectiva social Desarrollo de la objetividad Regulación de las emociones para alcanzar metas Motivación para conseguir metas
3-5 años	Internalización del lenguaje Seguimiento de reglas dadas por otros Seguimiento de reglas formuladas por uno mismo Creación de reglas propias Intercambio de reglas con otros Disminución del control de la conducta por los acontecimientos del momento Control creciente de la conducta a partir del futuro Organización de la conducta hacia el futuro
7-12 años	Separación en nuestra mente, de las cosas en sus componentes Reunión de las partes en nuevas ideas Desarrollo de la creatividad

Adolescencia

Hoy se sabe que tanto la intensidad como la duración de los síntomas tempranos de inatención, hiperactividad e impulsividad determinan la presencia del TDA/TDAH durante la adolescencia y la adultez.

Durante la adolescencia los jóvenes con TDA/TDAH frecuentemente presentan un retraso de dos a cuatro años en el desarrollo, lo cual los hace parecer menos maduros y responsables que los jóvenes de su edad. Asimismo, junto con este trastorno coexisten otras condiciones como depresión, ansiedad o problemas específicos de aprendizaje (CHADD, 2003). A este respecto Barkley (1999), indica que entre un 25 a un 35% de los adolescentes con TDA/TDAH presentarán conductas antisociales o trastorno disocial, un 30% puede llegar a tener problemas en el abuso de sustancias como el alcohol o la marihuana y más de un 50% habrán repetido algún grado escolar.

La adolescencia forma naturalmente un periodo de novedades, de búsqueda de identidad, de transformaciones biológicas, problemas propios de la adolescencia como rebeldía, malestar personal, inestabilidad emocional, confusión general que se acentúan en el adolescente hiperactivo, la sensación de fracaso se generaliza y la autoestima se hace cada vez más negativa. Los jóvenes con TDA/TDAH corren el riesgo de abusar de experiencias sexuales debido a que aun no tienen la madurez suficiente para comprender e integrar en su vida el desarrollo sexual y el papel que la sexualidad juega en la vida de una persona (Ávila y Polaino-Lorente, 2002).

En este periodo según Rosan (2003), sólo un 20% de los niños con TDA/TDAH llegan a la adolescencia con una “acentuada declinación sintomática”, otro 20% alcanzan esta etapa con signos más o menos evidentes de mejoría, mientras que el 60% restante continúan sin ningún cambio. Al mismo tiempo señala que es común que los adolescentes presenten problemas de conducta, su rendimiento escolar es bajo, pobre adaptación social, tienen problemas para relacionarse con el sexo opuesto, presentan falta de interés en los deportes, torpeza, impaciencia, transgreden normas, tienen falta de confianza en sí mismos, prevalecen en ellos conductas antisociales, hay conflictos con los padres, hay comportamientos negativos entre madre e hijo, etc.

Por otro lado, estos chicos presentan problemas de motivación hacia la escuela y esta es una de las razones por las que se da el abandono escolar entre la población con TDA/TDAH.

Adulthood.

Hace algunos años se consideraba que el TDA/TDAH era un trastorno exclusivo de la infancia y que era superado en la adolescencia, pero en la actualidad este trastorno se ha reconocido como un factor que persiste en la edad adulta.

El TDA/TDAH se reconoce por primera vez en la mitad de los años de 80's en los adultos por los problemas de depresión, ansiedad, abuso de sustancias o el control de impulsos que estos exteriorizaban; este trastorno en los adultos en algunas ocasiones es visto como un trastorno "escondido", debido a que los síntomas se ocultan con frecuencia detrás de los problemas en las relaciones, organización, memoria de trabajo empobrecida, baja autoestima, pobre percepción del tiempo, ansiedad, depresión, cambios en el estado de ánimo, abuso de sustancias, problemas de empleo u otras dificultades psicológicas (CHADD,2003).

En la vida adulta es factible encontrar tres grupos particulares en donde se pueden reagrupar estos adultos:

Grupo A: Caracterizado por individuos que padecieron TDA/TDAH en su infancia o adolescencia.

Grupo B: Compuesto por aquellos que padecieron el síndrome en su niñez/ adolescencia y aún continúan presentando rastros del mismo.

Grupo C: Formado por adultos cuyo trastorno del TDA/TDAH no fue diagnosticado ni tratado (Rosan, 2003).

Sin embargo para este autor, los síntomas característicos en el adulto son debidos a la deficiencia de la atención, lo cual provoca que cometan errores en las tareas que están ejecutando, se caracterizan por ser desordenados, tienen dificultad para organizar el tiempo y/o actividades, tienen escasa o nula habilidad para resolver asuntos de orden habitual, olvidan sus obligaciones, pierden constantemente objetos. La impulsividad en ellos puede pasar inadvertida, presentan irrupciones disfóricas, intolerancia; la hiperquinesia puede hacerse presente en los adultos advirtiéndose un constante movimiento de piernas mientras están sentados, cambian con frecuencia su posición en el asiento, golpean con los dedos sobre una superficie, se tocan repetidamente con las manos distintas partes del cuerpo y caminan incesantemente de un lado a otro cuando tienen que esperar algunos minutos.

Los adultos con TDAH o con una historia de hiperactividad durante su infancia, informan que también presentan problemas para manejar el dinero, para cumplir con los horarios de los niños y para trabajar de manera independiente en su trabajo, lo que hace que asciendan más lentamente en la escala social y profesional.

No es de extrañar que estas personas se encuentren desmoralizadas al llegar a la adolescencia o a la edad adulta temprana, ya que para entonces han llegado a aceptar y adoptar la visión que los demás tienen de ellos, haciéndose tantos reproches por sus errores como lo hacen los demás. La sensación de rendir siempre por debajo de lo esperado y de haberse fallado a sí mismo y a su familia puede ser tan grave en un adulto con TDAH como para requerir un tratamiento psicológico independiente del que necesita para tratar los síntomas del trastorno (Barkley, 1999).

Una posible causa de que se generen tantos problemas puede ser la forma tan alterada que tienen estas personas sobre la percepción del tiempo; respecto a esto Barkley (1999), muestra que las personas con TDAH sienten que el tiempo transcurre más lentamente; esto hace que les parezca que las cosas tardan siempre más de lo que ellos esperan, lo que provoca que se sientan frustrados y esto sin un sentido del futuro, es muy difícil que estas personas retarden la gratificación, lo cual concuerda con lo planteado por Joselevich (2003), cuando señala que "...aunque no exista una cura para este problema, si es posible atenuar exitosamente la aparición de los síntomas y aliviar la conflictiva situación cotidiana, disminuyendo los efectos secundarios negativos" para disminuir en gran medida los múltiples problemas que presentan estos sujetos a lo largo de su vida.

1.9. EFECTOS DEL TDA/TDAH SOBRE EL APRENDIZAJE DEL NIÑO EN LA ESCUELA

La vida puede ser difícil para niños con TDA/TDAH, ellos son los que a menudo tienen problemas en la escuela, por que no pueden terminar sus labores, un juego y pierden amistades. Pueden pasar horas angustiantes cada noche luchando para concentrarse en la tarea y luego olvidarse de llevarla a la escuela, si esto lo extrapolamos a esta sociedad contemporánea, y debido a los múltiples problemas que conlleva este trastorno en la vida del niño podremos percatarnos que ningún hogar puede ofrecer todas las condiciones y recursos necesarios para educar de manera integral a estos niños.

Desde la antigüedad, la escuela ha sido vista como una institución que suple las limitaciones del hogar, por esta razón, las instituciones escolares son el marco de referencia inmediato para los niños; por un lado, la escuela desempeña un importante papel en sus vidas como reguladora del aprendizaje, de las inserciones sociales y de la adquisición de normas y valores; por otro lado, está la familia ya que desde el mismo nacimiento del niño y a lo largo de toda la vida junto con la escuela cumple un rol decisivo a la hora de diseñar formas de vivir, lograr éxitos o sufrir fracasos, de avanzar o desviarse del camino (Benavides, 2003); aparte de que en la escuela se imparten al niño los conocimientos que debe poseer como miembro de un grupo, se le enseñan las habilidades fundamentales en la vida, se le ofrece una seguridad diferente de la que proporcionan los padres en el hogar, y es en la escuela donde aprende a desarrollar un sentido de pertenecer a un grupo, mientras que en el hogar no lo desarrolla del todo.

Si a esto se agrega que las escuelas no identifican y no determinan la mejor manera de enseñar a todos y cada uno de sus alumnos, se observa que existe una crisis debido a que los niños que tienen alguna incapacidad para el aprendizaje (incluido el TDA/TDAH) tienen impedimentos invisibles difíciles de observar y por consiguiente fáciles de pasar por alto (Silver, 1988).

En las escuelas públicas los profesores llegan a tener más de treinta alumnos y seguramente tendrán entre tres o cuatro niños con Necesidades Educativas Especiales en cada curso; por ello es necesario capacitar a los docentes por que desde sus propios planes de formación no se han incluido estas cuestiones para que sean capaces de afrontar estos problemas.

Es claro que en la escuela se requiere cierta flexibilidad en las pautas habituales de enseñanza, porque en nuestro medio es frecuente encontrar un grado variable de resistencia, posiblemente por la falta de asesoramiento y formación docente para encarar los casos especiales de enseñanza como ocurre con el TDA/TDAH (Joselevich, 2003).

Esta resistencia, puede ser debida a la gran cantidad de alumnos que atienden los maestros y por lo cual es imposible dar la atención adecuada a las conductas y desempeño de cada uno de los alumnos; por esta razón también se pierden de vista algunos propósitos escolares, por lo que en la escuela se debería llevar a cabo un proceso de evaluación para seleccionar a los alumnos con el fin de averiguar quienes son los que presentan mayor dificultad de la normal para llevar a cabo su proceso de enseñanza-aprendizaje y por otro lado, conseguir datos que se puedan usar en la preparación de programas individuales, en el caso de aquellos niños que presenten alguna alteración o bien hacer grupos más reducidos para brindar una atención más individualizada y todos tengan la misma oportunidad de éxito.

Con estas medidas, los maestros evitarían bajar calificaciones por mala conducta, castigar, ridiculizar a los niños. Joselevich (2003) considera que las personas vinculadas a niños con TDA/TDAH, es necesario que conozcan la naturaleza de este trastorno y, especialmente tengan en cuenta que estos niños no están en condiciones de auto-controlar ciertas conductas que están más allá de la autorregulación y de las decisiones conscientes. Igualmente estos niños dejarían de ser calificados por sus profesores como “cabezotas” “tontos”, “desobedientes”, “holgazanes” y “descuidados” (Ávila y Polaino-Lorente, 2002). De la misma manera, es preciso que el profesor tenga presente que él no debe dar diagnósticos sobre la conducta de sus alumnos, ya que sus recomendaciones pueden alterar la vida de los mismos y siempre debe tener en cuenta su responsabilidad social.

Por otro lado, cuando el niño con TDA/TDAH ingresa a la educación preescolar, sus conductas comienzan a ser mejor observadas, pero como no son demasiado pronunciadas a las exigencias de autocontrol y de un aprendizaje más dedicado y sostenido, el niño con el trastorno puede pasar inadvertido.

El jardín de niños y el primer grado siempre imponen muchos más obstáculos a este chico. Sus esporádicos e irregulares periodos de atención en la enseñanza de las reglas básicas para decodificar el lenguaje, el deletreo y la aritmética, dan lugar a que aprenda mal y rinda poco en la escuela; no realiza o no termina sus tareas, las efectúa desordenadamente o con muchos errores. Las instrucciones para realizar actividades u otros trabajos no son atendidas, se les entiende mal o se les pasa por alto. Como no progresa en la escuela y obtiene retroalimentación negativa, el pequeño deja de esforzarse, empieza a idear formas de hacer más interesante la aburrida y frustrante rutina académica.

De acuerdo con Rief (1999), en cuanto al trabajo que se debe realizar con los alumnos con TDA/TDAH, es importante que los profesores tengan presentes muchos factores como:

1. Flexibilidad, compromiso y voluntad para trabajar con el alumno en un nivel personal; es decir, dedicar el tiempo, la energía y el esfuerzo adicional requerido para escuchar realmente a los niños, brindarles apoyo y realizar los cambios y acomodaciones necesarios.
2. Entrenamiento y conocimiento sobre el TDA/TDAH. Es esencial que los profesores conozcan la naturaleza fisiológica y biológica del problema. Todo sistema escolar ya sea a nivel primaria o secundaria debe brindar cursos para educar al personal sobre este trastorno, los efectos del mismo sobre el aprendizaje y el funcionamiento de la escuela y las estrategias adecuadas de intervención.
3. Una estrecha comunicación entre el hogar y la escuela.
4. Brindar claridad y encuadre a los alumnos con TDA/TDAH, ya que necesitan un aula estructurada, creativa, sugerente, colorida, activa y estimulante; los niños deben recibir esta estructura a través de la comunicación, las expectativas, las reglas, las consecuencias y el seguimiento claramente estructurado.
5. Estrategias de enseñanza creativas, interactivas e interesantes, que mantengan la participación y la interacción de estos niños con sus compañeros.

También se podrá potenciar el aprendizaje enseñando a los niños a aprender a relacionarse con los demás, ya que este grupo de sujetos necesita del aprendizaje de habilidades sociales (Russell, Schachar y Taylor, 1991).

Los niños con TDAH de acuerdo con Barkley (1999), tienen menos habilidad para utilizar estrategias complejas de solución de problemas de tipo social o intelectual, además tienen graves problemas para establecer una buena relación con otros niños, la sobreactividad y la impulsividad les causa a estos niños aversión en sus compañeros, especialmente cuando están intentando trabajar o jugar juntos. En otros casos, sus compañeros no soportan la franqueza o brusquedad de sus comentarios, en especial cuando hacen observaciones crueles.

Durante toda su escolarización en la mayoría de estos niños se generará estrés, las dificultades para estar sentados, atender, escuchar, obedecer e inhibir sus conductas impulsivas, cooperar, organizar sus acciones, seguir las instrucciones, jugar bien y relacionarse amigablemente serán evidentes al entrar a la primaria ya que en este nivel se espera un mayor control para mantener la atención en las actividades que solicita el profesor.

El ritmo de trabajo (según Mendoza, 2003), en estos niños es lento, otros intentan terminar rápidamente y ser los primeros sin importar la calidad de su trabajo; cuando realizan trabajos en equipo no escuchan ni respetan las opiniones de sus compañeros. Generalmente realizan movimientos que no son estrictamente necesarios para completar la tarea, tales como mover los pies, las piernas, dar golpecitos a las cosas, balancearse mientras están sentados o cambiar de postura o posición con frecuencia mientras realizan sus tareas. Los más pequeños suelen correr, subirse a diversos lugares y otras actividades motoras gruesas.

Tal vez estas sean algunas de las razones del por qué su rendimiento académico es inferior al esperado de acuerdo a su nivel de inteligencia, lo que también podría explicar el alto porcentaje de reprobación en estos niños (Michaine, 1996).

No todo es malo en los niños con TDA/TDAH, ya que con un buen tratamiento médico, psicológico, pedagógico, estos pequeños pueden mantenerse en un salón de clases regular, y esto puede alcanzarse siempre y cuando el profesor tenga disposición para aplicar los programas de conducta, tenga la formación y experiencia para poder introducir algunas modificaciones en determinadas características en el aula cuando sea necesario.

Hay que recordar que estos niños tienen talentos y habilidades naturales con los que pueden contar para crear buenas vidas y carreras para sí mismos. Cabe señalar que hay muchas personalidades que supuestamente han presentado TDA/TDAH, y dentro de esta lista de personajes se encuentran: Albert Einstein, Galileo Galilei, Thomas Alva Edison, W. Amadeus Mozart, Walt Disney, Leonardo Da Vinci, Abraham Lincoln, Louis Pasteur, Salvador Dalí, etc. (Mendoza, 2003).

El tratamiento del TDAH exige la integración de una serie de medidas en el salón de clases como son (Mendoza, 2003):

Tratamiento pedagógico. El chico con TDA/TDAH debe ser comprendido. No debe ser inculcado por su falta de atención ni por su hiperactividad, que él, por sí mismo, no es capaz de controlar. Debe ser encauzado de forma estrecha, prestándole atención individual, cuidando de que se fije en las cosas, y asegurándonos de que ha comprendido un tema antes de pasar al siguiente. Es frecuente que el chico con TDAH pase desapercibido hasta 5° o 6° de Educación General Básica. Hasta ese curso depende de un solo profesor, el cual puede llegar a conocer bien las características de cada chico y programar a lo largo del día las actividades para que los 2 o 3 chicos con TDAH de su grupo se mantengan activos la mayor parte del tiempo. Pero a partir de 1° o 3° de secundaria la situación se complica debido a la existencia de varios profesores distintos, con tiempos limitados (alrededor de 1 hora) para cada clase, lo cual hace que el chico con TDAH pase las horas sin enterarse, y sin que nadie se entere de que él no se entera. El funcionamiento escolar de un chico con TDAH dependerá de su propio nivel de inteligencia, de si se encuentra o no un tratamiento médico adecuado, de si sus profesores comprenden o no sus dificultades, y de si se ponen o no los medios para corregirlas.

Es necesario capacitar al chico hiperactivo para tener una mejor adaptación escolar e impedir que se vuelva resentido e inseguro. Lo más adecuado es adaptar el ambiente a las necesidades de estos chicos, lo cual impone tener que dar consejos prácticos a los profesores y ayudarlos a aplicar técnicas concretas para tratar a los chicos. La educación de padres y maestros, en lo que son los problemas de los chicos hiperactivos y cómo manejarlos, parece ofrecer la mejor esperanza para capacitar a los niños a sentirse confiados y felices, a pesar de las limitaciones de su temperamento.

Es probable que los chicos hiperactivos precisen atención, no solamente por la hiperactividad, la desatención y los trastornos de aprendizaje, sino también por las desadaptaciones ambientales y las alteraciones de comportamiento.

Existe una gran lista de personas que alcanzaron grandes logros en la vida adulta después de desempeñarse pésimamente en la escuela tal vez debido a que tenían un problema de aprendizaje. Si ponemos dedicación a estos niños y a todos los que tienen alguna Necesidad

Educativa Especial podemos esperar que en las próximas generaciones estos sean reconocidos como artistas, científicos e inventores y la etiqueta que se les ha dado quede en el olvido.

1.10. TRATAMIENTO

La falta de definición científica del TDA/TDAH, unida a las carencias en su detección y atención en el sistema educativo, provoca que muchos estudiantes fracasen en sus estudios sin saber que tienen el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad; por esta razón los expertos insisten en que la mejor forma de atacar el problema es detectarlo pronto para evitar que el niño arrastre un grave retraso en su formación, ya que la primaria es la etapa en donde la mayor parte del conocimiento se adquiere a través de la lectura y si no queremos que este trastorno siga causando grandes sufrimientos tanto a niños y adultos se hace fundamental que desde la infancia sea tratado en diferentes contextos; para ello, se requiere de la intervención de profesionales de distintas disciplinas “como psicólogos, trabajadores sociales, médicos y maestros” (Solloa, 1999).

De los distintos enfoques de intervención que existen se considera que el tratamiento multimodal es el que más beneficios aporta, pero se debe tener en cuenta que no todos los individuos pueden tolerar los medicamentos porque no siempre resultan efectivos, debido a que las características en los niños son únicas y los hacen diferentes; por esta razón es indispensable que antes de realizar cualquier intervención el niño sea valorado por un médico y psicólogo para indagar cual es el tratamiento que se adapta mejor a las necesidades del niño.

Entre las intervenciones más efectivas para tratar el TDA/TDAH se encuentran:

La farmacológica, psicológica.

Farmacológica: los medicamentos más utilizados para tratar el TDA/TDAH son los estimulantes, neurolépticos, ansiolíticos-sedantes, antipsicóticos, anticonvulsivos, tranquilizantes, antidepresivos tricíclicos, antidepresivos no tricíclicos (Dupaul y Costello, 1999; Mulas y Morant, 2000; De la Peña, 2003; Benavides, 2003).

Estimulantes: Potencian la acción de distintos neurotransmisores induciendo la liberación de la neurona presináptica, bloquean su recapturación y/o inhiben la acción de la mono amino-oxidasa. Estimulan el sistema reticular, el sistema límbico, la activación y los procesos de inhibición, incrementan el nivel de actividad o estado de alerta del cerebro, permiten que la atención, la persistencia y el esfuerzo en el trabajo se mantengan.

Neurolépticos: Son antagonistas (bloquean) selectivos de los receptores dopaminérgicos D2 por lo que facilitan la acción de la Dopamina. No provocan sedación, carecen de acción antipsicótica, ni crean dependencia física y psíquica. Se emplea este medicamento en los niños que presentan hiperactividad-impulsividad y el tipo combinado.

Antidepresivos: Este medicamento es un antagonista serotoninérgico. En general, el empleo se realiza cuando fallan el resto de los fármacos o cuando hay trastornos comórbidos de carácter depresivo asociados con el TDAH.

Antidepresivos Tricíclicos: Su mecanismo de acción es principalmente noradrenérgico, con este tipo de tratamiento se mejora la inatención, hiperactividad, autocontrol y la conducta agresiva; se requiere la realización de electroencefalogramas antes y durante la administración del tratamiento.

Ansiolíticos: Se emplean cuando el TDAH se encuentra asociado con problemas de ansiedad y tics.

Antipsicóticos: No están indicados para tratar el TDAH, ya que existen otros tratamientos más efectivos con menos efectos secundarios. Se sabe que ha sido efectivo en el tratamiento de la agresividad en niños con trastornos de conducta.

El objetivo que se persigue con la medicación no sólo es para controlar la conducta del niño sino también para ayudarlo a ajustarse a las necesidades del entorno haciendo más eficaz su trabajo, facilitando un mayor autocontrol, disminuyendo su mal humor e irritabilidad, le va a ayudar a ser menos caprichoso, va a lograr que tenga más confianza en sí mismo, ya que le permitirá estar más satisfecho al alcanzar las expectativas que él mismo se propone realizar (Ávila y Polaino-Lorente, 2002).

Con respecto al uso de los fármacos para tratar el trastorno, García (1998), recomienda tomar en consideración los siguientes puntos:

- Debe evitarse la medicación a menos que el niño lo requiera
- Debe ser prescrito por un médico experto
- La prescripción y dosificación debe ser individualizada
- El médico debe supervisar constantemente la administración del medicamento para evitar o disminuir los posibles efectos colaterales que pueden llegar a presentar los niños.

Por otro lado, es necesario aclarar que el medicamento, cualquiera que este sea no “curará” el TDA/TDAH, pues este trastorno no se cura, ni desaparece a lo largo del tiempo; pero sin embargo el medicamento si ayudará al niño, adolescente y adulto a disminuir sus síntomas proveyéndole tranquilidad y control sobre sus conductas disruptivas.

Otros tratamientos que se han llegado a utilizar para tratar el TDA/TDAH y que aún no cuentan con una evidencia científica de los posibles beneficios son:

Intervenciones en la dieta: Se sustenta en que hay muchos niños que son sensibles a los salicilatos, los colores, sabores y conservadores artificiales que se encuentran en algunos alimentos o bebidas; se cree que si se eliminan estas sustancias de la dieta del niño se podrían mejorar los problemas de aprendizaje, de conducta y el TDAH. Se ha reportado que la mayor parte de los estudios realizados no apoyan esta hipótesis.

Suplementos alimenticios: Aquí se asume que algo falta en la dieta en una cantidad óptima y debe añadirse, pero el tratamiento con suplementos de megavitaminas, zinc, magnesio, aminoácidos, ácidos grasos, suplemento gluconutricional y suplementos botánicos, no han mostrado evidencia de que puedan disminuir los síntomas del TDAH.

Entrenamiento de integración sensorial: Es una intervención en la que Kranowitz (1998) (citado por CHADD, 2003) señala que se administran movimientos estructurados y constantes al cerebro y que es a través de esta terapia que el cerebro aprende a reaccionar mejor y a integrar los varios mensajes sensoriales que está recibiendo.

Medicación contra mareos: Se plantea que hay una relación entre el TDAH y los problemas en el oído interno, el cual juega un rol principal en el balance y la coordinación. Los defensores de este acercamiento recomiendan un conjunto de medicamentos contra el mareo.

Quiropráctica: Algunos quiroprácticos opinan que la quiropráctica tiene base en la creencia de que los problemas espinales son la causa de los problemas de salud y que las manipulaciones espinales (ajustes) pueden restablecer y mantener la salud; mientras que otros quiroprácticos creen que el cráneo es una extensión de la espina dorsal y defienden un método llamado “Kinesiología o técnica de organización neural”. La premisa es que las dificultades de aprendizaje están causadas por un desalineamiento de dos huesos específicos en el cráneo, lo cual crea una presión desigual en diferentes áreas del cerebro, llevando a un mal funcionamiento del cerebro. El tratamiento consiste en restaurar los huesos craneales a su posición apropiada a través de manipulaciones corporales específicas. Esta teoría queda descartada ya que los textos médicos afirman que los huesos craneales no se mueven (CHADD, 2003).

Además de los tratamientos expuestos García y Magaz (2000), agregan otras intervenciones que han causado polémica ya que muchas de ellas suenan razonables, pero aun no cuentan con un reconocimiento científico sobre su posible validez.

- Biorretracción
- Tratamiento para alergias
- Tratamiento para infección de hongos
- Adiestramiento de ojos
- Anteojos de color especial.
- Neurofeedback

El Neurofeedback, es un tratamiento de condicionamiento operante, en el cual se le enseña al niño con TDAH a aumentar su nivel de excitación en las áreas frontales del cerebro en donde se presentan niveles bajos de excitación. Cuando esto se ha aprendido, se espera que se incremente a largo plazo el desempeño académico, el funcionamiento social y el ajuste de estas áreas dentro de la vida del paciente.

Tratamiento psicológico

De acuerdo con García (1998) y García y Magaz (2000), los tratamientos más representativos que se utilizan para tratar el TDA/TDAH son:

Conductual: Este procedimiento sustenta que la respuesta hiperactiva está controlada por sus consecuencias, este tratamiento consiste en la aplicación de un programa en el cual se apoyan las respuestas incompatibles con la hiperactividad tales como estar quietos, atentos, responder congruentemente, etc., y se extinguen las conductas inadecuadas.

Control medio ambiental: se enfatizan los factores esenciales en un ambiente educacional tanto para niños hiperactivos con lesión cerebral así como hiperactivos por desajustes emocionales, su objetivo es ordenar y estructurar el ambiente en la vida del niño.

Adiestramiento en destrezas sociales: Se enseña al niño a mostrar comportamientos apropiados tales como: esperar turno, compartir juguetes, pedir ayuda y después se le brinda la oportunidad de practicar.

Cognitivo-Conductual: La finalidad de este tratamiento es conseguir que el niño con TDAH sea capaz de alcanzar por sí mismo una total autonomía en la regulación de su comportamiento (autocontrol, adaptación a las normas, etc.), autonomía física (orden, colaboración, hábitos diarios); autonomía cognitiva (capacidad para seleccionar la información relevante de la irrelevante, autoevaluación, autocorrección, selección de las estrategias de actuación más adecuadas de acuerdo a la situación); autonomía emocional. El programa debe contemplar como objetivo fundamental que el niño pase de una dependencia del adulto a una mayor autonomía (Orjales, 2001).

Dentro de este enfoque se encuentran las técnicas cognitivas como las autoinstrucciones que tienen como propósito fundamental el controlar las verbalizaciones internas o externas sobre la conducta abierta (García, 1998) y las autoafirmaciones en donde el niño aprenda a tener conciencia de los procesos mentales (Orjales, 2001).

Debido a la disputa que existe respecto a qué tratamiento es el más benéfico para reducir los síntomas del TDA/TDAH, se considera necesario realizar un tratamiento multidisciplinario para poder ayudar a desarrollar en el niño las habilidades que se hallan disminuidas y en otros casos inexistentes para lograr un máximo restablecimiento en las distintas áreas donde se desenvuelve el niño.

CAPÍTULO 2

LA EDUCACIÓN ESPECIAL EN MÉXICO Y LA FORMACIÓN DOCENTE EN MÉXICO

2.1. ANTECEDENTES

Al hacer un recorrido a lo largo de la historia encontramos que el interés por la educación especial se remonta desde la antigüedad clásica hasta nuestros días (Ortiz, 1993); en la antigüedad los niños que presentaban alguna deficiencia marcada eran abandonados por sus padres.

Durante la edad media, las personas que presentaban alguna discapacidad o alteración conductual eran consideradas como “poseídas por el demonio”; sin embargo, otros creían que esta discapacidad era una gracia o don que la divinidad les había concedido (Cuomo, 1994; García, Escalante, Escandón, Fernández Mustri y Puga, 2000).

Durante este período toda persona con discapacidad era ocultada y condenada a vivir en condiciones deplorables; estas condiciones se modifican ya bien entrada la edad media cuando a estas personas se les brinda asistencia social y posteriormente médica (Cantón, Sánchez y Sevilla, 1997; García y colaboradores, 2000).

En el renacimiento el trato que se le brinda a las personas discapacitadas es más humanitario. En este período el gran avance se observa cuando se considera a los deficientes como personas, pero aún cuando la atención educativa no era para todas las personas discapacitadas ya se daba el primer paso al brindar atención a los deficientes sensoriales y es más adelante cuando se empiezan a atender a los deficientes mentales.

De acuerdo con Fernández (1990), en el siglo XV, Gilabert Jofre se empieza a preocupar por atender a los “deficientes psíquicos”; pero es en el siglo XVI cuando se comienzan a dar las primeras experiencias pedagógicas y educativas. El precursor de ello es Pedro Ponce de León, el cual inicia sus primeros ensayos para la educación de sordomudos por medio de señales.

En el siglo XVII, J. Pablo Bonet continúa con los trabajos de Pedro Ponce al enseñar a hablar a los mudos. Durante el siglo XVIII, Jacobo Rodrigo Pereira trabaja en Francia con los sordos y se erige como promotor de la educación sensorial; crea un alfabeto de signos, después estudia la disposición de los órganos bucales, en cuanto a la pronunciación de las palabras se refiere, y más tarde se dedica a la enseñanza de los sordomudos, logrando un gran avance ya que estos aprendieron a entender la palabra utilizando el tacto.

Al ser reemplazada la palabra y la vista, surge la educación sensorial. Debemos añadir que la idea de sustituir un sentido por otro fue aplicada también a la educación de los ciegos supliendo la vista por el tacto.

En 1784 en París, Valentin Haüy, crea el primer instituto de jóvenes ciegos y proclama que estos son educables. Este autor considera que un sentido puede ser reemplazado por otro, y sustituye la vista por el tacto (Cantón y colaboradores, 1997).

Fernández (1990), señala que Louis Braille crea el sistema de lecto-escritura que lleva su nombre, utilizando los puntos en relieve para educar a los niños ciegos.

Castanedo (1995a; citado por Castanedo, 2001) indica que Itard en 1800 enseñó al niño lobo de Aveyron y después de cinco largos años de trabajo demostró que los deficientes mentales podrían ser educados.

En 1801, la obra del psiquiatra Pinel muestra los conocimientos acumulados en el campo del retraso mental. En este mismo siglo, las aportaciones de Jean Jacques Rousseau, sobre la educación de los deficientes mentales, ejercen una influencia decisiva en los pioneros de la educación especial (Cantón y colaboradores, 1997).

En Alemania, Friedrich Wilhelm August Froebel, crea el instituto Alemán de educación y funda el primer jardín de niños donde introduce el juego y los centros de interés, que han inspirado a todos los países en los programas de educación sensorial y motora aplicados a los niños con deficiencias (Fernández, 1990).

En el siglo XIX, se da un gran avance en la comprensión del retraso mental y en la identificación de formas clínicas asociadas y es en este siglo cuando se sientan las bases de la educación especial con el trabajo conjunto de diversos profesionales e investigadores.

En la segunda mitad del siglo XIX las condiciones de vida de las personas deficientes mejoran bastante debido al trabajo y las aportaciones de otros investigadores como Seguin (citado por Cantón y colaboradores, 1997). La base de su estudio pedagógico es la observación individual del niño. La paciencia y la voluntad fueron factores de su éxito. Este autor es visto como la más alta autoridad de la época en la materia, para quien el “idiotia” es un individuo susceptible de mejora a través de la educación (Cantón y colaboradores, 1997).

Siguiendo el largo proceso por brindar educación a todas las personas con o sin discapacidad, vemos que Seguin (citado por Fernández, 1990), es el que da la pauta para que se dé educación a los niños deficientes mentales en Europa y América, gracias al método fisiológico que él funda en el que se plantea que el valor del juego y la interacción activa con el medio son la base fundamental para la enseñanza. Pero es a finales de este siglo cuando nace una perspectiva con la creación de escuelas para la educación de niños con deficiencias sensoriales y mentales, en las cuales se aplican métodos de educación sensorial y motora, propiciando la adaptación de la persona a una vida normal.

Es en el siglo XX donde se da un despegue en lo que a educación especial se refiere, ya que en este período se crean instituciones especializadas en todo tipo de deficiencias, con atención médica y psicopedagógica, brindándose atención a todos aquellos niños con alguna discapacidad, aquí ya son consideradas las personas discapacitadas como personas educables aunque la actitud de la población aun es de marginar a estos niños (García y colaboradores, 2000).

En la primera mitad del siglo XX, en Italia, María Montessori (citada por Cantón y colaboradores, 1997), percibe la importancia de la educación para los niños deficientes mentales y organiza una escuela ortofrénica para su atención. Plantea la importancia de la espontaneidad, dejando libertad para el juego autoeducativo, basado en la educación de las sensaciones táctiles, cinestésicas y el dibujo libre.

Claparade (citado por Oñativia, 1984), es quien introduce por primera vez en la enseñanza pública las clases especiales para la formación de niños retrasados, y en colaboración con el neurólogo Francois Naville se inicia la primera consulta médico-pedagógica destinada a establecer criterios de admisión y selección para las clases especiales; aquí es importante destacar el surgimiento de los procedimientos para medir la inteligencia; Garanto (1991) citando el trabajo de Binet y Simón señala que gracias a sus aportes se crea la escala para medir la inteligencia, lo cual proporciona las bases para establecer clasificaciones del retraso mental y organizar los grupos de clases especiales. Con este hecho se introduce la psicología en la educación, como nueva ciencia que ofrece grandes aportaciones en la educación de los niños. Iniciándose así la psicopedagogía.

Este mismo autor también señala que Decroly observando a sus pacientes deficientes mentales en el hospital se percató de que el tratamiento que éstos recibían no podía realizarse a través de la medicina sino por medio de la educación. Para lo cual definió este término como el medio ambiente natural: familia, escuela, comunidad, basando su educación en los principios de estimulación corporal, adiestramiento sensorial, aprendizaje globalizado, individualización de la enseñanza, carácter utilitario de la misma y uso del juego en el ejercicio libre.

Durante el siglo XX se dan avances notables tanto en la actitud de la población, en la intervención interdisciplinaria, en el aspecto médico, psicopedagógico y de asistencia social, en general se logra considerar a las personas con alguna discapacidad como personas educables.

Otro aspecto que es sobresaliente en el siglo XX es que a los profesionales de la psicología y de la educación les queda claro que los niños con alguna deficiencia son susceptibles de ser educados y de ser adaptados a la sociedad en que se desenvuelven.

Quedan como recuerdo los tiempos en que las personas con deficiencias sobresalientes eran asesinadas, eran rechazadas u ocultadas, esto sirve de base para señalar que hasta nuestros días se perciben carencias ya que ahora no se les asesina sino que viven el rechazo y segregación de la sociedad, lo cual urge ser modificado para que en realidad se mejoren y satisfagan las necesidades de las personas con discapacidad o necesidades educativas especiales.

2.2. CONCEPCIÓN ACTUAL DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL.

En la actualidad, la educación especial es un concepto mucho más global y dinámico que en otras épocas, deja de dar importancia al trastorno y se centra en la interacción entre los factores procedentes del sujeto y de los procedentes del contexto, especialmente los educativos. Según Nowich (1990), antes preocupaba más la complejidad de los trastornos, mientras que ahora se piensa más en términos del tipo de ayudas educativas que necesita el alumno.

Dejong (citado por Verdugo, 1995), nos proporciona una síntesis de la evolución histórica de las concepciones y mentalidades sobre la discapacidad, en la que identifica tres etapas:

1. Modelo tradicional: Hace referencia a la actitud mantenida de manera tradicional por la sociedad, que asigna un papel de marginación hacia las personas con necesidades educativas especiales (NEE), ubicándolas en un sitio marcado con el denominador común de la dependencia, sometimiento, rechazo y protección.
2. Paradigma de la Rehabilitación: Centra el problema en el individuo, en sus deficiencias y dificultades. Se precisa su rehabilitación mediante la intervención profesional, aunque supera el modelo tradicional se sigue presentando el problema relativo a la marginalidad y dependencia del sujeto ante su proceso de rehabilitación.
3. Paradigma de la autonomía: El núcleo del problema ya no reside en el individuo sino en el entorno, no es la deficiencia y la falta de destreza sino la situación de dependencia ante los demás. Este paradigma nace emparentado con la defensa de los derechos civiles, de colectivos sociales minoritarios o marginales en Norteamérica. Este movimiento hace hincapié en la autodeterminación de las

personas para decidir su propio proceso de rehabilitación y persigue como meta prioritaria la supresión de las barreras físicas y sociales del entorno que nos rodea.

La finalidad que se ha perseguido a lo largo de la historia es lograr que todos los niños que presenten alguna necesidad educativa especial sean reconocidos como parte activa de la sociedad donde se desenvuelven y desarrollan; así como buscar la manera de que estos individuos puedan insertarse en las escuelas básicas para tener las mismas oportunidades de todos los demás miembros de la población, que sean aptos para su integración a la sociedad, alcanzando su plena independencia y autonomía.

Por otro lado, y considerando la importancia de integrar a los niños con necesidades educativas especiales a escuelas regulares, se ve la necesidad de definir este término; Hewet y Fornes (1984; citados por Castanedo, 2001), definen a la educación especial como “una adaptación de los enfoques típicos de enseñanza para acomodarse a las características de aprendizaje de los sujetos excepcionales...el término excepcional hace referencia a “las dificultades de aprendizaje, retraso mental, autismo, trastornos emocionales y de conducta, trastornos de la comunicación, deficiencias auditivas y sordera, deficiencias visuales y ceguera, plurideficiencias y superdotados” (p. 12).

La definición que se considera más completa es la expresada por González (1999), para quien las necesidades educativas especiales son:

“la atención prestada a los niños que presentan una minusvalía física, psíquica o sensorial, que se encuentran en una situación de riesgo social o desventaja de factores sociales, económicos o culturales y que no les permite llevar un ritmo normal en el proceso de enseñanza aprendizaje.....se presenta en sujetos con inteligencia normal, superior o inferior a la normal, con trastornos orgánicos o no, de manifestación temporal, permanente, manifiesta, latente a lo largo de su escolarización....”(p. 44).

En esta idea se hace hincapié que tanto las personas que presentan un nivel de inteligencia bajo, sobredotados o aquellos que han tenido un contexto social, cultural, económico, geográfico desfavorables y una historia escolar no satisfactoria serán sujetos que requirieran de una atención educativa especial; y además señala que para poder entender la diferencia entre una persona normal y una con necesidades educativas especiales es necesario considerar los tres modelos que mayor importancia han tenido en los últimos años; los cuales son:

- Modelo somático-médico: Basado en el concepto de enfermedad que permite explicar y justificar la causa de las Necesidades Educativas Diferentes, pero resulta insuficiente dado que hay NEE que no tienen ninguna base orgánica, por lo que este modelo no puede justificar todas las NEE (González, 1999).
- Modelo psicologista: En esta concepción se recurre al uso de test o pruebas psicométricas para evaluar el C.I. del sujeto, para determinar si se puede adaptar a las normas escolares o requiere de algún apoyo. El inconveniente de este modelo es que no aporta información sobre las interacciones reales del sujeto con su medio.
- Concepción integradora: Aquí se analiza si la necesidad de atención especial se debe a un problema orgánico o se vincula con problemas socioculturales, psicológicos y ambientales.

Para Bautista (1993), el término de educación especial se ha utilizado para designar a un tipo de educación diferente a la ordinaria, de acuerdo a ello señala que el niño diagnosticado con alguna deficiencia, discapacidad o minusvalía era segregado a un centro específico, dado que antes se consideraba que las dificultades del niño estaban sólo dentro de él y por esta razón no podía ser integrado dentro de un aula con el resto de los alumnos considerados como normales.

En este marco conceptual se concibe a la educación especial como un conjunto de recursos personales y materiales que están a disposición del sistema educativo para que este responda adecuadamente a las necesidades de los alumnos de forma permanente.

2.3. NORMALIZACIÓN DE LAS NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES.

Desde hace varias décadas los esfuerzos que se han realizado internacionalmente para obtener una educación no excluyente para los niños que presentan alguna discapacidad, comienzan a concretarse cuando se establece la formulación del concepto de normalización, el cual según Mikkelsen y Nirje (citados por Bautista, 1991. p. 38), consiste en “...que el deficiente mental desarrolle un tipo de vida tan normal como sea posible...” y definen este principio como “la introducción en la vida diaria del subnormal de unas pautas y condiciones lo más parecidas posibles a las consideradas como habituales de la sociedad”.

Por otro lado, Castanedo (2001), señala que los cambios que han dado una nueva perspectiva a la educación especial se dieron a finales de los años sesenta y principios de los ochentas cuando se inicia la escolarización integrada de los alumnos normales y los discapacitados; esta revolución educativa surgió por el movimiento de la normalización, cuyo propósito era integrar a los alumnos “excepcionales” en la escuela regular, con ello se lograría que la educación dejara de ser segregacionista.

De acuerdo a lo anterior, Fernández (1990), define el principio de normalización como la aceptación de las personas discapacitadas, las cuales deben tener acceso a las mismas condiciones de vida que el resto de la población, brindándoles oportunidades para lograr el máximo desarrollo de todas sus potencialidades, pero tomando en cuenta sus diferencias individuales. Mientras que para García y colaboradores (2000), la normalización es posibilitar el desarrollo armónico a los niños con necesidades educativas especiales, proporcionarles los servicios de habilitación o rehabilitación y las ayudas técnicas para que alcancen unas metas esenciales.

Una caracterización más completa es la que plantean Doré, Wagner y Brunet (2002), quienes ven a la normalización como un principio u objetivo a alcanzar, donde la escuela no es la panacea, consideran que la vida social y las etapas de la vida de los individuos son el factor más importante para que las personas con alguna discapacidad tengan acceso a las condiciones y modelos de vida semejantes a los que conocen y dejen de ser vistas como personas desvalorizadas.

Cabe señalar, que el término normalización no significa convertir en normal a una persona discapacitada, sino aceptarla tal como es, reconociéndole que tiene los mismos derechos que los demás y sobretodo brindarle la oportunidad de desarrollarse plenamente a lo largo de su vida. Hay mucho quehacer para lograr que las personas con necesidades educativas especiales logren una total independencia e integración social similar al resto de la población, dado que aun en muchos países no se cuenta con suficientes instituciones y recursos para que se pueda intervenir y dar tratamiento a las personas discapacitadas (Castanedo, 2001).

2.4. CONTEXTO INTERNACIONAL

A nivel internacional, la UNESCO en 1983, propone nuevas orientaciones que implican una serie de modificaciones en los diferentes sistemas educativos.

De acuerdo a lo anterior, tenemos que en la Conferencia Mundial sobre la educación para todos celebrada en Jomtien, Tailandia, se plantea la necesidad de garantizar que las necesidades básicas de aprendizaje de todos los niños sean satisfechas, el mejoramiento de los recursos disponibles para la educación, así como la igualdad de oportunidades en lo concerniente a educación. En el documento final de la conferencia se plantea como objetivo primordial brindar una educación de calidad a los niños con o sin discapacidad a partir, de los recursos con que cuenta cada comunidad o país (UNESCO, 1990).

Bajo esta misma perspectiva se realiza la Declaración de Salamanca, con la cual se busca promover una escuela integradora en donde se brinde educación de calidad a todos los niños y en especial a aquellos con necesidades educativas especiales, los cuales deben ser integrados en la escuela independientemente de sus condiciones físicas, intelectuales, sociales, emocionales, lingüísticas, étnicas o culturales. Con esta propuesta se pretende que todas las personas con alguna discapacidad sean reconocidas para así lograr una igualdad de oportunidades e integración social de estos al insertarlos en las escuelas ordinarias (UNESCO, 1994).

De acuerdo a lo anterior, Sánchez y Torres (1997), señalan que esta declaración busca promover la educación para todos, examinando los cambios fundamentales de la política necesarios para capacitar a las escuelas para atender a los niños, sobre todo a los que tienen necesidades educativas especiales. Al hacer una revisión sobre lo estipulado en estos documentos nos encontramos ante un gran reto, ya que para lograr los propósitos de estas declaraciones se requiere del compromiso político nacional, como de la comunidad para la reasignación de recursos, para fomentar actitudes positivas, participación activa tanto de padres de familia, maestros, personal escolar y del propio alumno para que realmente se puedan satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje que demanda la población.

2.5. ACCIONES EN MÉXICO EN RELACIÓN CON LAS NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES.

México tiene una larga trayectoria en la atención que se ha brindado a alumnos que tienen alguna discapacidad; sin embargo, las primeras acciones educativas llevadas a cabo con personas discapacitadas se remontan al año de 1867, cuando el presidente Benito Juárez expidió el decreto que da origen a la Escuela Nacional de Sordos y en 1870, se crea la Escuela Nacional para Ciegos (Molina, 1997).

En la ciudad de México entre 1918 y 1927 se fundan dos escuelas de orientación en donde reciben niños con problemas sociales y de aprovechamiento escolar. En 1941 es aprobada la reforma de ley expedida por la Cámara de Diputados y Senadores en la que se instituye como promotora a la Escuela Normal de Especialización para formar maestros especialistas en deficientes mentales y otras discapacidades.

Molina (1997), señala que en 1954 se crea la Dirección General de Rehabilitación y en la Normal de Especialización se comienza a impartir la carrera para formar maestros especialistas en la educación de lisiados del aparato neuromotor.

En 1960 y 1961 se da apertura de los servicios educativos especializados creándose cuatro “escuelas primarias de perfeccionamiento, para niños con deficiencia mental” (Cantón y colaboradores, 1997).

En el año de 1970 se le confiere a la educación especial un marco institucional al crearse la Dirección General de Educación Especial. El proyecto de grupos integrados, es precursor de los modelos de integración, dentro del marco del programa educativo del gobierno denominado “primaria para todos los niños”.

Para 1975 se realiza una de las primeras investigaciones sobre el comportamiento de los niños autistas única en su tipo en América Latina (Molina, 1997).

Por otro lado, la educación en México está normada por el artículo tercero constitucional, en donde se señala que todo mexicano tiene derecho a recibir educación. Establece que la educación tenderá a desarrollar todas las facultades del ser humano, lo cual está normado en el artículo 41 de la ley General de Educación, en donde se establece que la educación de los menores que presentan alguna discapacidad debe propiciar su integración en los planteles de educación básica regular; para los que no logren esta integración, se procurará la satisfacción de necesidades básicas de aprendizaje (lectura, escritura, expresión oral, solución de problemas), conocimientos básicos de aprendizaje (conocimientos teóricos y prácticos, valores y actitudes) para la autónoma convivencia social y productiva. Además, esta educación incluye orientación a los padres, tutores, maestros y personal escolar. Esta disposición escolar hace hincapié en el derecho a la igualdad de oportunidades y a una atención dentro del marco de la integración (DEE/SEP, 1994, p. 15).

Se han realizado tantas modificaciones sobre la educación especial en México, que actualmente se ha propuesto la reorientación de los servicios educativos de educación especial, con lo que se pretende que los niños reciban educación en los centros escolares y en la medida de lo posible en ambientes de educación básica regular (DEE/SEP, 1994).

En tal sentido se cuenta con las opciones que ofrecen los Centros de Atención Múltiple (CAM) y las Unidades de Servicio de Apoyo a la Educación Regular (USAER).

Los Centros de Atención Múltiple (CAM) son la instancia que ofrece intervención temprana, educación básica, y capacitación laboral para niños y jóvenes con discapacidad.

El objetivo del CAM es atender a los niños de acuerdo con sus necesidades para que se beneficien del currículum básico. En tal sentido, la educación en estos centros tiende a que los menores alcancen lo antes posible los contenidos académicos del grado escolar que les corresponde de acuerdo a su edad cronológica siguiendo el plan y programas de estudio.

Respecto al USAER, su objetivo primordial es el atender las necesidades de todos los alumnos, maestros, padres de familia y de los integrantes del propio equipo de apoyo. Las necesidades no son exclusivas de los alumnos sino de toda la comunidad educativa, bajo esta premisa se evita que se depositen en los menores todos los problemas, por lo que se plantea que los niños que sean integrados sean vistos de forma integral y no segregados.

2.6. REFERENTES TEÓRICOS SOBRE LA FORMACIÓN DEL DOCENTE EN MÉXICO

La capacitación de los profesores de educación básica en servicio ha sido una acción constante que se ha realizado a lo largo de la historia. Dicha capacitación fue planteada como vía para homogeneizar al gremio de profesores que por las condiciones de su origen es heterogéneo.

Aun cuando se ha ido logrando la uniformidad, los múltiples programas de actualización organizados por la SEP se han venido realizando de una manera irregular, ya que esta actividad ha venido a convertirse en un componente más de las labores que los docentes tienen que asumir.

Los cursos para profesores de educación básica en servicio, tienen varias modalidades, entre ellas están los que ofrece la Dirección General de Capacitación y Mejoramiento Profesional del Magisterio (DGCMPM), donde los profesores acuden por su propia decisión y tienen un valor escalafonario. También existen los cursos ofrecidos por la SEP para obtener la licenciatura en la modalidad abierta, donde los maestros asisten a asesorías los fines de semana y en periodos vacacionales.

Cabe mencionar que estos no son accesibles a la gran mayoría de los maestros del magisterio. Otro tipo de cursos que, dada su organización llegan a involucrar a la totalidad del magisterio, son los que tienen como objetivo poner en contacto a estos con los cambios educativos formulados desde la SEP que consisten en actualizar al docente en métodos, procedimientos y modificaciones administrativas que pretenden introducirse en el sistema escolar. Estos cursos responden a un objetivo preciso el cual debe cubrirse en un corto plazo, lo que depende del contenido del programa que se implemente. Estos se realizan en poco tiempo, son obligatorios en tanto que se imparten durante la jornada laboral, generalmente con suspensión de labores. No tienen valor escalafonario y para su realización se recurre a los maestros ubicados en puestos administrativos (técnicos de la SEP, supervisores de zona y directivos de las escuelas), y se pretende cubrir algunas deficiencias detectadas.

La capacitación de los docentes se vuelve el punto nodal del problema, serán ellos los que a partir de la apropiación de los conocimientos que se les imparten logren modificar y subsanar las carencias en el nivel educativo.

De acuerdo a lo anterior Carr (1987), señala que “los profesores se consideran a sí mismos educadores profesionales... que tienen una forma de pensar independiente y que están dispuestos y son capaces de plantear preguntas no solamente acerca de los problemas técnicos de la educación y sobre los objetivos de un sistema educativo... estas cuestiones han sido suprimidas de los programas de formación del profesorado en los últimos tiempos, pues se supone que los profesores no necesitan la capacidad de pensar, de deliberar, de discutir este tipo de asuntos de un modo serio y sistemático.... la educación se está planteando como una actividad bastante neutral, técnica y administrativa, burocratizada que se preocupa de las

problemáticas generales, morales, sociales y políticas. Naturalmente es un fenómeno reciente y por eso la historia de la educación y, en particular, la historia de la enseñanza son muy importantes” (p 102 y 103).

Otra característica es la nula participación de los docentes en la planeación, ya que no parece relevante considerar sus conocimientos, sus puntos de vista y experiencias susceptibles de ser incorporadas; de acuerdo a lo anterior, se puede decir que los incentivos salariales que da a los maestros el programa de Carrera Magisterial es el medio para que se dé el mejoramiento del desempeño y formación de los maestros en servicio y el mejoramiento de la calidad de los aprendizajes de los niños.

Un problema más es que el contenido sufre múltiples cambios a lo largo de la cadena de transmisión, niegan la correspondencia y dificultad con que partió el diseñador del programa. A estos cambios habría que agregar las diferentes formas en que cada maestro se apropia de los contenidos recibidos y la selección que hace para aplicarlos en su grupo.

Los profesores los interpretan de acuerdo a su experiencia y los adecuan a sus condiciones particulares de trabajo. Por lo cual, la correspondencia entre los planes oficiales y su ejecución en los cursos y en las aulas se diluye para dar formas de organización relacionados con problemáticas regionales, con experiencias profesionales personales y con conocimientos propios.

Si analizamos cada uno de los fines u objetivos que persiguen instituciones educativas que se encargan de la formación docente (anteriormente mencionadas), nos podemos dar cuenta que proporcionan formación teórico-metodológica excluyendo frecuentemente la práctica cotidiana, en donde el profesor puede reflexionar sobre su propia práctica pedagógica y detectar los posibles errores, ya que es allí en donde reside el gran problema.

Por lo cual Carr (1987), ve la importancia de organizar discusiones para analizar la práctica que capacite a los profesores para pensar de una manera seria, sistemática y crítica acerca de sus propias prácticas y de la organización de sus aulas y acerca de cómo funcionan las cosas en la escuela.

Lo anterior, es con la finalidad de dejar de ver al profesor como un simple técnico y verlo como un investigador desde el momento en que se involucra en la búsqueda y perfeccionamiento de los métodos utilizados para garantizar el aprendizaje de sus alumnos tomando en cuenta su experiencia en el salón de clases. Stenhouse (1984) dijo “el enseñar es un arte, por consiguiente al profesor se le debe considerar como un artista” (p. 174).

En el programa para la modernización educativa realizado por el Poder Ejecutivo Federal (1989), se plantea que la práctica docente se basa en métodos tradicionales y poco innovadores, los criterios y mecanismos de evaluación del aprendizaje son cuestionados por reforzar logros mecánicos y verbalistas en lugar de favorecer el desarrollo intelectual del alumno.

En la práctica educativa el trabajo que se efectúa en las aulas se basa en una concepción muy limitada del proceso de enseñanza-aprendizaje, ya que al niño se le esta formando en cuestiones tales como: la disciplina, la memorización, contenidos propuestos en los programas de estudio, etc., sin embargo este nivel educativo debería desarrollar una serie de capacidades, destrezas, habilidades, concepciones y actitudes que resulten determinantes para su vida.

La formación y actualización de los maestros ha merecido mayor atención al poner en marcha diversos programas y estrategias para mejorar la función profesional.

El interés se ha centrado hacia la profesionalización de la carrera magisterial que brinde al docente recursos teórico-prácticos para conducir el proceso de enseñanza-aprendizaje; este programa se establece como un escalafón paralelo al antiguo escalafón con el objetivo de estimular mediante una serie de incentivos salariales, el mejoramiento de la formación y desempeño de los maestros en servicio y, por ende, el mejoramiento de la calidad de los aprendizajes de los niños y jóvenes de educación básica.

Entre los programas y estrategias para el mejoramiento profesional se destaca la oferta educativa de la Universidad Pedagógica Nacional con sus programas de licenciatura y posgrado dirigidos al magisterio y el programa de licenciatura de la Educación Normal; ambos cuentan con una planificación orientada a la formación y actualización de los docentes.

En cuanto al sistema de Educación Normal cuyas políticas de formación se concretan en un modelo curricular que busca revalorizar la práctica profesional, acorde a requerimientos formativos de la educación básica, y la integración de las dimensiones sociales, psicopedagógicas, científicas y culturales; si bien el modelo curricular del egresado presenta elementos tales como la investigación o la integración de líneas curriculares de formación basada en la definición de la práctica profesional; ante esta disyuntiva, no ha existido un seguimiento sistemático de la aplicación y resultados de estos planes y programas de estudio desde su aparición en 1984.

Por otro lado, en 1993 la Dirección General de Educación Normal y Actualización Magisterial (DGENAM), realizó un proceso de evaluación sobre las condiciones de las escuelas normales cuyo propósito fue presentar una propuesta a la SEP como antecedente para la elaboración del proyecto y la elaboración del Modelo de Formación y Actualización de Docentes, en dicho estudio se percataron de que existe una dispersión en planes y programas, una falta de claridad en los programas en cuanto al tipo de profesionales que desea formar, insuficiencia en el componente pedagógico del plan de estudios que no dota al estudiante de todos los elementos prácticos que requiere para su práctica docente. Este plan de estudios resulta teórico y poco eficaz para resolver problemas reales de aprendizaje y enseñanza.

Además se debe tomar en consideración que en la docencia hay profesores que se formaron antes de 1984 los cuales cursaron la normal con secundaria terminada durante tres o cuatro años. Y es a partir de este mismo año cuando se eleva la formación normal, con lo cual se exige el bachillerato como requisito de ingreso y los estudios duraban cuatro años. La diferencia entre los que tienen normal básica y los licenciados en educación es importante en años de formación, lo cual puede ser una limitante.

La propuesta curricular planteada en las Escuelas Normales se concibe como una función que debe articular la teoría con la práctica para propiciar la innovación en la docencia, el modelo de investigación propuesto en los planes de estudio se basa en la idea de la investigación participativa.

2.7. DESARROLLO Y FORMACIÓN PROFESIONAL DEL DOCENTE EN LA ACTUALIDAD.

La formación y el desarrollo profesional de los profesores en servicio de las escuelas de educación básica, atraviesa en la actualidad por una seria crisis, que se ve reflejada en el bajo valor que tiene la imagen del profesor frente a la sociedad, lo cual trae como consecuencia el poco interés de los maestros por inscribirse en las instituciones encargadas de la formación docente para actualizarse, o desarrollarse profesionalmente.

Nuestra sociedad demanda profesionales capacitados, para enfrentar los retos de la modernidad ampliamente, y las escuelas públicas no están coadyuvando a dicho objetivo.

Las soluciones para enfrentar dichos problemas, no son sencillas. Se requiere de iniciativas y programas innovadores para enfrentar dicha situación y consecuentemente una mejor formación de los profesores en servicio.

Si los maestros participan desde sus escuelas, favoreciendo su propio desarrollo profesional, teniendo como punto de partida iniciativa para investigar en el aula, podremos mejorar la educación y paralelamente obtendremos un mejor desarrollo profesional del maestro.

El desarrollo profesional se concentra en la relación entre la teoría y la práctica educativa. De acuerdo a esto, Stenhouse (1987), considera que la investigación y el desarrollo del currículum, como fundamento de la enseñanza parte de tres ejes analíticos de gran importancia.

a) El profesor como investigador (investigación sistemática y autocrítica).

Aquí la investigación y el desarrollo del currículum debe corresponder al profesor, ya que constantemente lo pone en práctica, debe y puede jugar un papel activo en los proyectos de evaluación y desarrollo del currículum. Si la mayoría de los profesores dominan este tipo de investigación, la imagen del profesor cambiaría, así como su trabajo.

En el campo educativo existe una gran dicotomía entre aquellas personas que elaboran el currículum y aquellas que lo ponen en práctica, entre quien propone y el que comprueba la hipótesis o propuestas, cuando debería ser el propio profesor el que lo elabore.

Es necesario que la teoría se desarrolle conjuntamente con la práctica educativa y de esta forma el profesor asuma el papel de investigador, ya que se trata que éste investigue en el aula para comprobar las hipótesis y teorías sobre las dificultades que tienen sus alumnos respecto al aprendizaje y sobre la manera en que llevan a cabo sus labores; de acuerdo a esto cada profesor será considerado como un miembro de la comunidad científica, para lo cual es necesario que tanto profesores y escuelas asuman un papel más autónomo y de responsabilidad, para lograr el desarrollo profesional a través de un proceso de investigación, reflexión y actuación, a través de este tipo de investigación el profesor puede darse cuenta de la diferencia entre lo que sucede y de lo que teóricamente fundamenta determinada situación.

Otro aspecto importante es que el profesor posea capacidad para lograr un autodesarrollo profesional a través de un autoanálisis sistemático de su práctica, para contribuir a la construcción de una teoría educativa más centrada hacia las necesidades que presenta su comunidad escolar. El profesor debe preocuparse por comprender mejor su práctica en el aula, ya que la teoría es simplemente una estructuración sistemática de la comprensión de su labor docente.

Por otro lado, el arte de la enseñanza hace posible que los docentes y los alumnos aprendan a mantener una interacción constante a partir del intercambio de ideas, acción que la mayor parte de las veces, se considera infructuosa debido a que se piensa que los únicos poseedores del conocimiento son los docentes y como se cree que ya lo saben todo, no tienen que aprender. Estas actitudes reducen las posibilidades de éxito de cualquier programa.

b) El currículum como problema básico

La idea fundamental del currículum es alentar al profesor en la investigación, circunstancia que debe llegar a construirse en un programa de desarrollo por medio del cual se amplíe progresivamente la comprensión de su labor y logre perfeccionarla a través de la enseñanza.

El currículum debe ser considerado como una pauta que estructure y guíe a la enseñanza y no como una serie de objetivos a cubrir. Cualquier idea educativa debe ser construida como hipótesis, tiene que ser verificada a través de la práctica misma. Debe aportar también un conocimiento para desarrollar la capacidad crítica o creativa de los profesores, quienes deben criticar la estructura del currículum y a partir de dicha crítica, mejorarlo o ampliarlo por medio de estrategias o incorporando materiales necesarios, evitando considerarlo como una estructura consolidada. También debe ser construido a partir del desarrollo de destrezas y aptitudes para solucionar los problemas de la vida cotidiana sin dejar de lado los aspectos políticos.

Es necesario que la construcción del currículum considere los sentimientos, valores e intereses inmediatos y que brinde la posibilidad de que el profesor perfeccione su práctica y desarrolle en los alumnos la capacidad de comprender las situaciones y los actos humanos contemporáneos.

Visto así, el currículum puede ser considerado como un plan normativo. Sin embargo, hemos de reconocer que la estructura de los contenidos del mismo evolucionan y se perfeccionan permanentemente, por medio del estudio de sus diferencias, lo cual permitirá ir eliminando aquellos aspectos que no responden a los

fines de la educación. Por lo tanto, debe ser construido de manera inteligente, trascendente ya que los profesores están involucrados con seres humanos.

Tiene que ser diseñado tomando como parte fundamental de dicho proceso a los maestros y a los alumnos, quienes tendrán que trabajar de manera responsable y sistemática, a fin de que logren ajustarse a un modelo que estimule la reflexión en torno a las necesidades de la vida social del sujeto.

Debido a que la educación es un proceso complejo y heterogéneo, en donde cada centro escolar posee características o variables contextuales propias, no puede establecerse un currículum general. Cada centro tendría que construir sus propias líneas de acción.

c) La investigación como base de la enseñanza

La investigación como base de la enseñanza comprende o incluye dos aspectos fundamentales: la investigación y el currículum; la primera es entendida por Stenhouse (1987, p. 28 y 195), como “una indagación sistemática y autocrítica. Como indagación se halla basada en la curiosidad, en un deseo de comprender; pero se trata de una curiosidad estable, no fugaz; sistemática en el sentido de hallarse respaldada por una estrategia”. Y el currículum será visto como “una pauta ordenadora de la enseñanza y no un conjunto de materiales”.

La actividad de enseñar es amplia y muchas veces es un problema didáctico, con determinada dificultad técnica, en donde el profesor tiene que establecer o buscar situaciones para trabajar. El problema estriba precisamente en que tiene que diseñar la mejor estrategia que mantenga el interés de los alumnos para trabajar en el salón de clases. Es necesario que el profesor se mire a sí mismo como un investigador de su propia práctica y valore cuánto conoce determinado tema o problemas que identifica en el aula, e investigue acerca de los mismos para tenerlo como punto de partida y saber de qué manera puede enseñar a esos alumnos.

Por otro lado, para Carr y Kemmis (1988), la enseñanza desempeña un papel trascendente en comparación con otras profesiones, debido a que el profesor es considerado como un profesional con escasa autonomía respecto a su saber, debido a que el desarrollo profesional implica investigar, reflexionar, tanto teórica como prácticamente e intervenir en las cuestiones educativas.

Se considera que la enseñanza como profesión debe cumplir con ciertos criterios, para que pueda formar parte de aquellas ocupaciones profesionales, consideradas de mayor importancia. Estas ocupaciones utilizan métodos y procedimientos que se derivan de la investigación y conocimientos teóricos, los cuales están apoyados en técnicas y prácticas elaboradas de forma sistemática.

La actividad de educar es amplia y necesita apoyarse en diversas técnicas en contraste con otras profesiones. En nuestro caso el profesor tiene que satisfacer los intereses tanto de los alumnos, como de los padres, la comunidad y la administración escolar, quienes se legitiman ante el profesor como clientes que reciben un servicio.

En comparación con otras profesiones, la actividad de educar posee cierta importancia; las actitudes y prácticas de los docentes pueden tener como fundamento elementos teóricos y de investigación curricular. Los profesores formulan juicios autónomos al desarrollar su actividad cotidiana. Una de sus limitaciones, es que tienen poca autonomía para realizarse como profesionales de la educación, debido a que su labor se desarrolla en el marco de un contexto organizacional, el cual ejerce control y no les permite actuar libremente siguiendo sus criterios.

Los profesionales de la educación se desarrollan dentro de estructuras organizadas jerárquicamente, las cuales les impiden avanzar profesionalmente, haciendo de su participación en la toma de decisiones una actividad mínima, casi nula; lo mismo sucede respecto a la implicación en la política educativa. Basándose en todo esto se llega a la conclusión de que si queremos que el profesor se desenvuelva ampliamente es necesario que desarrolle su autonomía profesional, dejándolo que participe en la toma de decisiones tanto en el plano individual como colectivo.

Para poder actuar y responder de acuerdo a los intereses de sus clientes, es necesario que tengan la libertad de formar juicios autónomos y que éstos estén exentos de limitaciones y controles externos completamente ajenos a este mundo profesional.

Para ello, Carr (1987), sostiene que para que exista un cambio es necesario que el profesor se desarrolle profesionalmente, bajo la perspectiva crítica, la cual adopta dos formas fundamentales:

- a) El trabajo con grupos de profesores, apoyándose en el currículum y políticas curriculares, como en el trabajo de John Smith, quien elaboró un programa de matemáticas para grupos homogéneos en donde los alumnos progresaban más eficazmente que aquellos grupos heterogéneos.
- b) La organización de seminarios o conferencias con profesores orientados a proporcionar una crítica sistemática de las reformas curriculares a partir de sus experiencias.

La investigación curricular constituye una indagación reflexiva y deliberante con base en una responsabilidad moral y efectiva que sea capaz de formular juicios básicos en función de valores e ideas perfectamente establecidos.

Por lo tanto la investigación dentro de la corriente crítica no debe limitarse a la formulación de un juicio práctico, sino también debe comprender interpretaciones teóricas, que sirvan para el análisis de las decisiones y prácticas, para lo cual es necesario que exista una retroalimentación entre teoría y práctica.

La investigación curricular tiene interés teórico-metodológico para el campo de la indagación, puede responder diferentes vertientes a partir de las cuales se alinean algunos estudios curriculares como son:

- a) Niveles de estudio desde la macro perspectiva a la micro perspectiva.
- b) Diferentes perspectivas sobre situaciones educacionales (sistemas, programas, encuentros humanos o momentos históricos).

c) Puntos de vista sobre eventos educativos como objeto de estudio.

d) El énfasis de la educación como proceso humano y social.

Muchos teóricos progresistas y reconstruccionistas del currículum y las culturas, consideran que la educación juega un papel muy importante en la reconfiguración de la sociedad.

En el plano de la macro perspectiva y micro perspectiva a nivel escuela, la corriente humanista pone énfasis en que la educación debe ser un encuentro humano en el que se deben estudiar las cuestiones relativas a planteamientos existencialistas, fenomenológicos con temas como: la autoestima, el concepto de sí mismo, la motivación para aprender, los problemas de aprendizaje, etc.

Así como también se considera a la educación como un artículo o inversión y las escuelas como sistemas de aprovisionamiento, las cuales deben poner el artículo a disposición de los clientes. Por lo tanto, los temas curriculares se presentan como una forma de organizar la transmisión de contenidos y destrezas de forma lineal; un maestro poseedor del conocimiento será capaz de ayudar y tratar de forma adecuada a todos y cada uno de los alumnos con o sin ninguna dificultad en el aprendizaje.

Debido a que estamos viviendo en una sociedad técnica, en donde se contempla a los conocimientos como artículo y cuyos diplomas sirven para comprar oportunidades de poder y de posición social, dentro de la estructura social, el planteamiento sistemático resulta muy atractivo; el cual se entiende como “una indagación sistemática y autocrítica. Como indagación se halla basada en la curiosidad en un deseo de comprender; pero se trata de una curiosidad estable y no fugaz; sistemática en el sentido de hallarse respaldada por una estrategia (Stenhouse, op.cit.).

El planteamiento sistemático de la educación, avalado por el concepto del conocimiento, como una cantidad transmisible para la utilización social, considera al currículum como un programa para facilitar determinados conocimientos, informaciones y destrezas que sólo controlan el progreso del estudiante.

CAPÍTULO 3

ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL APLICADO AL TDA/TDAH

3.1. ANTECEDENTES

Desde un enfoque diferente a la Psicología educativa y evolutiva, la perspectiva clínica cognitivo conductual desarrollada a principios de los años setenta empieza a dar importancia al uso de estrategias cognitivas mediacionales para explicar problemas de conducta y de rendimiento. Es a lo largo de los años ochenta cuando el modelo conductual reconoce que las variables cognitivas son mediadoras importantes en cualquier cambio de conducta; se empieza a dar importancia al desarrollo de las autoinstrucciones como procedimiento para el tratamiento de la hiperactividad e impulsividad infantil, ideado por Meichenbaum a principios de los setenta (Meichenbaum y Goodman, 1971) quien toma como referencia la teoría de Vigotsky (1962) sobre las relaciones entre el pensamiento y el lenguaje, destacando el papel del lenguaje en el desarrollo mental y su función de mediador o regulador de la conducta; se explica que los niños en el curso de su desarrollo, aprenden a controlar su conducta utilizando verbalizaciones autodirigidas. Según esta teoría, el niño se socializa y gana autocontrol respondiendo a las instrucciones de otros y después de una forma abreviada usa “autoinstrucciones” para guiar y controlar su propia conducta.

De acuerdo a lo anterior, Meichenbaum y Goodman, (1971), con base en el trabajo realizado por Luria (1980) y en la función reguladora del habla sobre la conducta, hipotetizaron que los problemas de rendimiento y comportamiento de los niños impulsivos podrían deberse a una falta de control verbal sobre sus conductas motoras; de acuerdo a ello podría crearse una prótesis cognitiva basada en un entrenamiento en la función autorreguladora del habla para facilitar el cambio conductual y la reducción de la impulsividad.

El principio que subyace a este enfoque es que el individuo use su propio lenguaje como un instrumento de planeación y guía de su conducta no verbal. Esta técnica es una de las más eficaces de la aproximación cognitivo-conductual para el manejo de diversas manifestaciones comportamentales. Las autoinstrucciones han tenido como propósito primordial de investigación, el control de las verbalizaciones

internas, y/o externas (en sus primeras etapas) sobre la conducta abierta y, por lo tanto, analizar las posibilidades de utilizarlas como técnicas terapéuticas.

Meichenbaum (1977) ha sido uno de los autores que más se ha abocado al estudio de los efectos de las autoinstrucciones en los niños con déficit de atención. Este mismo autor señala que Kanfer y Zinch analizaron el efecto de las auto-instrucciones en la resistencia a la tentación en niños. De acuerdo a ello, se han encontrado evidencias de que es mejor pronunciar en voz alta las autoinstrucciones que leerlas en voz baja (Meichenbaum, 1977). En el caso específico de los niños con hiperactividad se pretende que el lenguaje consigo mismo sirva de guía y soporte para un comportamiento adaptativo del sujeto.

La mediación verbal consiste en hablarse a uno mismo de una forma relevante o significativa como cuando nos enfrentamos a algo que vamos a aprender, algún problema que vamos a resolver o en la adquisición de un concepto.

Así, Cotugno (1987) estudió el control cognitivo de niños hiperactivos y los comparó con no hiperactivos, encontrando que las conductas impulsivas e hiperactivas del niño, les impedía focalizar directamente las habilidades que fomentan la capacidad autorregulatoria, dado que no se promueve el desarrollo de un diálogo interno, que active el darse cuenta en los procesos de pensamiento. Por otra parte, Whalen y Henker (1986), hicieron una revaloración de la terapia cognitiva y conductual en niños hiperactivos, plantean la necesidad de una mayor investigación, y sugieren el uso de terapias combinadas. El estudio de las diferencias conductuales y cognitivas entre chicos y chicas con TDA/TDAH ha sido abordado de igual forma pero no se encontraron diferencias significativas (Breen 1989).

Goldstein (1987) realizó un estudio con niños de 6 a 11 años en donde investigó el desarrollo cognitivo en niños hiperactivos con baja atención. En otro estudio se investigó la ejecución cognitiva en niños con desórdenes de conducta (Mojarro, 1995). Stoner y Glynn (1987), por su parte, abordaron los estilos cognitivos en 28 niños de edad escolar que presentaban TDAH. En estas investigaciones se encontró que al usar tratamientos cognitivos-conductuales se mejora no sólo la sintomatología del síndrome hiperactivo, sino también su sintomatología asociada tanto en casa como en la escuela.

Estudios más complejos como los realizados por Copeland y Weisbrod (1983), abordaron las estrategias cognitivas utilizadas por niños con dificultades en el aprendizaje. El entrenamiento cognitivo ha sido utilizado de igual forma como una estrategia de tratamiento de niños hiperactivos utilizando sistemáticamente como reforzamiento la respuesta social contingente para mantener la respuesta durante la ejecución del programa de entrenamiento cognitivo (Abikoff y Klein, 1987).

Un trabajo que discute las bondades del entrenamiento en autocontrol es el realizado por Hinshaw y Melnick (1992), en él se señala que el autocontrol ha sido igualmente estudiado en niños de edad preescolar con características de hiperactivos; los resultados encontrados han permitido que los niños consigan la generalización y el mantenimiento de las mejoras obtenidas durante el entrenamiento. Tras el entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas, consiguió mejorar el ajuste escolar y reducir los síntomas externalizantes e internalizantes en adolescentes con TDAH (Barkley, 1987).

Resulta evidente que en ocasiones la intervención estrictamente conductual no resulta suficiente para abordar el problema de la inatención, es por ello que algunas aproximaciones han considerado los aspectos internos del individuo y su participación en el proceso de controlar sus impulsos (intervención cognitiva).

Uno de los grupos más estudiados por Meichenbaum y colaboradores (1971) acerca del resultado del entrenamiento en habilidades metacognitivas es el de los niños hiperactivos o con síndrome de inatención. Se sabe que estos pequeños no tienen dificultades en la comprensión o en la capacidad de recordar, el problema radica en su incapacidad para centrar la atención y estar en condiciones de seguir instrucciones.

Respecto a ello, Barkley (1987) menciona que esta dificultad en la atención se ve agudizada por la falta o por una defectuosa mediación verbal debido a un autolenguaje inmaduro que conlleva el uso de menos mediadores verbales y de un menor número de reglas introyectadas para resolver problemas, además de una menor autoconciencia y conciencia de como su conducta afecta a los demás individuos que lo rodean.

O'Neill y Douglas (1991), compararon a sujetos hiperactivos y no hiperactivos pero con dificultades en el aprendizaje. Los autores concluyeron que, a pesar de que ambos grupos dedicaban menos tiempo y esfuerzo a las tareas de aprendizaje y utilizaban estrategias más superficiales, no podía inferirse de ello que tuvieran un déficit metacognitivo sino que más bien se debía al impacto de variables motivacionales en el uso de las estrategias adecuadas.

A través de las investigaciones (Ellis, 1980; Lazarus, 1980; Mahoney, 1974; Meichembaum y Cameron, 1974), se ha encontrado que ciertas características influyen en la efectividad del entrenamiento cognitivo-conductual. Dentro de éstas están la edad del niño, su nivel de madurez cognitiva, su nivel de desarrollo del lenguaje, el locus de control y la calidad de la relación entre el niño y el profesor. También se han encontrado datos promisorios sobre las posibilidades de cambio en la conducta de una persona, al enseñarle a analizar y cambiar sus pensamientos en situaciones que le generan angustia; enseñándole a detectar cuales pensamientos están causando dichas reacciones y a producir o modificar lo que la persona se dice a sí mismo.

De acuerdo con Hinshaw y Erhardt (1991), señalan que las técnicas de modificación cognitivo-conductual se caracterizan por:

- Involucrar al estudiante como participante activo/colaborador del proceso de aprendizaje.
- Verbalización abierta que gradualmente se va desvaneciendo hasta hacerla encubierta y general.
- Análisis de la tarea e identificación de la respuesta deseada.
- Modelamiento y repaso subsecuente de estrategias específicas a una tarea que se construyen sobre el conocimiento y habilidades que son un prerrequisito.
- Inclusión de estrategias para anticipar y atacar reacciones emocionales al fracaso.
- Estrategias de información que incluyen explicaciones sobre la función y uso de estrategias y retroalimentación sobre los cambios en la ejecución que tienen que ver con el uso de las mismas.

Los procedimientos de intervención, que se sustentan en la postura cognitiva conductual, están basados en ciertos principios que se mencionan a continuación:

- El organismo responde a las representaciones mentales del mundo circundante y no al medio propiamente dicho.
- Estas representaciones están relacionadas con el proceso de aprendizaje, ya que los procesos cognitivos-mediacionales, están involucrados en todo aprendizaje humano.
- Pensamientos, sentimientos y conductas están causalmente interrelacionadas; de este modo, el programa de tratamiento actúa en estas tres áreas.
- Las actividades cognitivas, como por ejemplo: expectativas, autoafirmaciones, atribuciones, etcétera, son importantes en la comprensión, predicción y así lograr el cambio en el niño.
- Las cogniciones y conductas son compatibles, lo que hace posible que los procesos cognitivos puedan ser interpretados dentro de paradigmas conductuales y las técnicas cognitivas puedan combinarse con procedimientos conductuales.
- Otra tarea del enfoque cognitivo es evaluar las desviaciones o procedimientos cognitivos deficientes, las conductas y designar nuevas experiencias de aprendizaje para remediar estas disfunciones (Kendall y Braswell 1985; Kendall y Norton Ford, 1988).

Es por esta conceptualización, de las alteraciones conductuales y emocionales, que el tratamiento está dirigido a modificar los modelos de pensamiento que median la conducta. Todo esto se logra estimulando la actividad cognitiva, para suplir las deficiencias en el procesamiento o actuando directamente en los productos cognitivos distorsionados por un proceso de pensamiento disfuncional.

Se puede decir, que este tratamiento intenta simular y construir una secuencia de desarrollo incluyendo una serie de pasos como: instrucción directa, modelamiento, ensayo abierto y encubierto por parte del niño, oportunidades para aprender por descubrimiento, autoreforzamiento y un programa para la generalización de estas estrategias.

3.2. LAS AUTOINSTRUCCIONES

El enfoque cognitivo conductual interviene en las conductas impulsivas e hiperactivas del niño, focalizándose directamente en las habilidades que fomentan la capacidad autorregulatoria. Promueve el desarrollo de un diálogo interno, que activa el darse cuenta de los procesos de pensamiento (Kendall, 1985). De estos planteamientos surgen diversas estrategias de intervención, ampliamente usadas en el tratamiento de niños impulsivos e hiperactivos, una de las más importantes es el entrenamiento de autoinstrucción.

El entrenamiento de autoinstrucción: considera las autoinstrucciones (autoverbalizaciones), como herramientas esenciales, capaces de guiar, controlar, dirigir y coordinar las conductas de los niños (Meichenbaum y Goodman, 1971; Meichenbaum, 1977).

La autoinstrucción es considerada como una afirmación autodirigida que proporciona, a los niños, estrategias de pensamiento que los guían en la solución de problemas y fomentan el autocontrol, operacionalizado como un procedimiento para adiestrar a los niños impulsivos e hiperactivos en el empleo de la plática consigo mismos, para controlar la impulsividad y aumentar su lenguaje interno. La finalidad de este método es desarrollar en el niño la capacidad reflexiva, por medio de la internalización de mediadores verbales necesarios para autorregular su acción. Su empleo ayuda a comprender la tarea que se tiene que realizar, a ordenar, procesar, organizar y almacenar la información relevante, reforzar y mantener las conductas más convenientes en una determinada situación (Kendall y Norton Ford, 1988).

De acuerdo a lo que se ha ido advirtiendo a lo largo del tiempo se observa que el programa de entrenamiento en autoinstrucciones establecido inicialmente sigue manteniendo su estructura principal hoy en día, el cual consta de las siguientes fases:

1. Modelado: al elegirse la tarea el terapeuta proveerá y aplicará las verbalizaciones necesarias para su resolución mientras el niño observa.
2. Guía externa manifiesta: el niño intenta resolver la misma tarea dirigido por las verbalizaciones del terapeuta.

3. Autoguía manifiesta: el niño resuelve la tarea controlando su conducta a partir de sus propias verbalizaciones audibles.
4. Autoguía manifiesta atenuada: lentamente, las verbalizaciones del niño mientras resuelve la tarea, se vuelven murmullos.
5. Autoinstrucciones encubiertas: con el tiempo, y tras adquirir un grado de dominio elevado sobre la tarea, las verbalizaciones del niño ya no son audibles y habitualmente se automatizan.

Este programa intenta ceñirse a lo que sería un proceso normal y natural en el ser humano, debido a que todos los niños a cierta edad y también algunos adultos, hacen audibles sus verbalizaciones si se les obliga a resolver una tarea más o menos difícil, pero a medida que van adquiriendo dominio sobre ella, éstas van automatizando y haciéndose encubiertas.

Por otro lado, Mayor, Suengas, y González (1993) mencionan algunos ejemplos de autoinstrucciones típicas en un programa de entrenamiento metacognitivo aplicado a sujetos hiperactivos:

"Tengo que parar y pensar antes de empezar. ¿Qué tengo que hacer? (Definición del problema) ¿Qué planes puedo intentar? ¿Qué pasaría si hago esto? Voy a hacerlo con cuidado...así (centrar la atención y guiar la respuesta) ¿Qué puedo hacer a continuación? ¿Lo he hecho bien hasta ahora? (Evaluación) Aquí me he equivocado, borro y ya está, aunque tenga errores puedo repetirlo y ya está (opciones para corregir errores) Vamos a ver... la verdad es que lo he hecho muy bien (autoreforzo)".

Las autoinstrucciones al igual que en otros casos son primeramente modeladas por un adulto que puede ser el padre o el maestro, en este caso el adulto se habla en voz alta a sí mismo (fase de modelado cognitivo); luego, el pequeño efectúa la tarea repitiéndose a sí mismo las verbalizaciones en voz alta pero bajo la dirección del maestro (fase de guía manifiesta); posteriormente, el niño realiza la tarea mientras dice en voz baja las instrucciones (fase de autoguía semi-encubierta) y, finalmente, el alumno guiará su propia ejecución a través de autoinstrucciones mediante habla interna o en silencio (fase de autoinstrucción encubierta) (Mayor y otros, 1993).

Lo que se pretende lograr con estos programas de autoinstrucción es que el niño "piense antes de actuar" (Meichenbaum y Goodman, 1971).

Como vemos, las autoinstrucciones han seguido una evolución diferente a lo largo de sus más de dos décadas de existencia. La década de los setenta abrió grandes expectativas y aparecieron numerosos trabajos que demostraban la utilidad de este entrenamiento en casos de hiperactividad, agresividad, ansiedad, dificultades de aprendizaje, entre otras. Sin embargo, a finales de esta década y principios de los ochenta aparecieron los primeros trabajos que criticaban la falta de mantenimiento y generalización de muchas de las mejoras conseguidas mediante autoinstrucciones. Esta situación provocó que aumentara el interés de los investigadores por analizar cada uno de los componentes y parámetros que podían incidir en la eficacia del entrenamiento autoinstruccional, y en este sentido los trabajos de Kendall y colaboradores resultaron decisivos (Kendall y Finch, 1976; Kendall y Zupan, 1981; Kendall y Braswell, 1985).

Los aspectos a tener en cuenta para asegurar el éxito en la aplicación de un entrenamiento autoinstruccional se resumen de la siguiente manera:

1. debe existir un acomodo entre la capacidad cognitiva del niño, la dificultad de la tarea que se va a trabajar y el ajuste de la verbalización que se utilizará de acuerdo a la capacidad del niño.
2. mantener la atención y el interés del niño durante todo el tratamiento mediante el establecimiento de una buena relación terapeuta-niño.
3. para garantizar la generalización de los resultados, puede ser útil el uso de procedimientos conductuales, pero además se deben cumplir requisitos como: las tareas de entrenamiento deben proceder del ámbito escolar; el lugar donde se desarrolla el entrenamiento debe ser el mismo al que queremos transferir nuestro entrenamiento.
4. a más sesiones de entrenamiento, mejores resultados en mantenimiento y generalización, aunque no existe un número determinado de sesiones; la duración de las sesiones dependerá de la edad del niño y del tipo de tarea; hay que prever que el niño pase por lo menos por las tres primeras fases del entrenamiento en cada sesión (modelado, guía manifiesta, y autoguía manifiesta).

5. procurar que las verbalizaciones contengan los siguientes puntos: definición del problema, generación y evaluación de hipótesis, autorreforzamiento, autoevaluación, afrontamiento del fracaso.

Ante la disyuntiva del mantenimiento y la generalización de las mejoras inducidas por las autoinstrucciones, Meichenbaum (1977), propuso incorporar el entrenamiento en habilidades de solución de problemas de D´Zurilla y Golfried (1971) el cual consiste en enseñar a la persona diversos procesos cognitivos que le permitan crear una variedad de respuestas alternativas y efectivas para enfrentar una situación problemática, con el objetivo de aumentar la probabilidad de maximizar las consecuencias positivas y minimizar las negativas al ejecutar la respuesta elegida; la finalidad era que los niños implantaran una actitud reflexiva que fuera más allá de las simples mejoras puntuales; en la actualidad el entrenamiento más aceptado para esta cuestión es el elaborado por D´Zurilla y Nezu (1982), ya que en este modelo se contempla la posibilidad de que un individuo pueda ejecutar perfectamente un proceso de solución de problemas y llegar a una solución adecuada, pero que a causa de cualquier otro déficit, sea incapaz de poner en práctica esta solución.

Las fases del modelo de solución de problemas de D´Zurilla y Nezu (1982) son las siguientes:

1. Orientación hacia el problema. Este es un componente motivacional destinado a identificar los problemas, a reconocer que son inevitables en nuestra vida, aumentar la expectativa de eficacia ante ellos y a inhibir respuestas automáticas basadas en experiencias anteriores.
2. Definición y formulación del problema. Este proceso se basa en aprender a seleccionar toda la información necesaria para resolver el problema, describir los hechos en términos claros, detectar la información irrelevante, identificar los factores que hacen de la situación un problema y establecer objetivos realistas de solución.
3. Generación de alternativas. Este proceso consiste en conseguir el mayor número de soluciones posibles para un problema con la intención de maximizar la posibilidad de encontrar la solución más eficaz.

4. La toma de decisiones. Se intenta prever las consecuencias positivas y negativas que tendrá cada solución si se llevara a la práctica; tras estas valoraciones, este proceso concluye con la elección de al menos una alternativa de solución.
5. Puesta en práctica de la solución y verificación. En primera instancia el individuo planifica la secuenciación de la solución elegida y la lleva a la práctica con un cierto control (autoregistro). Posteriormente, realiza una valoración de los resultados reales obtenidos. Si los resultados son los previstos, se le alienta a que lleve a cabo alguna fórmula de autoreforzamiento. En caso contrario, deberá analizar dónde radica el error y reiniciar el proceso de solución de problemas en la fase pertinente.

Una de las primeras experiencias en la aplicación del entrenamiento en solución de problemas al ámbito infantil fue el programa de Allen, Chinsky, Larcen, Lochman y Selinger (1976), este es un programa para la educación infantil cuyo objetivo es la prevención de problemas de aprendizaje y comportamiento a través del enfoque de D'Zurilla y Golfried (1971). En la actualidad, este tipo de entrenamiento se usa en los programas para enseñar a pensar o para desarrollar la inteligencia.

Finalmente se puede concluir que las técnicas cognitivo conductuales surgieron ante la incapacidad de los procedimientos conductuales para mantener los cambios producidos y conseguir la generalización de los mismos. Estos métodos combinan estrategias cognitivas y técnicas conductuales para enseñar al sujeto procedimientos dirigidos a ejercer el control de su propio comportamiento. Es conveniente recordar que este enfoque está formado por una combinación racional del enfoque conductual basado en las teorías del aprendizaje y enfoque cognitivo que enfatiza el rol de los aspectos mediacionales en el aprendizaje y la conducta de las personas (Kendall, Howard y EPPS, 1988). Se postula que las fuentes principales de los trastornos psicológicos se encuentran en los conocimientos o pensamientos de los individuos y por lo tanto, el objetivo de la terapia es tratar de modificar la conducta y sentimientos de la persona actuando sobre sus modos de pensar y los procesos que median entre el estímulo y la respuesta abierta (memoria, imaginación, formación de conceptos, verbalizaciones internas); señalan que estos eventos son susceptibles de ser manipulados y controlados de la misma forma que las respuestas abiertas.

3.3. LA METACOGNICION Y EL TDA/TDAH

El estudio del desarrollo del pensamiento ha sido abordado desde los inicios de la Psicología y de la Educación como ramas del conocimiento. De hecho, aún en la actualidad el aprendizaje o la adquisición de información guarda mucho de misterioso ya que no se ha podido explicar a plenitud cómo se lleva a cabo dicho proceso.

En el proceso del aprendizaje intervienen a su vez muchos procesos tales como la memoria, la asociación, el razonamiento, etc., el cual produce lo que se conoce como conocimiento, el que puede ser considerado como su representación simbólica en la memoria y, a su manipulación se le conoce como pensamiento (Mayor y otros, 1993).

Con frecuencia, se ha tratado de organizar el conocimiento distinguiéndolo en dos tipos básicamente: declarativo y procedimental, analógico y proposicional, serial o paralelo, específico y abstracto, distribuido y localizado, etc.

Por otro lado, dentro del contexto de las ciencias cognitivas el pensamiento puede ser entendido como la actividad de un sistema que opera sobre las representaciones internas de que dispone acerca de algún aspecto del mundo interior o exterior en el marco de una situación contextual, fruto de su interacción con el entorno que contribuye a determinarla. Esta actividad se basa en estrategias, denominadas en algunos contextos como estrategias de pensamiento pero lo que es fundamental destacar aquí es que dichas estrategias se adquieren y se construyen paulatinamente llevando el control externo al interno y de la acción o actividad concreta a la cognición o actividad interna.

Es así que se pasaría a lo que se denomina pensamiento autorregulado uno de cuyos ejemplos es el pensamiento crítico, reflexivo o autorreflexivo, sobre el cual Piaget (1976) menciona: "la situación se modifica en el sentido de que la toma de conciencia empieza a prolongarse en una reflexión del pensamiento sobre sí mismo" (citado por Mayor y otros, 1993)

De este modo, el pensamiento autorregulado, lo mismo que la naturaleza dinámica del aprendizaje y del conocimiento producto del mismo, han llevado a diversos autores a lo que, de manera general, se conoce como metacognición o el conocimiento sobre el conocimiento mismo.

Diversos autores (Novak y Gowin, 1988; Nickerson Perkins y Smith, 1987; Repetto, 1990) han desarrollado toda una línea de investigación sobre la intervención en estrategias metacognitivas y su impacto en el desarrollo cognitivo de los alumnos, así como la transferencia y perdurabilidad de sus efectos en el aprendizaje (Repetto, 1990).

Flavell (1979), es quien desarrolló el concepto de metacognición, el cual se refiere al propio conocimiento de los procesos cognitivos y todo lo relacionado con ellos. De acuerdo a Repetto (1990), etimológicamente se refiere a un conocimiento más allá del propio conocimiento.

En base a la anterior definición Ugartetexea (citado por Brown y Smiley, 1977) propone la siguiente definición en donde describe a la metacognición como el conocimiento referido a los contenidos, estrategias, destrezas, habilidades y procesos que intervienen en los actos de conocimiento y el control ejercido en los mismos gracias a este conocimiento. En esta definición se resaltan dos aspectos fundamentales: el conocimiento sobre el conocimiento, y el control sobre el mismo, esto es, la autorregulación del proceso de conocer.

Existe otro concepto relacionado a la metacognición, cuyas raíces de la misma se encuentran en el análisis de los informes verbales, los mecanismos ejecutivos del procesamiento de la información, de los problemas que plantea el aprendizaje y desarrollo de la autorregulación y la reorganización conceptual y, finalmente, del tópico de la heterorregulación (Brown, 1987).

En la metacognición como en otros procesos cognitivos, han sido elaborados modelos, de los cuales el más representativo es el propuesto por Flavell (1979) quien plantea cuatro componentes básicos que se distinguen e interactúan entre sí: los objetivos cognitivos, las experiencias metacognitivas, el conocimiento metacognitivo y

el uso de estrategias. En relación al conocimiento metacognitivo este puede ser dividido en tres variables personales, variables de la tarea y variables de la estrategia.

3.4. PARADIGMAS TEORICOS REPRESENTATIVOS EN EL ESTUDIO TEÓRICO DE LA METACOGNICIÓN

Existen otros paradigmas que nos ofrecen explicaciones sobre la metacognición (ver cuadro) que ponen el énfasis en diferentes aspectos.

1. Procesamiento de la información (Siegler, Klahr, Stenberg, Trabasso)
 - Descripción, modelo de control, procesos ejecutivos
 - Descripción, modelo de mecanismos autorreguladores.
 - Descripción, modelo de entrenamiento en estrategias y generalización.
2. Cognitivo-Estructural (Piaget, Brown, Feldman)
 - Descripción estructural del conocimiento sobre acontecimientos cognitivos y patrones estratégicos.
 - Énfasis en secuencia de cambio estructural.
 - Modelos de relación entre cambio estructural en conocimiento metacognitivo y otro conocimiento
3. Cognitivo conductual
Bandura, Mishel, Rosenthal y Zimmerman
 - Estatus de metacognición en el repertorio de acontecimientos simbólicos que median el aprendizaje.
 - Descripción del modelo como fuente de metacognición.
 - Papel de la metacognición en la ingeniería y tecnología del cambio de conducta.
4. Psicométrico (Cattell-Horn, Guilford, Estructura del Intelecto, Factor Kaufman, Modelo estructural, WISC)
 - Problemas de medida
 - Identificar factores metacognitivos o procesos básicos.

Con base en estos paradigmas Mayor y otros (1993), proponen un modelo de actividad cognitiva basado en dos conceptos fundamentales: conciencia y control. En el análisis de toma de conciencia que implica que toda actividad cognitiva puede centrarse en los diferentes niveles de conciencia pero señala que también se puede profundizar en

la intencionalidad la cual se refiere a la propiedad de la actividad mental por la cual se remite siempre a un objeto diferente a ella misma.

La existencia de una toma de conciencia en toda actividad metacognitiva parece indiscutible, por lo que este componente incorpora igualmente un subcomponente: el introspectivo, lo que conlleva el problema de su verbalización y operacionalización (Ericksson y Simon, 1980; Brown, 1987).

El segundo componente de interés para este trabajo es el control cuyo análisis puede centrarse en la acción dirigida a metas cuyos subcomponentes son el autocontrol, generalmente abordado por aproximaciones teóricas como el conductismo o las teorías de aprendizaje social de Bandura y las de control ejecutivo abordado por las teorías del procesamiento de la información. En el elemento del control habría que agregar otro componente más: la motivación y la voluntad.

Es desde luego importante resaltar que la actividad que el sujeto despliega no se da sino en un contexto específico, el cual resulta relevante toda vez que es el componente esencial de la actividad ya que en él se define el tipo y la calidad de las interacciones (Mayor, 1991).

De entre las variables contextuales que pueden ser consideradas, Mayor y colaboradores (1993), proponen las siguientes: los materiales, la situación y el contexto sociocultural. A las anteriores debemos agregar las variables del sujeto como son la edad, el nivel de conocimientos, las creencias, la personalidad, condicionamientos biológicos y sociales, etc. Se describirán solamente algunas de ellas.

Con respecto al conocimiento se puede decir que el individuo representa un elemento predictor de la facilidad o dificultad con que aprenderá nuevos conocimientos, relacionado con éstos se encuentra el nivel de habilidades, del que se puede afirmar que se requiere de un nivel mínimo de habilidades para desarrollar, posteriormente, habilidades metacognitivas. Al respecto, Glaser y Pellegrino (1987), mencionan tres diferencias entre quienes poseen un nivel bajo y uno alto de habilidades, a saber: a) el manejo de la memoria se refleja en la rapidez de los cálculos; b) su conocimiento de las

limitaciones procedimentales para la solución de problemas y c) los individuos con mayores habilidades emplean formas de procesamiento más conceptuales.

Otra variable del sujeto importante es la motivación, la cual en algún sentido, guarda una relación directa con el rendimiento cognitivo general y con el concepto particular de autoeficacia definido por Bandura (1986) como: "el enjuiciamiento que hacen las personas de su capacidad para organizar y ejecutar cursos de acción requeridos para lograr los tipos designados de ejecución". Un principio fundamental relacionado con lo anterior es que, para lograr la automotivación relacionada con la autoeficacia se requiere que no se utilicen mucho los reforzadores extrínsecos cuando se observe que la actividad del sujeto es intrínsecamente interesante.

Regresando a las variables del contexto es necesario mencionar que el hecho de que el sujeto haya desarrollado estrategias metacognitivas no asegura necesariamente que las utilizará en todas las situaciones a las que se enfrente. De manera particularmente importante destacan algunas variables del contexto que pueden interferir con el uso y desarrollo de estrategias metacognitivas, ellas son: los materiales, la situación y su disposición así como, el ambiente social que rodea a la actividad de aprendizaje.

Aún más específicamente, para el caso de los niños hiperactivos, la variable situación destaca su importancia ya que incluye la organización de los estímulos del ambiente físico y social, espacial y temporal, lo mismo que las relaciones interpersonales del individuo. Así, el desarrollo de algunas habilidades metacognitivas depende de las actitudes de los padres y maestros, lo mismo que de la variedad de situaciones de aprendizaje que facilita la interacción entre ellos.

Finalmente, se encuentran las variables de la tarea o actividad propiamente dicha. En principio, si la tarea es muy sencilla difícilmente podrían observarse las habilidades metacognitivas que hubiesen desarrollado. Además, si la tarea es ambigua también puede dar la oportunidad de que se manifiesten distintos niveles de planificación y estrategia metacognitiva por parte de los sujetos.

Como ha sido mencionado, la actividad de los sujetos con TDAH, resulta ser en sí misma complicada y difícil no tanto por la tarea sino por las dificultades de atención inherentes a dicho trastorno.

Wellman (1985), propone un esquema alternativo acerca de las clases de conocimiento que integran la metacognición. En principio habla del conocimiento sobre la existencia, el cual se presenta alrededor de los 2 o 3 años de edad y que se caracteriza porque los niños se dan cuenta de que tanto ellos como los otros tienen mundos internos.

La siguiente etapa se presenta entre los 4 y los 5 años edad, en la que los niños han aprendido a diferenciar entre los diferentes procesos cognitivos y asociar unos y los otros a contingencias que ocurren externamente. A esta edad igualmente entienden la influencia de una o varias variables sobre los procesos cognitivos. Hacia el final de los cinco años comienzan a percibir la importancia de la integración ya que se dan cuenta de que "tienen cerebro" y que muchos de los procesos mentales son simbólicos y a los que únicamente ellos tienen acceso. Finalmente, aprenden a conocer, evaluar, y controlar sus propios estados mentales y la dirección de sus procesos cognitivos para alcanzar una respuesta eficiente.

Para el desarrollo de las habilidades metacognitivas en los sujetos hiperactivos se requiere conocer el proceso de desarrollo de la autorregulación ya que las estrategias metacognitivas para la atención de esta problemática se basan fundamentalmente en este aspecto.

Koop (1982) (citado por Wellman, 1985) propone tres etapas en el desarrollo de la autorregulación.

1. Control inconsciente.- Que define el período que va del nacimiento al final del primer año de vida, caracterizado fundamentalmente por el desarrollo de mecanismos neurofisiológicos para el control de estímulos provenientes del exterior.

2. Control.- Se refiere al período comprendido entre el primero y el tercer año de vida en el cual se observa un creciente reconocimiento de las solicitudes de los adultos que se encargan de su cuidado y;
3. Autorregulación.- Comienza a desarrollarse desde los 3 años. Puede diferenciarse cualitativa pero no cuantitativamente del autocontrol; en cualquier caso, ambos dependen de la capacidad de representación objetal en el empleo de símbolos así como su capacidad de recordarlos.

Por su parte, Piaget (1974) ha propuesto otra explicación sobre la autorregulación, la cual consiste igualmente en tres etapas o fases: La regulación autónoma (por sencilla que sea la acción el individuo regula y modula continuamente su ejecución); regulación activa, se presenta durante la fase de las operaciones concretas y se encuentra relacionada con situaciones de aprendizaje por ensayo y error en las que los aprendices construyen y evalúan " teorías en acción". Y, finalmente, la regulación consciente, la cual se presenta en la fase de las operaciones formales (11 y 12 años). Aquí los aprendices se plantean hipótesis las que pueden ser contrastadas y modificadas, todo ello a través de operaciones mentales y el uso de la imaginación.

La metacognición debe atender el conocimiento metacognitivo de aspectos personales, el conocimiento de las estrategias que el individuo posee para hacerse con el significado del mensaje.

Una de las habilidades metacognitivas significativas para el niño con síndrome de inatención es la Metaatención. Es sabido que las dificultades en esta área son propias de niños en cierta etapa del desarrollo pero puede considerarse como un déficit en niños mayores o en aquellos que presenten alguna alteración particular como es el caso de los niños hiperactivos. La metaatención se refiere a dos áreas concretas: el conocimiento acerca de cómo funciona y qué variables afectan y controlan la atención.

De acuerdo a Miller (1985) el aumento de la metaatención se da entre los 4 y 7 años y la comprensión acerca de las variables que la pueden afectar ocurre posteriormente. En relación a nuestros niños con TDAH, la vinculación metaatención y autocontrol es particularmente importante toda vez que los procesos metaatencionales permiten mantener centrada la atención lo que los lleva a demorar la decisión de

distraerse o no. En este sentido al autocontrol se le ha considerado como la capacidad de retrasar la obtención de una gratificación (Mishel y Mishel, 1983).

Ahora bien, el desarrollo de las habilidades metacognitivas, como ya se dijo anteriormente, no se da en el vacío, y en este aspecto juegan un papel importante los individuos o adultos que rodean al niño, del mismo modo que son importantes para la detección, diagnóstico y tratamiento de la problemática del niño hiperactivo.

Al respecto, Vigotsky (1962), señala que las habilidades que los pequeños muestran cuando reciben ayuda se encuentran en camino de ser introyectadas, más concretamente menciona un concepto importante llamado zona de desarrollo próximo que se refiere a la distancia entre lo que los niños pueden hacer solos y lo que están en condiciones de hacer con la ayuda de alguna otra persona.

Con respecto al papel del entorno familiar, Day, Cordon y Kevin (1989) afirman que el desarrollo cognitivo de los pequeños se debe tanto a la instrucción formal como informal que les proporcionan los adultos que le rodean, lógicamente, los que reciben mayor estimulación son los que obtienen mejores resultados en el futuro. Desde luego, es de mencionarse que no todos los adultos se encuentran preparados para estimular convenientemente al pequeño.

El segundo de los ambientes en orden de importancia es el que proporciona la escuela toda vez que en algunos casos se considera como una extensión del hogar, las personas que ahí inciden, como los maestros y compañeros de clase vienen a representar modelos de actuación a imitar siendo ellos quienes dan la pauta para el desarrollo de habilidades a través de un aprendizaje vicario.

Particularmente, los maestros juegan un papel como mediadores para el desarrollo de las habilidades metacognitivas; se supone tienen estas habilidades altamente desarrolladas y pueden estimular éstas a través de programas de análisis de contenido.

Para finalizar este apartado, se puede decir que el problema de la hiperactividad sigue ahí, los niños continúan siendo marginados socialmente, los maestros siguen teniendo problemas para manejar a esos niños en el salón de clases y los padres requieren de ayuda pues su comprensión acerca del problema de su hijo es pobre y algunos persisten en castigarlos, marginarlos y retirarles su afecto.

Los niños con déficit de atención o hiperactividad tienen una alta morbilidad, esto es, su frecuencia es considerablemente alta y ni la sociedad ni las instituciones que la integran cuentan con una respuesta satisfactoria para los problemas que ello representa.

De este modo, se plantea la necesidad de realizar una propuesta de intervención basada en técnicas cognitivo conductuales, como una alternativa para que los profesores que atienden en sus grupos a niños con TDA/TDAH propicien mejores oportunidades a estos, sobre todo porque, a pesar de la gran cantidad de investigación realizada hasta el momento el tratamiento es insuficiente.

CAPÍTULO 4

FUNDAMENTACIÓN PSICOEDUCATIVA.

POLÍTICA EDUCATIVA.

En el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, se reconoce el papel de la educación como una estrategia central para el desarrollo nacional; se señala que “la educación es el instrumento más importante para aumentar la inteligencia individual y colectiva y para lograr la emancipación de las personas y de la sociedad”.

También se destaca que el gobierno de la República considera a la educación como la primera y más alta prioridad para el desarrollo del país, por lo cual busca asegurar que el aprendizaje y la instrucción estén al alcance de todo niño, joven y adulto y que nadie deje de aprender por falta de recursos.

La educación por sí sola no elimina la pobreza, pero es la base para el crecimiento personal, es factor determinante en el acceso igualitario a las oportunidades de mejoramiento de la calidad de vida. No hay desarrollo humano posible sin educación, por ello la educación es un derecho básico para todos los niños y niñas.

Los niños son iguales ante la ley y deben tener las mismas oportunidades para desarrollarse, independientemente de sus diferencias económicas, de género, de pertenencia étnica o capacidades intelectuales o motoras. Esas diferencias no pueden invocarse para evitar que a todos los niños se les brinden las mismas oportunidades de aprendizaje y desarrollo. La propia diversidad hará que cada uno de ellos opte por aprovechar o no ciertas oportunidades, lo que importa es que se les hayan brindado esas oportunidades sin exclusiones.

Por estas y otras razones, en orden de prioridad, el primer objetivo estratégico de la Educación Básica Nacional, establecido en el Programa Nacional de Educación 2001-2006 es alcanzar la justicia educativa y la equidad, entendido en los siguientes términos:

“Garantizar el derecho a la educación expresado como la igualdad de oportunidades para el acceso, la permanencia y el logro educativo de todos los niños y jóvenes del país en la educación básica”.

La educación es el mecanismo por excelencia para asegurar que las personas con discapacidad logren su plena incorporación a la vida social y el trabajo productivo.

Los esfuerzos de las personas con discapacidad, de sus familias, de las agencias que los apoyan, de los maestros y maestras, del personal de educación especial han promovido cambios en las actitudes sociales, en la legislación, en las oportunidades para el trabajo y en la educación.

En el Programa Nacional de Educación 2001-2006 se reconoce la necesidad de poner en marcha acciones decididas por parte de las autoridades educativas para atender a la población con discapacidad. Asimismo, se establece como uno de los objetivos estratégicos de la política educativa alcanzar la justicia y equidad educativas. Entre las líneas de acción destacan las siguientes: establecer el marco regulatorio –así como los mecanismos de seguimiento y evaluación– que habrá de normar los procesos de integración educativa en todas las escuelas de educación básica del país; **garantizar la disponibilidad, para los maestros de educación básica, de los recursos de actualización y apoyos necesarios para asegurar la mejor atención de los niños y jóvenes que requieren de educación especial**, y establecer lineamientos para la atención a niños y jóvenes con aptitudes sobresalientes.

Estas acciones tienen como antecedente los cambios promovidos en la orientación de los servicios de educación especial durante la década pasada, entre los cuales destaca el tránsito de la atención casi exclusivamente clínica y terapéutica, hacia una atención educativa cada vez más incluyente. En este proceso los servicios de educación especial han experimentado un proceso de transformación para conformarse, principalmente, como un servicio de apoyo a las escuelas de educación inicial y básica, en lugar de constituir un sistema paralelo.

Este proceso se impulsó de manera más precisa a partir de 1993, con la Ley General de Educación que en su artículo 41 señala que la educación especial propiciará la integración de los alumnos con discapacidad a los planteles de educación regular mediante la aplicación de métodos, técnicas y materiales específicos. También establece la adopción del concepto Necesidades Educativas Especiales.

Tal concepto surgió en la década de los sesenta; plantea que ningún niño debe considerarse ineducable, reivindica la educación como un derecho para todos y establece que los fines de la educación deben ser los mismos para todos, independientemente de las ventajas o desventajas que presenten los niños y las niñas; asimismo, reconoce que algunos niños requerirán apoyos distintos o recursos específicos para alcanzar estos propósitos.

El concepto de necesidades educativas especiales se difundió en todo el mundo a partir de la proclamación de los “Principios, política y práctica para las necesidades educativas especiales” (Declaración de Salamanca) y del Marco de Acción derivada de la misma, en 1994. A partir de esta declaración, en México se definió que un niño o una niña con necesidades educativas especiales es aquel que, en comparación con sus compañeros de grupo, tiene dificultades para el aprendizaje de los contenidos establecidos en el currículo, por lo cual requiere que se incorporen a su proceso educativo mayores recursos y/o recursos diferentes para que logre los fines y objetivos educativos.

Todos, niñas o niños, tienen necesidades educativas diferentes. La escuela y el maestro emplean una serie de recursos para satisfacerlas (textos, materiales, metodologías, etcétera). Cuando estos recursos resultan insuficientes para satisfacer las necesidades de algunos alumnos, debido a sus características específicas, es cuando estas necesidades pueden considerarse especiales. Así, se reconoce que todos son diferentes, con intereses, ritmos y estilos de aprendizaje distintos; en este sentido, se dejó de considerar que el niño tiene un problema que debe ser resuelto y, en cambio, se asumió que tiene algunas necesidades que la escuela no puede satisfacer con los recursos que utiliza habitualmente.

El Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y la Integración Educativa (2002), plantea que “para fortalecer el proceso de integración educativa es necesario contar con la participación decidida de todas las autoridades educativas, especialmente de los responsables de la educación inicial, preescolar, primaria, secundaria y especial, así como de los supervisores y directores de las escuelas, los maestros de grupo, el personal de apoyo de las escuelas, los padres y las madres de familia y el personal de educación especial”.

El objetivo general de este Programa es el de “Garantizar una atención educativa de calidad para los niños, las niñas y los jóvenes con necesidades educativas especiales, otorgando prioridad a los que presentan discapacidad, mediante el fortalecimiento del proceso de integración educativa y de los servicios de educación especial”

Entre los objetivos específicos del mismo Programa, se establece **“proporcionar a los maestros de educación especial, de educación inicial y de educación básica los recursos de actualización y los apoyos necesarios para mejorar la atención de los alumnos y alumnas con necesidades educativas especiales, dando prioridad a los que presentan discapacidad”**.

Se señala que la integración educativa debe considerar principalmente cuatro aspectos:

- a) La posibilidad de que los niños y las niñas con necesidades educativas especiales aprendan en la misma escuela y en la misma aula que los demás niños.
- b) Ofrecer a los niños y a las niñas con necesidades educativas especiales todo el apoyo que requieran, lo cual implica realizar adecuaciones curriculares para que puedan ser satisfechas las necesidades específicas de cada niño.
- c) La importancia de que el niño, los padres y las madres y/o el maestro de grupo reciban el apoyo y la orientación necesaria del personal de educación especial.
- d) Que la escuela regular en su conjunto asuma el compromiso de ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades educativas especiales de los niños y las niñas.

También identifica las condiciones básicas necesarias para que la integración de los niños, las niñas y los jóvenes con necesidades educativas especiales pueda ocurrir de manera efectiva, las cuales son las siguientes:

- **sensibilizar y ofrecer información clara a la comunidad educativa en general;**
- **actualizar al personal de las escuelas de educación inicial, preescolar, primaria, secundaria y especial, así como al de otros niveles educativos, para promover cambios en sus prácticas;**

- responder a las necesidades educativas especiales de los alumnos que las presentan,
- brindar a los alumnos y las alumnas con discapacidad los apoyos técnicos y materiales necesarios.

El Programa destaca la necesidad de informar y sensibilizar a la comunidad educativa sobre las posibilidades que tienen los niños, las niñas y los jóvenes con necesidades educativas especiales de ser integrados en las escuelas de educación regular.

Señala la importancia de que el personal de la escuela regular y el de educación especial cuenten con los elementos necesarios para dar una respuesta educativa adecuada a las necesidades de los alumnos y las alumnas integrados. Para lograrlo, **es imprescindible ofrecer opciones de actualización a todo el personal directivo y docente de las escuelas de educación inicial y básica de las distintas modalidades, a las que asisten niños y niñas con necesidades educativas especiales, que consideren aspectos como los siguientes:**

- a) Conocimiento general de las principales discapacidades, su impacto en el desarrollo y en el aprendizaje de las personas que las presentan, así como las estrategias que pueden ponerse en marcha para atender sus necesidades, principalmente las educativas.**
- b) Participación del personal de la escuela en la evaluación psicopedagógica y en la detección de las necesidades específicas que presentan algunos alumnos.

El Programa Nacional de Educación 2001-2006 (PNE), al respecto, señala: “con frecuencia, la incapacidad para identificar oportunamente a estos menores (con algún tipo de discapacidad) tiene efectos adversos sobre sus oportunidades educativas, puesto que dejan de recibir la atención especial que requieren durante un tiempo que puede resultar decisivo para su desarrollo. **Por otra parte, la integración de estos menores al sistema regular no siempre funciona de la mejor manera, entre otras razones porque los profesores carecen, con frecuencia, de la preparación para identificarlos y tratar las discapacidades específicas que padecen.** La

atención a esta problemática reclama acciones decididas por parte de las autoridades educativas” (p. 110).

Por otro lado, en las Reglas de Operación del Programa de Integración Educativa, se establece, como uno de sus objetivos específicos, **“Garantizar a los maestros de educación especial y de educación regular básica la disponibilidad de recursos de actualización y apoyo para asegurar la mejor atención a los niños con necesidades educativas especiales, con y sin discapacidad, tanto en las escuelas de educación básica como en los Centros de Atención Múltiple”**.

Es aquí donde la Psicología Educativa puede contribuir a la satisfacción de estas demandas del personal que labora en el sector educativo, principalmente sus necesidades de actualización y formación.

PRINCIPIOS PSICOLÓGICOS QUE ORIENTARON EL DISEÑO DE LA PROPUESTA EDUCATIVA

El desarrollo de la Psicología educativa ha permitido la aplicación de diversas corrientes psicológicas en la solución de muchos de los problemas que plantea la educación. La Psicología educativa ha aportado ideas, explicaciones, principios y métodos que pueden ayudar al maestro en su quehacer cotidiano.

Una de las corrientes psicológicas que mas impacto ha tenido en la educación en los años recientes, es el Constructivismo. El **MANUAL PARA EL TRATAMIENTO DEL NIÑO CON TDA/TDAH EN LA ESCUELA**, que aquí se presenta, fue diseñado y elaborado tomando en consideración algunos de los principios que se derivan de este enfoque. El texto utilizado para fundamentar el diseño didáctico del mismo, fue “Estrategias docentes para un aprendizaje significativo, una interpretación constructivista”, de Díaz-Barriga y Hernández (2002), porque presenta una recopilación muy completa de los principios constructivistas en relación con la práctica docente y su posible aplicación en el aula, dado que el presente manual está dirigido al docente de educación básica y pretende ser un apoyo en su trabajo cotidiano. Las referencias que se hagan a otros autores, provienen del citado texto.

El Constructivismo, según Carretero (citado por Díaz-Barriga y Hernández, 2002), “es la idea que mantiene que el individuo tanto en los aspectos cognitivos y sociales del comportamiento como en los afectivos no es un mero producto del ambiente ni un simple resultado de sus disposiciones internas, sino una construcción propia que se va produciendo día a día como resultado de la interacción entre esos dos factores. En consecuencia, según la posición constructivista, el conocimiento no es una copia fiel de la realidad, sino una construcción del ser humano. ¿Con qué instrumentos realiza la persona dicha construcción? Fundamentalmente con los esquemas que ya posee, es decir, con lo que ya construyó en su relación con el medio que le rodea”.

Dicho proceso de construcción depende de dos aspectos fundamentales:

- De los conocimientos previos o representación que se tenga de la nueva información, o de la actividad o tarea a resolver.
- De la actividad externa o interna que el aprendiz realice al respecto.”

De acuerdo con César Coll (citado por Díaz-Barriga y Hernández, 2002), la postura constructivista en la educación se alimenta de las aportaciones de diversas corrientes psicológicas: el enfoque psicogenético piagetiano, la teoría de los esquemas cognitivos, la teoría ausubeliana de la asimilación y el aprendizaje significativo, la psicología sociocultural vigotskiana; aunque se ubican en posiciones teóricas distintas, todas ellas comparten el principio de la importancia de la actividad constructiva del alumno o aprendiz en la realización de los aprendizajes, es decir, conciben el aprendizaje como un proceso de construcción del conocimiento a partir de los conocimientos previos y de las experiencias previas, y la enseñanza como una ayuda a este proceso de construcción.

Según la concepción constructivista, la finalidad de la educación es promover los procesos de crecimiento personal del alumno en el marco de la cultura del grupo al que pertenece. De esta manera, los tres aspectos clave que debe favorecer el proceso instruccional serán el logro del aprendizaje significativo, la memorización comprensiva de los contenidos y la funcionalidad de lo aprendido.

De acuerdo con César Coll (citado por Díaz-Barriga y Hernández, 2002), la concepción constructivista se apoya en torno a tres principios fundamentales:

- El alumno es el responsable último de su propio proceso de aprendizaje.
- La actividad mental constructiva del alumno se aplica a contenidos que poseen ya un grado considerable de elaboración.
- La función del docente es engarzar los procesos de construcción del alumno con el saber colectivo culturalmente organizado.

Construir significados nuevos implica un cambio en los esquemas de conocimiento que se poseen previamente, esto se logra introduciendo nuevos elementos o estableciendo nuevas relaciones entre dichos elementos. Así, el alumno podrá ampliar o ajustar dichos esquemas o reestructurarlos a profundidad como resultado de su participación en un proceso instruccional. Este principio, nos lleva directamente al concepto de aprendizaje significativo, planteado por Ausubel.

Para este autor, el alumno es un procesador activo de la información y el aprendizaje es un proceso sistemático y organizado, es un fenómeno complejo que no se reduce a simples asociaciones memorísticas. Considera que no todo el aprendizaje significativo que ocurre en el aula debe ser por descubrimiento, antes bien, propugna por el aprendizaje verbal significativo, que permite el dominio de los contenidos curriculares que se imparten en la escuela, principalmente a nivel medio y superior.

Hace una distinción entre los tipos de aprendizaje que se pueden dar en el aula, identificando en primer lugar, dos dimensiones posibles del mismo:

- a) la que se refiere al modo en que se adquiere el conocimiento y,
- b) la relativa a la forma en que el conocimiento es subsecuentemente incorporado en la estructura de conocimientos o estructura cognitiva del aprendiz.

Dentro de la primera dimensión ubica dos tipos de aprendizaje posibles: por recepción y por descubrimiento, y en la segunda dimensión se encuentran dos modalidades: por repetición y significativo. De esta manera, de la combinación de ambas dimensiones, surgen las situaciones de aprendizaje escolar: aprendizaje por

recepción repetitiva, por descubrimiento repetitivo, por recepción significativa y por descubrimiento significativo.

Ausubel (citado por Díaz-Barriga y Hernández, 2002), consideraba que el aprendizaje por recepción, en sus formas más complejas y verbales, surge en etapas avanzadas del desarrollo intelectual del sujeto y se constituye en un indicador de madurez cognitiva. Decía que en la primera infancia y en la edad preescolar, la adquisición de conceptos y proposiciones se realiza prioritariamente por descubrimiento, gracias a un procesamiento inductivo de la experiencia empírica y concreta.

También decía que el aprendizaje significativo es más importante y deseable que el repetitivo en lo que se refiere a situaciones académicas, ya que el primero posibilita la adquisición de grandes cuerpos de conocimiento integrados, coherentes, estables, que tienen sentido para los alumnos.

En conclusión, el tipo de aprendizaje que se busca propiciar con el presente Manual y que es congruente en el caso de personas adultas, como los maestros a quienes está dirigido, es el aprendizaje por recepción y significativo.

Con respecto al modo en que se adquiere la información, la modalidad por recepción presenta las siguientes características:

- El contenido se presenta en su forma final.
- El alumno debe internalizarlo en su estructura cognitiva.
- No es sinónimo de memorización.
- Propio de etapas avanzadas del desarrollo cognitivo en la forma de aprendizaje verbal hipotético sin referentes concretos (pensamiento formal).
- Útil en campos establecidos del conocimiento.

En cuanto a la forma en que el conocimiento se incorpora en la estructura cognitiva del aprendiz, la modalidad significativa presenta las siguientes características:

- La información nueva se relaciona con la ya existente en la estructura cognitiva de forma sustantiva, no arbitraria ni al pie de la letra.
- El alumno debe tener una disposición o actitud favorable para extraer el significado.
- El alumno posee los conocimientos previos o conceptos de anclaje pertinentes.
- Se puede construir un entramado o red conceptual.
- Puede promoverse mediante estrategias adecuadas.

En síntesis, el aprendizaje significativo es aquel que conduce a la creación de estructuras de conocimiento mediante la relación sustantiva entre la nueva información y las ideas previas del aprendiz.

De acuerdo con esta definición, el conocimiento y las experiencias previas son las piezas claves de la enseñanza, tal como lo señalaba el propio Ausubel (citado por Díaz-Barriga y Hernández, 2002), “si tuviese que reducir toda la psicología educativa a un solo principio, diría lo siguiente: el factor aislado más importante que influye en el aprendizaje es aquello que el aprendiz ya sabe. Averíguese esto y enséñese de acuerdo a ello”.

El profesor de primaria a quien va dirigido el presente Manual, puede ser visto como un mediador entre el conocimiento y el aprendizaje de sus alumnos, un profesional reflexivo que analiza críticamente su práctica, toma decisiones y soluciona problemas pertinentes al contexto de su clase, toma conciencia y analiza críticamente sus propias ideas y creencias acerca de la enseñanza y el aprendizaje, está dispuesto al cambio, busca el desarrollo integral de sus alumnos, muestra una actitud favorable hacia su propia actualización. Los conocimientos previos que posee el docente de primaria con los cuales puede engarzar los nuevos conocimientos que le brinda el Manual, son:

- sabe lo que es el trabajo docente con niños de primaria,
- conoce los planes y programas de estudio de este nivel,
- conoce las características de los niños con los que trabaja,

- sabe lo que son las necesidades educativas especiales,
- sabe lo que es la integración educativa,
- tiene nociones sobre dificultades de aprendizaje,
- está capacitado para identificar a los niños con necesidades educativas especiales.

Para que el aprendizaje sea realmente significativo, éste debe reunir varias condiciones: la nueva información debe relacionarse de modo no arbitrario y sustancial con lo que el alumno ya sabe, dependiendo también de la disposición (motivación y actitud) de éste por aprender, así como de la naturaleza de los materiales o contenidos de aprendizaje.

La relacionabilidad no arbitraria significa que si el material o contenido de aprendizaje en sí no es azaroso ni arbitrario, y tiene la suficiente intencionalidad, habrá una manera de relacionarlo con las clases de ideas pertinentes que los seres humanos son capaces de aprender. El criterio de relacionabilidad sustancial (no al pie de la letra), significa que si el material no es arbitrario, un mismo concepto o proposición puede ser expresado por el aprendiz de manera sinónima, con sus propias palabras, sin perder el significado exacto. Es conveniente aclarar que ninguna tarea se realiza en el vacío cognitivo, el aprendiz posee un conocimiento previo, una estructura cognitiva con la cual puede relacionar el nuevo conocimiento, dándose la posibilidad de que este nuevo aprendizaje sea significativo, porque no todos los aprendizajes lo son, para que lo sean, es necesario se den las condiciones mencionadas líneas arriba.

El contenido o material por aprender, debe poseer un significado potencial o lógico, inherente a su propia naturaleza, que se convierte en significado real o psicológico cuando el individuo lo transforma en un contenido propio, nuevo, diferenciado e idiosincrásico dentro de su estructura cognitiva. Lo anterior resalta la importancia de que el aprendiz posea ideas previas pertinentes como antecedente necesario para aprender, ya que sin ellas, aun cuando el material de aprendizaje esté “bien elaborado”, poco será lo que logre el aprendiz.

Si los contenidos o materiales de enseñanza no poseen un significado lógico potencial para el aprendiz, se propiciará un aprendizaje rutinario y carente de significado.

Algunos principios derivados de la teoría del aprendizaje verbal significativo que contribuyen a favorecer dicho aprendizaje y que se ha procurado considerar en el diseño y elaboración del presente Manual, son:

- el aprendizaje se facilita cuando los contenidos se presentan organizados de manera conveniente y siguen una secuencia lógica y psicológica apropiada,
- los contenidos se presentan en forma de sistemas conceptuales, organizados, interrelacionados y jerarquizados, y no como datos aislados y sin orden,
- es conveniente delimitar intencionalidades y contenidos de aprendizaje en una progresión continua que respete niveles de inclusividad, abstracción y generalidad,
- la activación de los conocimientos y experiencias previas que posee el aprendiz en su estructura cognitiva, facilitará los procesos de aprendizaje significativo de los nuevos materiales o contenidos,
- el establecimiento de “puentes cognitivos” (conceptos e ideas generales que permiten enlazar la estructura cognitiva con el material por aprender) pueden orientar al aprendiz a identificar las ideas fundamentales, a organizarlas e integrarlas significativamente,
- la secuencia de organización de los contenidos consiste en diferenciar de manera progresiva dichos contenidos, yendo de lo más general e inclusivo a lo más detallado y específico.

Con respecto a los tipos de conocimiento que se busca promover por medio del Manual en los profesores de primaria, son el conocimiento declarativo y el procedimental.

El conocimiento declarativo se refiere al saber qué, ha sido el tipo de conocimiento más privilegiado dentro de los currículos escolares de todos los niveles educativos; es un tipo de conocimiento imprescindible en todas las disciplinas, porque constituye el entramado fundamental sobre el que éstas se estructuran.

Se puede definir el saber qué como aquella competencia referida al conocimiento de datos, hechos, conceptos y principios, se le denomina conocimiento declarativo porque es un saber que se dice, que se declara o que se basa en el lenguaje.

El conocimiento procedimental o saber hacer, es aquel conocimiento que se refiere a la ejecución de procedimientos, estrategias, técnicas, habilidades, destrezas, métodos; a diferencia del saber qué, que es de tipo declarativo y teórico, el saber procedimental es de tipo práctico, porque está basado en la realización de varias acciones u operaciones.

Los procedimientos pueden ser definidos como un conjunto de acciones ordenadas y dirigidas hacia la consecución de una meta determinada, por lo cual durante el aprendizaje de procedimientos es importante aclararle al aprendiz la meta a lograr y la secuencia de acciones a realizar.

Se ha establecido que un aprendizaje procedimental ocurre en etapas, las cuales comprenden:

- la apropiación de datos relevantes respecto a la tarea y sus condiciones,
- la actuación o ejecución del procedimiento,
- la automatización del procedimiento y,
- el perfeccionamiento del procedimiento.

En un primer momento se busca que los profesores adquieran un conocimiento declarativo sobre el tema (TDA/TDAH), para que gradualmente arriben a un conocimiento procedimental, relacionado con las técnicas que aquí se les proporcionan para la atención de los niños con este trastorno en sus aulas.

ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA UTILIZADAS PARA EL DISEÑO DE LA PROPUESTA EDUCATIVA

Con la intención de propiciar el aprendizaje significativo, se han incluido varias estrategias de enseñanza en el diseño del Manual para el tratamiento del niño con TDA/TDAH en la escuela. La enseñanza es considerada como un proceso de ayuda, que pretende apoyar o “andamiar” el logro de aprendizajes significativos.

Sin embargo, se reconoce que no existe una manera única de enseñar o un método infalible que resulte efectivo y válido para todas las situaciones de enseñanza y aprendizaje.

En ese sentido, las estrategias de enseñanza son entendidas como procedimientos que el agente de enseñanza, en este caso quien diseñó el Manual, utiliza en forma reflexiva y flexible para promover el logro de aprendizajes significativos en los alumnos; son medios o recursos (didácticos) para prestar la ayuda pedagógica.

Según el momento en el que se presentan durante el proceso instruccional, las estrategias de enseñanza pueden ser clasificadas en preinstruccionales, coinstruccionales y postinstruccionales.

Como su nombre lo indica, las preinstruccionales se incluyen al inicio de una secuencia de enseñanza-aprendizaje o como en este caso, al inicio del texto instruccional mismo o de cada una de las unidades didácticas o capítulos que lo integran. El propósito de estas estrategias es preparar y alertar al estudiante en relación con qué y cómo va a aprender; inciden sobre la activación de los conocimientos previos pertinentes. Facilitan al aprendiz ubicarse en el contexto conceptual apropiado y le generan expectativas adecuadas. Las estrategias preinstruccionales más usuales son los objetivos y los organizadores previos.

Las estrategias coinstruccionales se incluyen durante o dentro del proceso instruccional, su objetivo es presentar los nuevos contenidos por aprender, de una manera didáctica; mejoran la atención del estudiante, le ayudan a detectar la información principal, a codificar y conceptualizar los contenidos de aprendizaje y a organizar, estructurar e interrelacionar las ideas importantes. Dentro de este tipo de estrategias se incluyen las ilustraciones, mapas conceptuales, analogías y cuadros sinópticos.

Las estrategias postinstruccionales se incluyen al final del proceso instruccional y su propósito es permitir al alumno formar una visión sintética, integradora e incluso crítica del material por aprender. Otra función importante es darle la oportunidad al aprendiz de valorar o evaluar su propio aprendizaje. Algunas de las estrategias

postinstruccionales más usuales son los resúmenes finales, organizadores gráficos como cuadros sinópticos simples y de doble columna, y mapas conceptuales.

Las estrategias preinstruccionales que se han incluido en el Manual para el tratamiento del niño con TDA/TDAH en la escuela, son:

- Objetivos y
- Organizadores previos.

Los objetivos son enunciados en los que se establecen las condiciones, el tipo de actividad y forma de evaluación del aprendizaje. Dan a conocer la finalidad y alcance del material, qué esperar de él y como manejarlo. Señalar explícitamente los propósitos educativos que se persiguen con el Manual, ayuda al destinatario a activar los conocimientos previos sobre el tema, favorece el desarrollo de expectativas adecuadas y le permite contextualizar conceptualmente los contenidos, así como encontrar sentido y valor funcional a los aprendizajes involucrados.

Los organizadores previos presentan información de tipo introductoria y contextual; ayudan a crear enlaces adecuados entre los conocimientos previos y la nueva información, ya que tienden un puente cognitivo y aseguran con ello una mayor significatividad de los aprendizajes logrados. Hacen más accesible y familiar el contenido, ya que facilitan la construcción de una visión global y contextual del mismo.

Las estrategias coinstruccionales que se han incluido en el presente Manual, son:

- Ilustraciones
- Señalizaciones y
- Mapas conceptuales.

Las ilustraciones constituyen uno de los tipos de información gráfica más ampliamente empleados en los textos con fines educativos, como el presente Manual; son recursos didácticos utilizados para expresar una relación espacial esencialmente de tipo reproductivo, es decir, el énfasis se ubica en reproducir o representar objetos o situaciones cuando no se tiene la oportunidad de tenerlos en su forma real.

Las ilustraciones facilitan la codificación visual de la información y son recomendables para comunicar ideas de tipo concreto, conceptos de tipo visual o espacial, y también para ilustrar procedimientos o instrucciones.

Las ilustraciones expresivas buscan sensibilizar o lograr un impacto en el aprendiz considerando aspectos actitudinales y emotivos, porque evocan o despiertan ciertas reacciones que interesa propiciar, con una intención educativa.

Las señalizaciones tienen una larga trayectoria en el diseño de textos instruccionales, incluyen claves o avisos estratégicos que se emplean a lo largo del discurso para enfatizar u organizar ciertos contenidos que se desea compartir con los aprendices. Su principal función consiste en orientar al aprendiz para que éste reconozca lo importante, así como aquellos aspectos a los cuales debe dedicarle un mayor esfuerzo atencional y constructivo, es decir, orientan y guían la atención y el aprendizaje.

Las señalizaciones extratextuales son los recursos de edición o tipográficos que acompañan al discurso y que son empleadas por el diseñador con la intención de destacar ideas o conceptos que se juzgan relevantes. Algunas de las señalizaciones extratextuales utilizadas en el presente Manual son:

- Uso de negrillas y tamaño de letra.
- Uso de viñetas para formar listas de información.
- Empleo de títulos y subtítulos.
- Subrayados o sombreados de contenidos principales como palabras o conceptos clave y definiciones.
- Empleo de recuadros para incluir material que se quiere destacar.
- Uso de colores para las imágenes.

Los mapas conceptuales son representaciones gráficas de segmentos de información o conocimiento conceptual; permiten representar contenidos temáticos de una disciplina científica. Un mapa conceptual es una estructura jerarquizada por diferentes niveles de generalidad o inclusividad conceptual. Está integrado por conceptos, proposiciones y palabras de enlace. Algunos conceptos son más generales o inclusivos que otros, por lo cual se clasifican básicamente en conceptos supraordinados (que incluyen o subordinan

a otros), coordinados (que están al mismo nivel de inclusión que otros) y subordinados (que son incluidos o subordinados por otros).

Al vincular dos conceptos o más, se forma una proposición; las palabras de enlace expresan el tipo de relación existente entre dos conceptos o un grupo de ellos. Cuando se vinculan varias proposiciones entre sí, se construyen explicaciones conceptuales.

Los mapas conceptuales permiten representar de manera gráfica y resumida los conceptos que se busca enseñar y la relación jerárquica y semántica que existe entre ellos.

Como estrategia postinstruccional se incluyó una evaluación final, con la intención de brindar al profesor la oportunidad de repasar el contenido y autoevaluar los conocimientos adquiridos; se le solicita que después de responder el cuestionario, compare y corrija sus respuestas, si es necesario.

MANUAL PARA EL TRATAMIENTO DEL NIÑO CON TDA/TDAH EN EL AULA



CONTENIDO TEMÁTICO

	Págs.
PRESENTACIÓN	1
Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad	3
1.2. Etiología	9
1.3. Incidencia	10
1.4. Diagnóstico	12
1.5. Síntomas	14
1.6. El TDA/TDAH y otros Trastornos Comórbidos Asociados	16
1.7. Evolución del TDA/TDAH a lo largo del Ciclo Vital	19
2. Efectos del TDA/TDAH sobre el aprendizaje del niño en la Escuela	25
2.1. Tratamiento	32
3. Enfoque cognitivo conductual para incrementar la atención y autocontrol en niños con TDA/TDAH	37
Actividades para incrementar la atención y el autocontrol	44
3.1. Entrenamiento en autoinstrucciones	44
3.2. Técnica de relajación “La Tortuga”	46
3.3. Control de Ira	47
3.4. Técnica para la solución de problemas	48
3.5. Entrenamiento de Correspondencia	50
3.6. Estrategia para la elaboración de textos de tipo narrativo	50

	Págs.
3.7. Estrategias para la elaboración de ensayos de tipo argumentativo	51
3.8. Estrategias para realizar fichas de comprensión de textos	52
3.9. Estrategias para la resolución de problemas de matemáticas	53
3.10. Discriminación de emociones	56
Anexos	57
Glosario	
Evaluación	

PRESENTACIÓN

El proceso educativo que se desarrolla al interior del aula ha sido y sigue siendo uno de los más controvertidos y discutidos, y es ahí, donde diariamente el profesor de educación básica ejerce su labor educativa; estos profesores en la mayoría de las ocasiones perciben las necesidades que se presentan en el aula y se ven obligados a enfrentarlas con los recursos de que disponen.

Es el salón de clases regular el lugar idóneo para promover el aprendizaje, en donde el niño esté en posibilidades de triunfar, labrarse una imagen personal positiva y sentirse bien respecto a sí mismo, y para que se pueda crear este espacio que genere experiencias formativas en los alumnos, el profesor debe saber con qué cuenta para así realizar un esfuerzo extra (Silver, 1988); es indispensable que cuente con el conocimiento y manejo de herramientas que le permitan ampliar sus posibilidades de acción.

Por otro lado, es conveniente considerar que si a los alumnos que no presentan dificultades para aprender les cuesta trabajo adquirir ciertas habilidades en el proceso de enseñanza-aprendizaje, con mayor razón a los alumnos con TDA/TDAH o aquellos que presentan cualquier otro problema de aprendizaje.

El TDA/TDAH es una de las afecciones neuropsiquiátricas que más afectan a la población infantil y adolescente y debido a las serias consecuencias que puede llegar a tener, se enfatiza la necesidad de fortalecer la capacitación de los maestros, dado que éstos son los profesionales idóneos para identificar oportunamente

este trastorno dada su formación, experiencia y por el estrecho contacto que mantienen con sus alumnos.

En nuestro país se ha dado énfasis a este trastorno. La población que se ve afectada oscila entre los 2% y 4% de niños en el país (Macotela, 2003), lo que significa que uno de cada 25 niños se ve afectado por este trastorno.

Aunque generalmente el TDA con o sin hiperactividad se diagnostica durante la infancia, no es un trastorno que afecte sólo a los niños, ya que muchas veces se prolonga hasta la adolescencia y a etapas posteriores y frecuentemente no se diagnostica hasta muchos años después.

El propósito del presente manual es proporcionar al profesor de educación básica información actualizada sobre el TDA/TDAH, así como algunas alternativas de tratamiento susceptibles de ser aplicadas en el aula.

Esta diseñado para ser utilizado de manera autodidacta, se han incluido algunas estrategias para favorecer el aprendizaje, así como un glosario para facilitar la comprensión de algunos de los conceptos utilizados en el manual y al final se ha incluido una evaluación.

Se recomienda leer el manual en su totalidad, identificar a los alumnos que presenten este trastorno, aplicar las técnicas para el tratamiento del niño con TDA/TDAH en su salón de clase y aplicarse la autoevaluación final.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD

1.1. ANTECEDENTES



En nuestro país se está buscando la forma de incorporar en los grupos de escuelas regulares y en todos los grados de la escuela primaria a todos los niños con discapacidades o deficiencias de aprendizaje y se espera que los profesores que van a atender a estos niños estén capacitados.

Para ello, se hace indispensable, informar y capacitar a los profesores y personal escolar para que puedan brindar el apoyo y servicio adecuado a las demandas de los niños que tienen Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/TDAH) y otras dificultades para aprender.

El síndrome que hoy en día es conocido como Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/TDAH), fue descrito por Heinrich Hoffmann en 1854 (Solloa, 1999).

Diversos autores (Biaggi, 1996; Solloa, 1999; Mulas y Morant, 2000; Benavides, 2003; Joselevich, 2003), reportan que es hasta comienzos de 1900 cuando surgieron los primeros estudios científicos realizados por Still, un famoso pediatra Británico que descubrió a niños que tenían lo que él llamó “un defecto del control

moral”, estos niños presentaban dificultades académicas serias pero no mostraban un impedimento general del intelecto, ni un trastorno físico, ya que lo que más caracterizaba a estos niños eran los problemas de conducta, concentración, agresividad, falta de disciplina, irritabilidad e hiperactividad. En aquel tiempo se estudió la posibilidad de que este trastorno fuera causado por lesiones anteriores o posteriores al parto.

A partir de 1902, se realizaron observaciones acerca de las alteraciones conductuales que aparecían en los niños afectados por encefalitis, descubriéndose que los niños que padecían este proceso inflamatorio cerebral, desarrollaban con el tiempo y de por vida, trastornos como la conducta antisocial, hiperquinesia, incapacidad para concentrarse en actividades intelectuales, impulsividad, labilidad emocional, sin privación alguna de sus capacidades intelectuales.

A partir de 1935, se han realizado investigaciones relacionadas con medicamentos que podrían ayudar a quienes padecen problemas de conducta e hiperactividad y en 1950, Brandley, (citado por Solloa,1999), fue el primero en emplear anfetaminas en el tratamiento de pacientes que presentaban hiperquinesia e inatención.

En 1947 Strauss y Lehtinen (citados por Solomon, 1978) encontraron que varias características, incluyendo hiperactividad, desinhibición e inatención, estaban relacionadas con niños con “Daño Cerebral” a diferencia de aquellos mentalmente retardados sin daño cerebral. En ese mismo año Clements, (citado por

Solomon, 1978), utilizó el término de “Disfunción Cerebral Mínima” para referirse a este trastorno.

En esta misma época los científicos dejaron de centrarse en la definición del trastorno y se centraron más en sus posibles causas; cuando se encontró que en muchos niños no había “Daño Cerebral” el término se cambió a “Disfunción Cerebral Mínima”; más tarde la investigación volvió a buscar una mejor definición de los problemas de conducta, hasta centrarse en las conductas como la hiperactividad y llegar a denominar a este trastorno como “Síndrome de hiperactividad del niño” (Barkley, 1999).

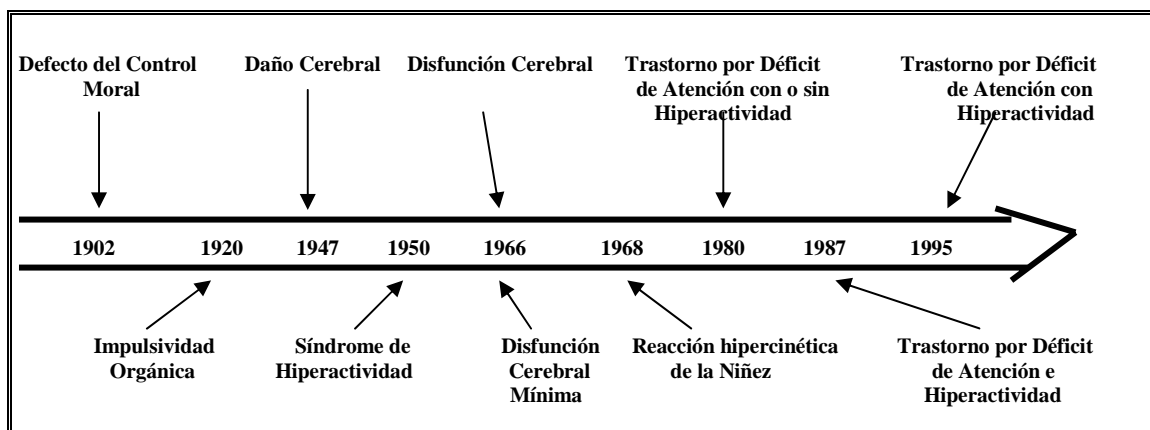
En 1968, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-II), se describió la “Reacción Hiperkinética de la Niñez” como un desorden caracterizado por sobreactividad, inquietud, inatención, y lapsos de atención cortos especialmente en niños pequeños; y es hasta la década de 1970 cuando se comenzó a delinear este trastorno tal y como lo conocemos hoy en día (Solloa, 1999).

En 1980, se publicó una nueva versión del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-III, 1984), en el cual por primera vez se define al trastorno como “Trastorno por Déficit de atención” y describiéndolo como un problema relacionado con la atención y la impulsividad, donde los síntomas de hiperactividad podían estar o no presentes. En la versión revisada del DSM-III-R publicada en 1987, se introdujeron varias modificaciones al diagnóstico, se le cambió el nombre de “Trastorno por Déficit de Atención” por el de “Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad”.

En 1995 en la edición del DSM-IV se clasifica al trastorno como “Déficit de Atención con Hiperactividad, en esta nueva versión se reagrupan los síntomas en tres subgrupos: tipo combinado, tipo con predominio de déficit de atención y el tipo con predominio hiperactivo- impulsivo (DSM-IV, 1995).

Las definiciones cubren un rango amplio de síntomas, donde las características centrales involucran los fenómenos de hiperactividad, impulsividad y déficit de atención.

La historia del TDA/TDAH puede quedar resumida en el siguiente cuadro:



Para Benavides (2003), este síndrome es considerado como “**un conjunto de síntomas característicos de un estado**”, lo cual hace referencia a un problema fisiconeurológico, con causas de origen biológico y genético, cuyos síntomas se caracterizan por falta de habilidad para concentrarse y mantener la atención, controlar sus impulsos y para controlar una actividad motora excesiva a la esperada en función de la edad del sujeto y su entorno.

Otras autoras como Joselevich (2003), señalan que el trastorno tiene que ver con factores que siguen la línea neurobiológica; para esta autora el TDAH tiene que ver con factores biológicos que se encuentran determinados por bases genéticas, cuyas características son problemas para prestar atención a estímulos que demandan esfuerzo mental, dificultad para inhibir respuestas, para organizar una secuencia de acción según las demandas del contexto, dificultades para ensayar o practicar soluciones a los problemas y para tener la flexibilidad suficiente para considerar alternativas, ensayarlas mentalmente y luego ponerlas en práctica bloqueando interferencias y evaluar continuamente los resultados; Mendoza (2003) y Pérez (2003), indican que el TDA/TDAH esta determinado por una pauta madurativa distinta tanto a nivel cognitivo, adaptativo y conductual, y que presupone una disfunción a nivel del Sistema Nervioso Central.

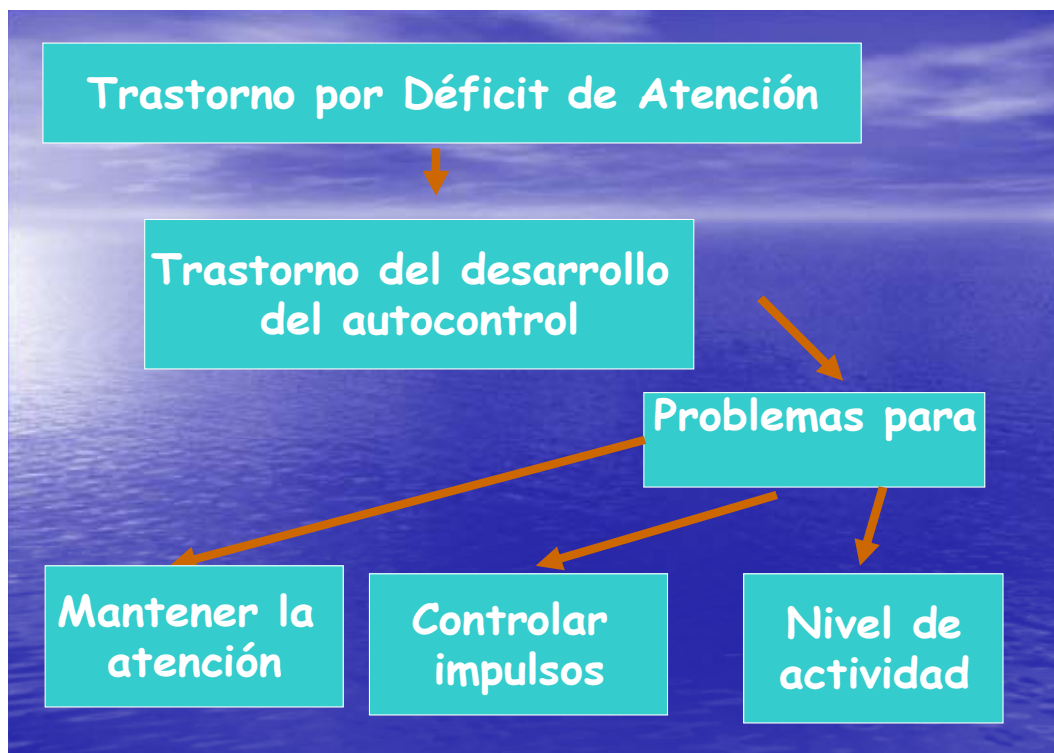
Otros investigadores definen el trastorno más como un problema de comportamiento que presentan tanto niños como adultos, con manifestaciones diferentes según la edad y la educación recibida (García y Magaz, 2000).



En general, el niño, joven o adulto con TDA/TDAH, se muestra ante los demás como un individuo con escaso auto control, dejándose llevar con frecuencia por sus emociones, ira, tristeza, alegría, ansiedad, sus deseos o sus necesidades.

Para Taylor (1991), este trastorno abarca una variedad heterogénea de procesos psicológicos que presentan múltiples causas y un efecto complejo en el desarrollo, algunos procesos como la distracción están particularmente asociados con la conducta hiperactiva y otros procesos cognitivos parecen tener una relación específica con la hiperactividad más que con otras clases de anomalías conductuales.

La definición que se considera la más completa es la expresada por Barkley (1999), uno de los investigadores más importantes que han estudiado este trastorno; para este autor **el TDA/TDAH es un trastorno del desarrollo del autocontrol que engloba problemas para mantener la atención y para controlar los impulsos y el nivel de actividad.**



Barkley, 1999.

1.2. ETIOLOGÍA

Los primeros intentos de correlacionar la condición con un defecto intrínseco de tipo neurológico según Biaggi (1996), se remontan a los años de 1917 y 1918, durante este periodo se describió por primera vez el trastorno de una forma generalizada. Esto sucedió después de un brote de encefalitis; todos los niños que sobrevivieron desarrollaron un cuadro similar al que presentaban personas con “Disfunción Cerebral Mínima”.

Existen diferentes hipótesis que se han planteado a fin de encontrar y explicar las posibles causas del trastorno.

Autores como Barkley (1998), mencionan que en estas personas existe un deterioro en las funciones ejecutivas que van desde la memoria de trabajo hasta las habilidades para controlar las emociones, el nivel de motivación y excitación.

Mientras que para Palacios (2003), las posibles causas del TDAH pueden ser de origen genético, neuroanatómico, por daño en el sistema nervioso central o por factores ambientales, aunque también pueden estar relacionados factores de riesgo pre y perinatales como: hipoxia neonatal, intoxicaciones, desnutrición y traumatismos craneoencefálicos, bajo peso al nacer, adversidad psicosocial, prematurez, C.I. parental y trastorno de conducta parental.



En los años 20`s se decía que los niños que sufrieron de encefalitis (inflamación cerebral), con el tiempo desarrollarían hiperquinesia y falta de atención.

En resumen, se puede decir que los factores que provocan el TDA/TDAH pueden ser hereditarios, neuroquímicos, neurobiológicos, neurofisiológicos y neuroanatómicos, y que dicho trastorno puede ser generado por uno de estos factores o por la combinación de varios de ellos.

1.3. INCIDENCIA

El TDA/TDAH según Biaggi (1996), es una condición psiquiátrica que afecta entre un 2% hasta un 9% de los niños en edad escolar; de acuerdo con diversos estudios masivos que se han realizado en los Estados Unidos, la cifra mayormente citada es superior a los dos millones de niños que sufren el trastorno.

Diversos autores (Biaggi, 1996; Barkley 1996, Oates, 2000; Avila y Polaino-Lorente, 2002; Palacios, 2003, etc.), reportan una frecuencia del TDA/TDAH aproximadamente entre un 3 y un 5% de los niños que se encuentran en edad escolar.

Otro dato importante es el que reportan Mulas y Morant (2000), en donde revelan que si se toma el criterio de clasificación del DSM-IV como base para medir la prevalencia del TDAH encontramos que la incidencia oscila entre el 5 y el 9 % de la población general; este porcentaje se reduce entre un 1 a un 4% si se toma el criterio de Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales y del Comportamiento (CIE-10).

La mayor parte de la literatura reporta que la proporción del TDA/TDAH se da más en niños que en niñas, siendo las proporciones de prevalencia entre 7:1 a 9:1 (Oates, 2000; Caballo y Simón, 2001). Una explicación física lógica y aceptable del por qué es más alta la prevalencia en niños que en niñas es la que da Taylor (1991), quien expresa que los niños se desarrollan más lentamente que las niñas y que por eso son más propensos a presentar un retraso evolutivo.

En nuestro país, existen alrededor de un millón y medio de niños y niñas con TDA/TDAH, según datos reportados por la Asociación Mexicana por el Déficit de Atención, Hiperactividad y Trastornos Asociados, A.C. en el 2003.

En una investigación realizada en una población rural del Estado de México, Portal y Solloa (1993), descubrieron que la prevalencia del TDAH en niños de segundo y cuarto grado de primaria era de 21.7% al realizar un diagnóstico según los criterios que establece el DSM-III-R.

Considerando todos estos reportes la prevalencia se ubicaría entre el 1% y el 21.7%, siendo la media de 11%.

1.4. DIAGNÓSTICO

Hay muchas causas para los fracasos académicos y una de las más comunes son los trastornos de aprendizaje.

Un niño con trastorno de aprendizaje es por lo general, un niño inteligente, que inicialmente trata de seguir las instrucciones, trata de concentrarse y de tener buen comportamiento en la casa y en la escuela.

El niño que trata de aprender con gran esfuerzo se frustrará progresivamente y desarrollará problemas emocionales como falta de autoestima, resultado de los fracasos repetidos; debido a todas las repercusiones que presentan estos niños, es conveniente que tanto padres como profesores conozcan los signos que con mayor frecuencia indican problemas en el aprendizaje y sobre todo puedan identificar las características que deben cumplir los niños con TDA/TDAH para ser diagnosticados con el trastorno.

No existe una sola prueba que diagnostique este trastorno; por ello, para poder hacer una evaluación abarcativa que permita establecer un diagnóstico y rechazar otras causas, se debe incluir una evaluación clínica del funcionamiento y nivel de desarrollo del individuo en el área académica, social, emocional y médica.



El niño con TDAH, con mucha frecuencia, se comporta de manera molesta para los demás, suele recibir un elevado número de recriminaciones verbales y gestuales, cuando no de castigos físicos desde los primeros años de vida.

Para obtener un diagnóstico más preciso es conveniente la participación de varios especialistas como:

Especialista	Detecta	Diagnostica	Receta Fármaco	Evalúa o Capacita	Adaptación Curricular
Psiquiatra	X	X	X	X	
Psicólogo	X	X		X	
Psicopedagogo	X	X		X	
Maestro	X				X
Neurólogo	X	X	X		
Pediatra	X	X	X		
Médico Familiar	X	X	X		

También es necesario que se utilicen cualquiera de los dos sistemas de clasificación internacionales que existen a la fecha: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), desarrollado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) o la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales (CIE-10), establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Estos dos sistemas de clasificación sirven para identificar no solo el TDA/TDAH sino los diferentes tipos de enfermedades o entidades clínicas que alteran la personalidad. La importancia en el uso de estos manuales radica en que son una guía para nombrar internacionalmente a cada trastorno con el fin de que todo el mundo distinga a las enfermedades con el mismo nombre y los profesionales de diferentes países las reconozcan, identifiquen, traten e intercambien experiencias sobre el tratamiento de las mismas (Mendoza, 2003).

A pesar de que los criterios diagnósticos en estos dos sistemas de clasificación señalan que el inicio de los síntomas debe ocurrir antes de los siete años, los investigadores más destacados en el campo del

TDA/TDAH argumentan que los criterios deben ser ampliados para incluir el inicio en cualquier momento de la niñez (CHADD, 2003).



Lo más común en estos niños es que son detectados y tratados durante los años que cursan la educación elemental. El mito que suele caracterizar a este trastorno, es que sus síntomas disminuyen con el inicio de la pubertad.

La razón por la que los niños deben diagnosticarse a partir de los siete años es porque hay dificultades para realizar el diagnóstico en niños en edades comprendidas entre los cinco y seis años de edad, y por ello debe evitarse hacer un diagnóstico de TDA/TDAH a niños menores de seis años y sólo debe realizarse en casos extremos (Taylor, 1991), haciendo énfasis en que existen casos en que se diagnostica el trastorno en niños cuyas edades oscilan entre los 6 meses y los 5 años de edad siendo esta edad la ideal para aplicar tratamiento.

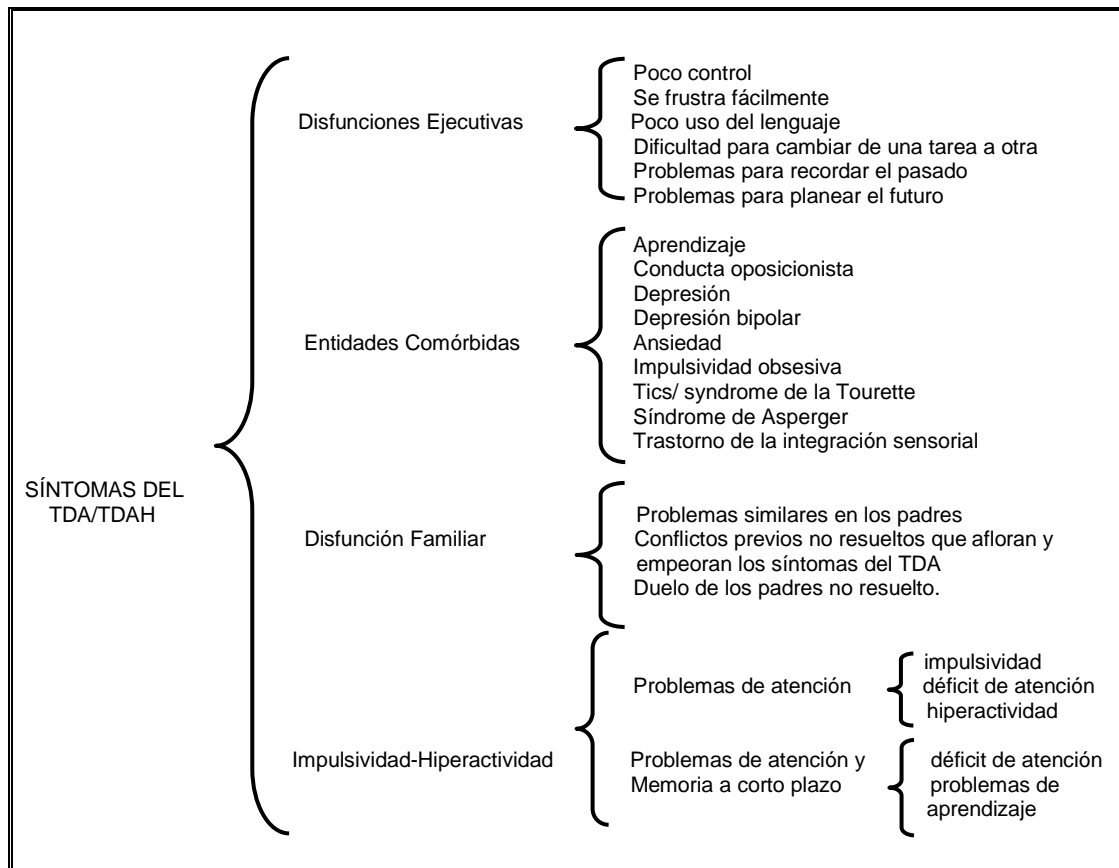
Sin embargo, es hasta que los niños ingresan a la educación primaria cuando los efectos son más evidentes, de ahí la necesidad e importancia de identificar, tratar, y dar seguimiento desde el primer año escolar.

1.5. SÍNTOMAS

El niño con TDA manifiesta mucho más que la tríada clásica de inatención, impulsividad e hiperactividad; de acuerdo con reportes de Armida (2003), este espectro incluye un rango amplio de “disfunciones ejecutivas” tales como pobre autocontrol e incapacidad para anticipar

resultados, trastornos comórbidos emocionales en el aprendizaje y conflictos familiares.

Los síntomas característicos del trastorno son:



Los primeros síntomas de los niños con Déficit de atención con o sin hiperactividad empiezan a manifestarse entre los 24 a 36 meses. Los niños en esta etapa son más difíciles de contentar y manejar y necesitan de una guía u orientación únicamente.

Se debe considerar que aún cuando todos los individuos afectados por el mismo trastorno presentan por lo menos los mismos síntomas que los caracterizan, pueden diferir en otros aspectos importantes que

afectan sus relaciones con los demás y esto es uno de los factores a tomar en cuenta cuando se dé un diagnóstico.

1.6. EL TDA/TDAH Y OTROS TRASTORNOS COMÓRBIDOS ASOCIADOS

Los síntomas que acompañan al TDA/TDAH, muchas veces se confunden o se presentan con otros trastornos neurológicos, biológicos y conductuales. Casi la mitad de los niños con TDAH especialmente los varones tienden a padecer lo que se conoce como trastorno opositor desafiante, que se caracteriza por un comportamiento hostil y desafiante y el trastorno de conducta, que es caracterizado por agresión hacia personas, animales, destrucción de propiedad, engaño, hurto y serias situaciones en las que se rompen reglas de conducta (García y Magaz, 2000).

Además de los trastornos mencionados, Mendoza (2003) señala que también hay problemas pedagógicos asociados que se pueden presentar en los niños con TDA/TDAH, dentro de los cuales se encuentran la **Dislexia (incapacidad para leer), Disgrafía (incapacidad para escribir), Discalculia (inhabilidad para manejar números y realizar cálculos); pobre coordinación motora, dichos problemas pueden deberse a alteraciones preceptuales, visuales, auditivos y espacio temporales.**

Varios autores (CHADD,2000; Joselevich,2003; Scandar,2003 y Poza,2003), concuerdan en que para hacer un diagnóstico se deben tener en cuenta los problemas asociados con el TDA/TDAH como:

- a) Dificultades de aprendizaje: caracterizado por presentarse inhabilidad en la lectura y el cálculo.

- b) Trastorno por ansiedad: se caracteriza por preocupaciones excesivas y aprehensivas que abarcan diferentes situaciones, pueden sentirse nerviosos, estresados, cansados, tensos y tener problemas para alcanzar el descanso durante el sueño.

- c) Problemas de conducta: es un patrón de comportamiento persistente en el que se violan los derechos de los otros o importantes reglas sociales.

- d) Depresión: se presenta un estado de ánimo negativo, lo cual se caracteriza porque lloran fácilmente, de forma inesperada y sin ninguna razón, están irritables frecuentemente, su estado de ánimo es triste y deprimido, o presentan un estado de ánimo elevado o irritable.

- e) Trastorno bipolar: caracterizado por un estado de ánimo anormalmente elevado en contraste con episodios de depresión; los estados de ánimo cambian rápidamente, sin razón aparente, como estar persistentemente irritables, exhibir agresividad, y en ocasiones, escuchan voces o ven cosas que el resto de las personas no escuchan o ven.

- f) Tics y Síndrome de la Tourette: caracterizado por la presencia de tics motores y fónicos que aparecen en la infancia o adolescencia temprana.

- g) Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC): se caracteriza por el hecho de que el sujeto experimenta obsesiones y compulsiones. Las obsesiones son ideas, pensamientos o imágenes persistentes en el individuo que considera intrusas e inapropiadas y que le provocan ansiedad de malestar significativa. Las obsesiones más frecuentes son temor a contaminarse o a enfermarse, dudas repetitivas, preocupación excesiva por el orden e impulsos de carácter agresivo.

- h) Trastorno opositor desafiante: esta característica presenta rasgos distintivos básicos como la “desobediencia y el oposicionismo”.

- i) Trastornos fóbicos: se caracterizan por miedo irracional a algo, fuerte impulso para evitar situaciones, lugares o momentos en que ese “algo” puede hacer su aparición.

- j) Trastorno de estrés post traumático: aquí la angustia es posterior a la exposición a una situación peligrosa y/o angustiante; se aprecian síntomas de ansiedad, inquietud, inhabilidades específicas en el aprendizaje: los individuos con TDA/TDAH frecuentemente tienen dificultades para aprender en la escuela.

La comorbilidad de otros diagnósticos psiquiátricos asociados con el TDA/TDAH, tienen una correlación significativa con **trastornos de conducta (TC), trastorno oposicionista desafiante (TOD), depresión, ansiedad, dificultades de aprendizaje y otras condiciones como el retardo mental, el síndrome de la Tourette y el trastorno de la personalidad de tipo fronterizo** (Biederman y Newcorn, 1991).

1.7. EVOLUCIÓN DEL TDA/TDAH A LO LARGO DEL CICLO VITAL

En la actualidad y gracias a los múltiples estudios que se han realizado sobre el TDA/TDAH, se han llegado a conocer mejor los orígenes y sobre todo los efectos que provoca este trastorno a lo largo del ciclo vital del sujeto.

Para analizar las diferentes etapas de la vida de un sujeto, se dividieron de la siguiente manera:

De los 0 a los 3 años.

Los antecedentes de muchos niños hiperactivos revelan complicaciones durante el periodo de gestación o durante el parto (Ávila y Polaino-Lorente, 2002), ya que según estos autores en el periodo neonatal y la primera infancia, estos niños presentan dificultades para dormir, comer, son inquietos e irritables y en la práctica resulta imposible controlarles.

Por otro lado, Oates (2000), dice que alrededor de un 50% de las madres de estos niños comentan que su hijo durante el embarazo se movía mucho; otros padres aseguran que desde que el niño comenzó a caminar no se quedaba quieto. La mayoría de los padres concuerdan en

que el niño cambió su conducta entre los dos años y medio y los tres años.

De los 4 a los 6 años.

Al entrar al nivel preescolar, surgen preocupaciones adicionales provocados por problemas de conducta en el salón de clase, desobediencia, reto a la autoridad, mentira y bajo rendimiento académico. Las dificultades en sus relaciones continúan y el niño es aún más difícil de tratar en situaciones fuera del hogar (Solloa, 1999).

Otra área que se ve afectada en estos niños durante su desarrollo es la impulsividad que presentan durante el juego y los deportes, ya que como señalan Ávila y Polaino-Lorente (2002), han observado que estos niños tienden a apartarse con los juguetes que son para ellos novedosos, los manipulan de forma impulsiva hasta dejarlos en la mayoría de las ocasiones para “tirarlos a la basura”.

De los 7 a los 12 años.

En estos años el niño presenta dificultad para seguir la disciplina impuesta en la escuela, tiene más problemas para el aprendizaje que sus compañeros y es probable que empiece a presentar síntomas depresivos como consecuencia de su fracaso para adaptarse a las demandas tanto de sus padres, maestros y compañeros.

Entre los siete y los diez años de edad, al menos un 30-50% de estos niños, probablemente desarrollarán síntomas de trastorno disocial y conductas antisociales como mentiras, pequeños robos y resistencia a

la autoridad. Son una minoría los niños que llegan a la preadolescencia sin desarrollar otros trastornos psiquiátricos, dificultades académicas o sociales (Barkley, 1999).

Debido a estas alteraciones las complicaciones que se generan en el niño pueden ser sentimientos de frustración, baja autoestima y conductas inadaptadas; pero además en el niño se observan dificultades en el desarrollo de la lectoescritura, retardo en la adquisición del lenguaje, bajo rendimiento general en el aprendizaje y torpeza en la ejecución de actos simples.

Adolescencia

Hoy se sabe que tanto la intensidad como la duración de los síntomas tempranos de inatención, hiperactividad e impulsividad determinan la presencia del TDA/TDAH durante la adolescencia y la adultez.

Durante la adolescencia los jóvenes con TDA/TDAH frecuentemente presentan un retraso de dos a cuatro años en el desarrollo, lo cual los hace parecer menos maduros y responsables que los jóvenes de su edad.

La adolescencia constituye naturalmente un periodo de novedades, de búsqueda de identidad, de transformaciones biológicas, problemas propios de la adolescencia como rebeldía, malestar personal, inestabilidad emocional, confusión general que se acentúan en el adolescente hiperactivo; la sensación de fracaso se generaliza y la autoestima se hace cada vez más negativa. Los jóvenes con TDA/TDAH corren el riesgo de abusar de experiencias sexuales debido a que aun

no tienen la madurez suficiente para comprender e integrar en su vida el desarrollo sexual y el papel que la sexualidad juega en la vida de una persona (Ávila y Polaino-Lorente, 2002) y abuso y uso de drogas ilícitas estimulantes.

Según Rosan (2003), sólo un 20% de los niños con TDA/TDAH llegan a la adolescencia con una **“acentuada declinación sintomática”**, otro 20% alcanzan esta etapa con signos más o menos evidentes de mejoría, mientras que el 60% restante continúan sin ningún cambio. Al mismo tiempo señala que es común que los adolescentes presenten problemas de conducta, su rendimiento escolar es bajo, pobre adaptación social, tienen problemas para relacionarse con el sexo opuesto, presentan falta de interés en los deportes, torpeza, impaciencia, transgreden normas, tienen falta de confianza en sí mismos, prevalecen en ellos conductas antisociales, hay conflictos con los padres, hay comportamientos negativos entre madre e hijo.

Por otro lado, estos chicos presentan problemas de motivación hacia la escuela y esta es una de las razones por las que se da el abandono escolar entre la población con TDA/TDAH.

Adulthood.

Hasta hace algunos años el TDA/TDAH era un trastorno exclusivo de la infancia y que era superado en la adolescencia, pero en la actualidad este trastorno se ha reconocido como un factor que persiste en la edad adulta.

El TDA/TDAH se reconoce por primera vez en la mitad de los años 80`s en los adultos por los problemas de depresión, ansiedad, abuso de sustancias o el poco control de impulsos que estos exteriorizaban; este trastorno en los adultos en algunas ocasiones es visto como un trastorno “escondido”, debido a que los síntomas se ocultan con frecuencia detrás de los problemas en las relaciones, memoria de trabajo empobrecida, baja autoestima, pobre percepción del tiempo, ansiedad, depresión, cambios en el estado de ánimo, abuso de sustancias, problemas de empleo u otras dificultades psicológicas (CHADD,2003).

Es factible encontrar tres grupos particulares en donde se pueden agrupar estos adultos:

Grupo A: Caracterizado por individuos que padecieron TDA/TDAH en su infancia o adolescencia.

Grupo B: Compuesto por aquellos que padecieron el síndrome en su niñez/ adolescencia y aún continúan presentando rastros del mismo.

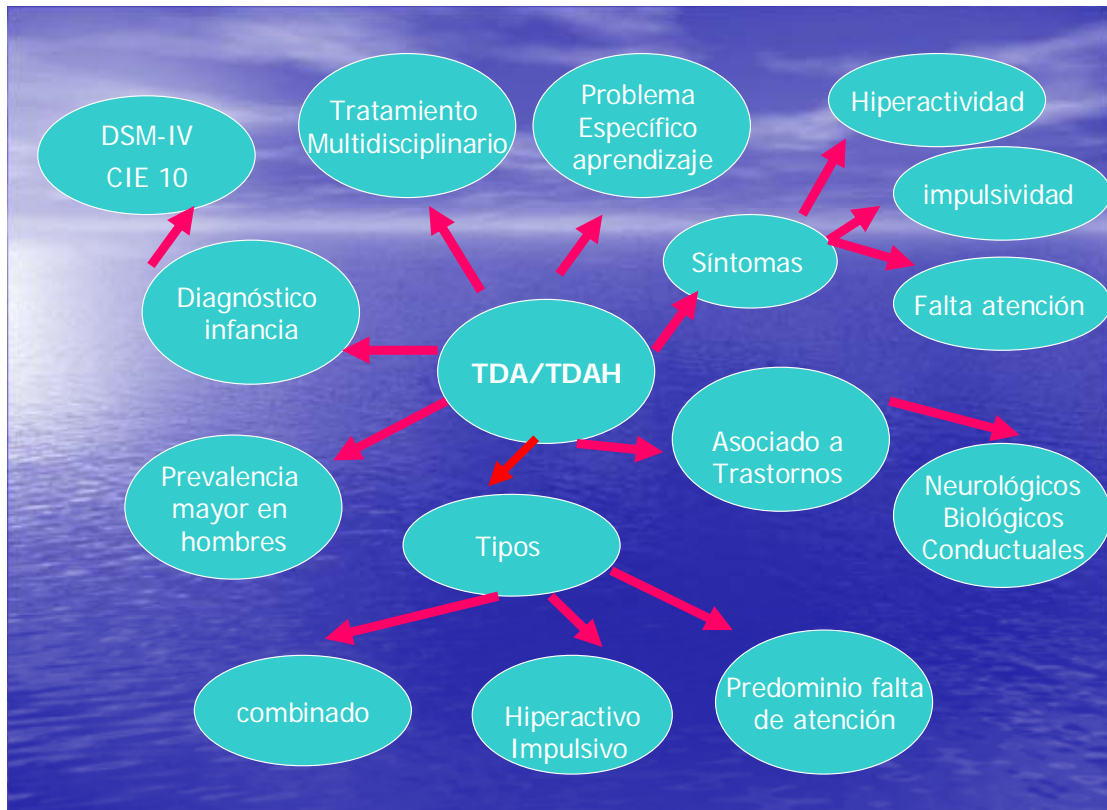
Grupo C: Formado por adultos cuyo trastorno del TDA/TDAH no fue diagnosticado ni tratado (Rosan, 2003).

Sin embargo para este autor, los síntomas característicos en el adulto son debidos a la deficiencia de la atención, lo cual provoca que cometan errores en las tareas que están ejecutando, se caracterizan por ser desordenados, tienen dificultad para organizar el tiempo y/o actividades, tienen escasa o nula habilidad para resolver asuntos de orden habitual, olvidan sus obligaciones, pierden constantemente objetos.

Los adultos con TDA/TDAH o con una historia de hiperactividad durante su infancia, informan que también presentan problemas para manejar el dinero, para cumplir con los horarios y para trabajar de manera independiente en su trabajo, lo que hace que asciendan más lentamente en la escala social y profesional.

No es de extrañar que estas personas se encuentren desmoralizadas al llegar a la adolescencia o a la edad adulta temprana, ya que para entonces han llegado a aceptar y adoptar la visión que los demás tienen de ellos, haciéndose tantos reproches por sus errores como les hacen los demás. La sensación de rendir siempre por debajo de lo esperado y de haberse fallado a sí mismos y a su familia puede ser tan grave en un adulto con TDAH como para requerir un tratamiento psicológico independiente del que necesita para tratar los síntomas del trastorno (Barkley, 1999).

Una posible causa de que se generen tantos problemas puede ser la forma tan alterada que tienen estas personas sobre la percepción del tiempo; respecto a esto Barkley (1999), muestra que las personas con TDAH sienten que el tiempo transcurre más lentamente; esto hace que les parezca que las cosas tardan siempre más de lo que ellos esperan, lo que provoca que se sientan frustrados y sin un sentido del futuro; es muy difícil que estas personas retarden la gratificación; sin embargo, Joselevich (2003), señala que "...aunque no exista una cura para este problema, si es posible atenuar exitosamente la aparición de los síntomas y aliviar la conflictiva situación cotidiana, disminuyendo los efectos secundarios negativos".



2. EFECTOS DEL TDA/DAH SOBRE EL APRENDIZAJE DEL NIÑO EN LA ESCUELA

Desde la antigüedad, la escuela ha sido vista como una institución que complementa las funciones del hogar, por esta razón, las instituciones escolares son el marco de referencia inmediato para los niños; por un lado, la escuela desempeña un importante papel en sus vidas como reguladora del aprendizaje, de las inserciones sociales y de la adquisición de normas y valores; por otro lado, está la familia ya que desde el mismo nacimiento del niño y a lo largo de toda la vida junto con la escuela cumple un rol decisivo a la hora de diseñar formas de vivir, lograr éxitos o sufrir fracasos, de avanzar o desviarse del camino (Benavides, 2003).

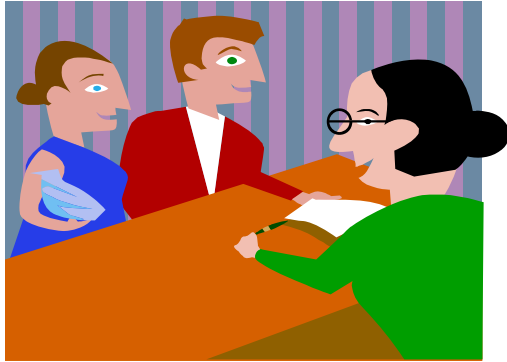


En la sociedad contemporánea, ningún hogar puede ofrecer todas las condiciones y recursos necesarios para educar de manera integral a los niños.

Generalmente las escuelas no identifican y no determinan la mejor manera de enseñar a todos y cada uno de sus alumnos lo cual representa un problema, ya que los niños que tienen alguna incapacidad para el aprendizaje (incluido el TDA/TDAH) tienen impedimentos invisibles difíciles de observar y por consiguiente fáciles de pasar por alto (Silver, 1988).

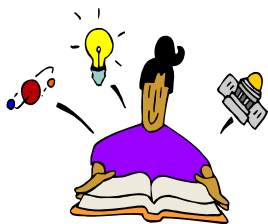
Es claro que en la escuela se requiere cierta flexibilidad en las pautas habituales de enseñanza, porque en nuestro medio es frecuente encontrar un grado variable de resistencia, posiblemente por la falta de asesoramiento y formación docente para encarar los casos especiales de enseñanza como ocurre con el TDA/TDAH (Joselevich, 2003).

En las escuelas públicas los profesores llegan a tener más de treinta alumnos y seguramente tendrán entre tres o cuatro niños con Necesidades Educativas Especiales en cada curso; por ello es necesario capacitar a los docentes por que desde sus propios planes de formación no se han incluido estas cuestiones para que sean capaces de afrontar estos problemas.



Los padres y profesores deben conocer los signos que con mayor frecuencia indican problemas de aprendizaje en el niño.

Joselevich (2003) considera que si los maestros se encuentran vinculados a niños con TDA/TDAH es necesario que conozcan la naturaleza de este trastorno y, especialmente tengan en cuenta que estos niños no están en condiciones de auto-controlar ciertas conductas que están más allá de la autorregulación y de las decisiones conscientes. Igualmente estos niños dejarían de ser calificados por sus profesores como **“cabezotas”**, **“tontos”**, **“desobedientes”**, **“holgazanes”** y **“descuidados”** (Ávila y Polaino- Lorente, 2002). De la misma manera, es preciso que el profesor tenga presente que él no debe dar diagnósticos sobre la conducta de sus alumnos, ya que sus juicios pueden alterar la vida de los mismos y siempre debe tener en cuenta su responsabilidad social.



El profesor pretende que el niño hiperactivo sea como los demás: que obedezca órdenes, esté sentado, atienda a sus explicaciones y esto sin un reconocimiento específico es imposible.

Por otro lado, cuando el niño con TDA/TDAH ingresa a la educación preescolar, sus conductas comienzan a ser mejor observadas, pero como no son demasiado pronunciadas a las exigencias de autocontrol y de un aprendizaje más dedicado y sostenido, el niño con el trastorno puede pasar inadvertido.

De acuerdo con Rief (1999), en cuanto al trabajo que debe realizar el profesor con los alumnos con TDA/TDAH, se deberá establecer de acuerdo a los siguientes factores:

1. Flexibilidad, compromiso y voluntad para trabajar con el alumno en un nivel personal.
2. Entrenamiento y conocimiento sobre el TDA/TDAH.
3. Una estrecha comunicación entre el hogar y la escuela.
4. Brindar claridad y encuadre a los alumnos con TDA/TDAH.
5. Estrategias de enseñanza creativas, interactivas e interesantes, que mantengan la participación y la interacción de estos niños con sus compañeros.

Los niños con TDAH de acuerdo con Barkley (1999), tienen menos habilidad para utilizar estrategias complejas de solución de problemas de tipo social o intelectual; durante toda su escolarización en la mayoría de estos niños se generará estrés, presentarán dificultades para estar sentados, atender, escuchar, obedecer e inhibir sus conductas impulsivas, cooperar, organizar sus acciones, seguir las instrucciones, jugar bien y relacionarse amigablemente las cuales serán más evidentes al entrar a la primaria ya que en este nivel se espera un mayor control para mantener la atención en las actividades que solicita el profesor.

El ritmo de trabajo en estos niños es lento, otros intentan terminar rápidamente y ser los primeros sin importar la calidad de su trabajo; cuando realizan trabajos en equipo no escuchan ni respetan las opiniones de sus compañeros. Generalmente realizan movimientos que no son estrictamente necesarios para completar la tarea, tales como mover los pies, las piernas, dar golpecitos a las cosas, balancearse mientras están sentados o cambiar de postura o posición con frecuencia mientras realizan sus tareas (Mendoza, 2003).



El profesor es un profesional idóneo para identificar oportunamente este trastorno; dada su formación y experiencia son quienes pueden diferenciar con bastante exactitud el desarrollo normal de sus alumnos debido al estrecho contacto que mantienen con ellos.

Hay que recordar que estos niños tienen talentos y habilidades naturales con los que pueden contar para crear buenas vidas y carreras para sí mismos. Cabe señalar que hay muchas personalidades que supuestamente han presentado TDA/TDAH, y dentro de esta lista de personajes se encuentran: Albert Einstein, Galileo Galilei, Thomas Alva Edison, W. Amadeus Mozart, Walt Disney, Leonardo Da Vinci, Abraham Lincoln, Louis Pasteur, Salvador Dalí, etc.(Mendoza, 2003).

No todo es malo en los niños con TDA/TDAH, ya que con un buen tratamiento médico, psicológico, pedagógico, estos pequeños pueden mantenerse en un salón de clases regular, y esto puede alcanzarse siempre y cuando el profesor tenga disposición para aplicar los

programas de conducta, tenga la formación y experiencia para poder introducir algunas modificaciones en determinadas características en el aula cuando sea necesario.



Todas las personas con TDAH tienen talentos y habilidades naturales con los que pueden contar para crear buenas vidas y carreras para sí mismos.

También es necesario capacitar al chico hiperactivo para tener una mejor adaptación escolar e impedir que se vuelva resentido e inseguro. Lo más adecuado es adaptar el ambiente a las necesidades de estos chicos, la educación de padres y maestros, respecto a los problemas de los chicos hiperactivos y cómo manejarlos, parece ofrecer la mejor esperanza para capacitar a los niños a sentirse confiados y felices, a pesar de las limitaciones de su temperamento.



La tarea que tiene que realizar un profesor en el nivel primaria es muy difícil, ya que la mayoría de las veces el maestro tiene un gran número de niños dentro de un espacio reducido y por lo tanto es imposible dar la atención adecuada a las conductas y desempeño de cada uno de los alumnos.

Por esta razón, se pierden de vista algunos de los propósitos escolares; por lo que en la escuela se debería llevar a cabo el proceso de evaluación para seleccionar a los alumnos con el fin de averiguar quiénes son los que presentan mayor dificultad de la normal para llevar a cabo su proceso de enseñanza-aprendizaje y por otro lado conseguir datos que se puedan usar en la preparación de programas individuales, en el caso de aquellos niños que presenten alguna alteración. Sin embargo, esto no se realiza ya que lleva un proceso minucioso, muy costoso y requiere de muchas horas de trabajo de especialistas; sin embargo no es imposible.

Es importante identificar a los niños con TDA con o sin hiperactividad, teniendo en cuenta que no todo niño que presente algún tipo de dificultad escolar, de conducta o cualquier otro tipo de alteración debe ser etiquetado como un niño con problemas de aprendizaje.

Es claro que el proceso de identificación empieza localizando a aquellos niños que experimentan dificultades y concluye con la toma de decisiones sobre cuál es el tipo de impedimento que puede tener un niño y si tiene alguno, en qué ambiente se le puede enseñar mejor. Es por eso que en toda institución escolar debería haber una persona especializada cuyo cometido fuera recibir los casos de niños que presentan problemas de aprendizaje, recoger los datos de las evaluaciones y determinar el tipo de asesoría que debe recibir el niño.

Es conveniente que el profesor tenga presente que él no debe dar diagnósticos sobre la conducta de sus alumnos ya que sus juicios pueden alterar la vida de los mismos y siempre debe tener en cuenta su responsabilidad social.

El profesor puede realizar una identificación previa del niño con TDA/TDAH, para ello en este manual se anexan 3 formatos (ver anexos 1, 2 y 3) que puede llenar para poder tener la certeza de la presencia del trastorno en sus alumnos y de esta manera poder informar a los padres del niño para que acudan a cualquier instancia ya sea médica, psicológica, psiquiátrica o neurológica para que se le realice el diagnóstico.

2.1. TRATAMIENTO

La falta de definición científica del TDA/TDAH, unida a las dificultades en su detección y atención en el sistema educativo, provoca que muchos estudiantes fracasen en sus estudios sin saber que tienen el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad; por esta razón los expertos insisten en que la mejor forma de atacar el problema es detectarlo pronto para evitar que el niño arrastre un grave retraso en su formación.



Por lo general, los niños con TDA/TDAH que no reciben tratamiento, con el tiempo van a necesitar servicios de salud mental, pueden tener problemas con la justicia o de índole marital, o bien pueden cambiar de empleo a cada momento.

De los distintos enfoques de intervención que existen se considera que el tratamiento multimodal y multidisciplinario es el que más beneficios aporta, es indispensable que antes de realizar cualquier intervención el niño sea valorado por un médico y psicólogo para indagar cuál es el tratamiento que se adapta mejor a las necesidades del niño.

Entre las intervenciones más efectivas para tratar el TDA/TDAH se encuentran:

Farmacológica: los medicamentos más utilizados para tratar el TDA/TDAH son los estimulantes, neurolépticos, ansiolíticos-sedantes, antipsicóticos, anticonvulsivos, tranquilizantes, antidepresivos tricíclicos, antidepresivos no tricíclicos (Dupaul y Costello, 1999; Mulas y Morant, 2000; De la Peña, 2003; Benavides, 2003).

El objetivo es controlar la conducta del niño para ayudarle a ajustarse a las necesidades del entorno haciendo más eficaz su trabajo, facilitando un mayor autocontrol, disminuyendo su mal humor e irritabilidad, lo cual le va a ayudar a ser menos caprichoso, va a lograr que tenga más confianza en sí mismo (Ávila y Polaino-Lorente, 2002).

Aunque el medicamento, no “curará” el TDA/TDAH, pues este trastorno no se cura, ni desaparece a lo largo del tiempo; pero sin embargo el medicamento si ayudará al niño, adolescente y adulto a disminuir sus síntomas proveyéndole tranquilidad y control sobre sus conductas disruptivas.

Tratamiento psicológico

De acuerdo con García (1998) y García y Magaz (2000), los tratamientos más representativos que se utilizan para tratar el TDA/TDAH son:

Conductual: Este tratamiento consiste en la aplicación de un programa en el cual se apoyan las respuestas incompatibles con la hiperactividad tales como estar quietos, atentos, responder congruentemente, etc., y se extinguen las conductas inadecuadas.

Control medio ambiental: se enfatiza en cuatro factores esenciales en un ambiente educacional tanto para niños hiperactivos con lesión cerebral así como hiperactivos por desajustes emocionales, su objetivo es ordenar y estructurar el ambiente en la vida del niño.

Adiestramiento en destrezas sociales: Se enseña al niño a mostrar comportamientos apropiados tales como: esperar turno, compartir juguetes, pedir ayuda y después se le brinda la oportunidad de practicar.

Cognitivo-Conductual: La finalidad es conseguir que el niño con TDAH sea capaz de alcanzar por sí mismo una total autonomía en la regulación de su comportamiento (autocontrol, adaptación a las normas, etc.), autonomía física (orden, colaboración, hábitos diarios); autonomía cognitiva (capacidad para seleccionar la información relevante de la irrelevante, autoevaluación, autocorrección, selección de las estrategias de actuación más adecuadas de acuerdo a la situación); autonomía emocional. El programa debe contemplar como objetivo fundamental que el niño pase de una dependencia del adulto a una mayor autonomía (Orjales, 2001).

Dentro de este enfoque se encuentran las técnicas cognitivas como las autoinstrucciones que tienen como propósito fundamental el controlar las verbalizaciones internas o externas sobre la conducta abierta (García, 1998) y las autoafirmaciones en donde el niño aprende a tener conciencia de los procesos mentales (Orjales, 2001).

Debido a la disputa que existe respecto a qué tratamiento es el más benéfico para reducir los síntomas del TDA/TDAH, se considera necesario realizar un tratamiento multimodal y multidisciplinario para poder ayudar a desarrollar en el niño las habilidades que se hayan disminuidas y en otros casos inexistentes para lograr un máximo restablecimiento en las distintas áreas donde se desenvuelve el niño.

Con combinaciones efectivas de medicación, estrategias didácticas adecuadas y apoyo emocional, los niños con TDA/TDAH pueden desarrollar maneras de controlar su atención y minimizar sus comportamientos destructivos; pueden encontrar que al estructurar sus tareas y controlar su medio ambiente, pueden lograr metas personales. Pueden aprender a encausar su exceso de energía en deportes y otras actividades de alta energía, pueden identificar opciones de carrera que aumenten sus fortalezas y habilidades.

Por ejemplo, las personas que tienden a ser extrovertidas y preparadas para actuar, debido a su impulso para buscar momentos de emoción, pueden tener éxito en negocios, deportes, construcción y oración pública. Debido a su habilidad para pensar en muchas cosas a la vez, muchos han ganado aclamación como artistas e inventores.



3. Enfoque cognitivo conductual para incrementar la atención y autocontrol en niños con TDA/DAH.



En cada momento histórico del desarrollo de la educación los especialistas e investigadores han impuesto determinadas expresiones para identificar acciones y procesos del acto educativo. Con el tiempo éstas han cambiado, sustituyéndose por otras más válidas desde una nueva perspectiva con la que se examina la enseñanza y el aprendizaje.

Durante un tiempo era frecuente el concepto de *ejercicio*, el que más tarde se sustituyó por el de *técnica*; luego surgió el de *dinámicas* y, hace relativamente poco, el de *estrategia*.

Por estrategia se entiende el recurso, o la habilidad, que permite realizar algo correcta y fácilmente siguiendo ciertas reglas o secuencia de pasos.

Con el desarrollo del paradigma cognitivo, así como del constructivismo, el concepto de estrategia ha sido transferido creativamente, al ámbito de la educación en el marco de las propuestas de enseñar a pensar y de aprender a aprender.

A partir de este enfoque, la estrategia es un componente esencial para el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Hay distintos tipos de estrategias; para fines de este trabajo se utilizarán las estrategias cognitivo conductuales para incrementar la atención en niños con TDA/TDAH.

Desde un enfoque diferente a la Psicología Educativa y Evolutiva, la perspectiva clínica cognitivo conductual desarrollada a principios de los años setenta empieza a dar importancia al uso de estrategias cognitivas mediacionales para explicar problemas de conducta y de rendimiento. Es a lo largo de los años ochenta cuando el modelo conductual reconoce que las variables cognitivas son mediadoras importantes en cualquier cambio de conducta; se empieza a dar énfasis al desarrollo de las autoinstrucciones como procedimiento para el tratamiento de la hiperactividad e impulsividad infantil, ideado por Meichenbaum a principios de los setenta (Meichenbaum y Goodman, 1971) quien toma como referencia la teoría de Vigotsky (1962) sobre las relaciones entre el pensamiento y el lenguaje, destacando el papel del lenguaje en el desarrollo mental y su función de mediador o regulador de la conducta; se explica que los niños en el curso de su desarrollo, aprenden a controlar su conducta utilizando verbalizaciones autodirigidas. Según esta teoría, el niño se socializa y gana autocontrol respondiendo a las instrucciones de otros y después de una forma abreviada usa “autoinstrucciones” para guiar y controlar su propia conducta.

De acuerdo a lo anterior, Meichenbaum y Goodman, (1971), con base en el trabajo realizado por Luria (1980) y en la función reguladora del habla sobre la conducta, hipotetizaron que los problemas de rendimiento y comportamiento de los niños impulsivos

podrían deberse a una falta de control verbal sobre sus conductas motoras; de acuerdo a ello podría crearse una prótesis cognitiva basada en un entrenamiento en la función autorreguladora del habla para facilitar el cambio conductual y la reducción de la impulsividad.

El principio que subyace a este enfoque es que el individuo usa su propio lenguaje como un instrumento de planeación y guía de su conducta no verbal. Esta técnica es una de las más eficaces de la aproximación cognitivo-conductual para el manejo de diversas manifestaciones comportamentales. Las autoinstrucciones han tenido como propósito primordial de investigación, el control de las verbalizaciones internas, y/o externas (en sus primeras etapas) sobre la conducta abierta y, por lo tanto, analizar las posibilidades de utilizarlas como técnicas terapéuticas.

Meichenbaum (1977) ha sido uno de los autores que más se ha abocado al estudio de los efectos de las autoinstrucciones en los niños con déficit de atención. Este mismo autor señala que Kanfer y Zinch analizaron el efecto de las auto-instrucciones en la resistencia a la tentación en niños. De acuerdo a ello, se han encontrado evidencias de que es mejor pronunciar en voz alta las autoinstrucciones que leerlas en voz baja (Meichenbaum, 1977). En el caso específico de los niños con hiperactividad se pretende que el lenguaje consigo mismo sirva de guía y soporte para un comportamiento adaptativo del sujeto.

La mediación verbal consiste en hablarse a uno mismo de una forma relevante o significativa como cuando nos enfrentamos a algo que vamos a aprender, algún problema que vamos a resolver o en la adquisición de un concepto.

Resulta evidente que en ocasiones la intervención estrictamente conductual no resulta suficiente para abordar el problema de la inatención, es por ello que algunas aproximaciones han considerado los aspectos internos del individuo y su participación en el proceso de controlar sus impulsos (intervención cognitiva).

A través de las investigaciones que se han realizado, se ha encontrado que ciertas características influyen en la efectividad del entrenamiento cognitivo-conductual. Dentro de estas están la edad del niño, su nivel de madurez cognitiva, su nivel de desarrollo del lenguaje, el locus de control y la calidad de la relación entre el niño y el profesor. También se han encontrado datos promisorios sobre las posibilidades de cambio en la conducta de una persona, al enseñarle a analizar y cambiar sus pensamientos en situaciones que le generan angustia, enseñándole a detectar los pensamientos que están causando dichas reacciones y a producir o modificar lo que la persona se dice a sí mismo.

De acuerdo con Hinshaw y Erhardt (1991), las técnicas de modificación cognitivo-conductual se caracterizan por:

- Involucrar al estudiante como participante activo/colaborador del proceso de aprendizaje.
- Verbalización abierta que gradualmente se va desvaneciendo hasta hacerla encubierta y general.
- Análisis de la tarea e identificación de la respuesta deseada.
- Modelamiento y repaso subsecuente de estrategias específicas a una tarea que se construye sobre el conocimiento y habilidades son un prerrequisito.

- Inclusión de estrategias para anticipar y atacar reacciones emocionales al fracaso.
- Estrategias de información que incluyen explicaciones sobre la función y uso de estrategias y retroalimentación sobre los cambios en la ejecución que tienen que ver con el uso de las mismas.

Los procedimientos de intervención, que se sustentan en la postura cognitiva conductual, están basados en ciertos principios que se mencionan a continuación:

- El organismo responde a las representaciones mentales del mundo circundante y no al medio propiamente dicho.
- Estas representaciones están relacionadas con el proceso de aprendizaje, ya que los procesos cognitivos-mediacionales, están involucrados en todo aprendizaje humano.
- Pensamientos, sentimientos y conductas están causalmente interrelacionadas; de este modo, el programa de tratamiento actúa en estas tres áreas.
- Las actividades cognitivas, como por ejemplo: expectativas, autoafirmaciones, atribuciones, etcétera, son importantes en la comprensión, predicción y el cambio en el comportamiento del niño.
- Las cogniciones y conductas son compatibles, lo que hace posible que los procesos cognitivos puedan ser interpretados dentro de paradigmas

conductuales y las técnicas cognitivas pueden combinarse con procedimientos conductuales.

Es por esta conceptualización, de las alteraciones conductuales y emocionales, que el tratamiento está dirigido a modificar los modelos de pensamiento que median la conducta. Todo esto se logra estimulando la actividad cognitiva, para suplir las deficiencias en el procesamiento o actuando directamente en los productos cognitivos distorsionados por un proceso de pensamiento disfuncional.

Se puede decir, que este tratamiento intenta simular y construir una secuencia de desarrollo incluyendo una serie de pasos como: instrucción directa, modelamiento, ensayo abierto y encubierto por parte del niño, oportunidades para aprender por descubrimiento, autoreforzamiento y un programa para la generalización de estas estrategias.

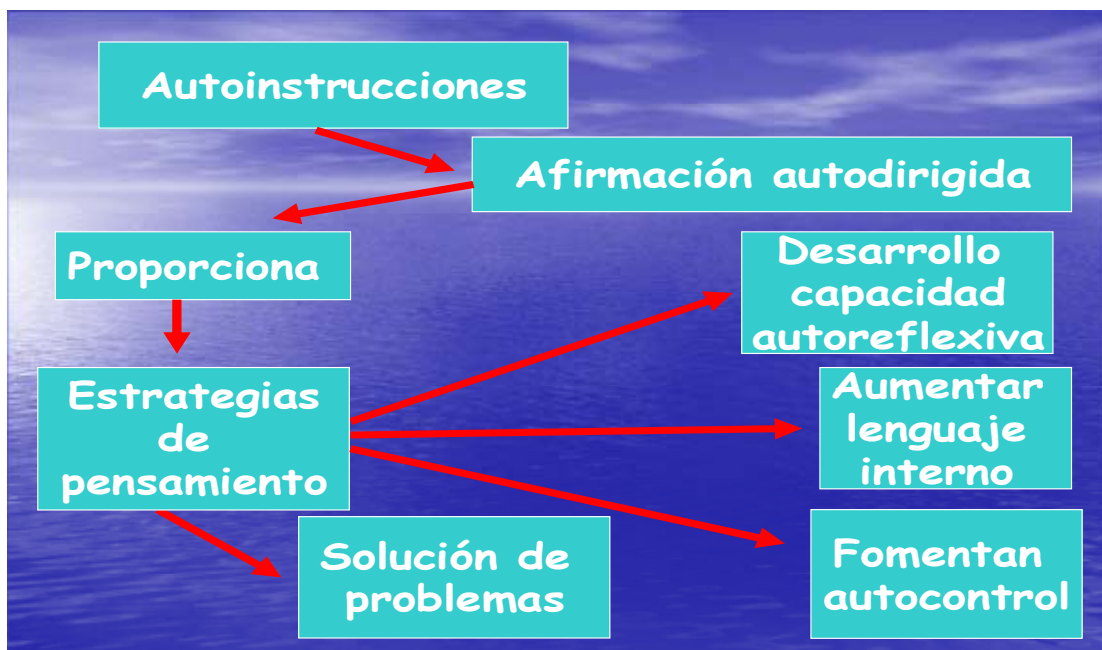
Técnicas cognitivo conductuales para incrementar la atención y autocontrol en los niños con TDA/TDAH

Se recomienda que las sesiones de trabajo se lleven a cabo diariamente en el orden siguiente:

1. Al inicio de clases: técnicas de entrenamiento en relajación
2. Durante el recreo: técnicas de entrenamiento en reducción de la tensión y ejercicio físico.
3. Después del recreo: técnicas de entrenamiento para mantener la atención (entrenamiento para no cometer demasiados errores), verbales (solución de problemas, para la narración,

para los ensayos de tipo argumentativo, comprensión de textos), matemáticos

La duración de cada período de actividades podrá ser de 30' a 45', de manera individual o grupal, las actividades posteriores al recreo se llevarán a cabo en relación a alguna tarea académica propia del curso regular.



Kendall y Norton Ford, (1988)

Actividades para incrementar la atención y el autocontrol

3.1. Entrenamiento en autoinstrucciones

Esta técnica enseña a los niños a comprender las situaciones, a generar espontáneamente las estrategias y mediadores adecuados y a utilizar tales mediadores en la guía y control del propio comportamiento

Objetivo:

Mejorar la concentración y la flexibilidad, para producir mejoras directamente sobre el autocontrol y la ejecución de tareas, e indirectamente, sobre la conducta, las relaciones sociales y el rendimiento académico. Con ello se pretende potenciar en el niño con TDAH la habilidad para desarrollar un pensamiento secuencial.

Para llevar a cabo esta técnica se debe seguir el siguiente proceso:

Los pasos a seguir para la solución de problemas es el siguiente:

1. Definición del problema. ¿Qué tengo que hacer?
2. Aproximación al problema. “Tengo que pensar todas las posibilidades”.
3. Focalización de la atención. Tengo que concentrarme y pensar sólo en esto.
4. Elección de la respuesta. Después de considerar todas las posibilidades, creo que es ésta.

5. Autoevaluación y autorrefuerzo o rectificación de errores. He hecho un buen trabajo o he cometido un error. Tengo que ir más despacio y concentrarme más en mi trabajo.

Estas autoinstrucciones se enseñan en la primera sesión y posteriormente el niño las aplicará a múltiples situaciones, desde tareas sencillas e impersonales hasta tareas interpersonales con situaciones de la vida real.

Para la técnica de las autoinstrucciones se utilizará el modelado, en donde el profesor modela los pasos a seguir y las conductas a realizar para ejecutar correctamente las tareas. Al principio es conveniente que cometa un error y modele igualmente estrategias para resolverlo. Tras modelar los primeros ejercicios de cada sesión pasará en una segunda fase a modelar únicamente en la corrección de las actividades. Por último empleará el modelado de pares, siendo los mismos niños los que modelen los ejercicios en la fase de corrección.

Para favorecer la motivación se incluirá el uso de contingencias positivas como puntos extra, palomas, felicitaciones o reconocimiento frente al grupo.

Cada ejercicio que se resuelva correctamente y respetando un tiempo mínimo para su ejecución se premiará con un punto; se podrán obtener puntos con actividades extra realizadas fuera de las sesiones de clase, las cuales servirán para potenciar la generalización a otras situaciones.

Por último, en este entrenamiento los alumnos obtendrán refuerzos sociales ante el trabajo bien realizado.

Para lograr la relajación se utilizará la técnica de la Tortuga.

3.2. Técnica de la Tortuga

Objetivo:

Lograr que el niño autocontrole su conducta impulsiva en el aula.

El procedimiento a seguir es el siguiente:

1. Esta técnica, se aplica a todo el grupo de clase, y se introduce utilizando la historia de una tortuga cuyo comportamiento refleja la falta de control emocional de los niños con TDA/TDAH (ver anexo 4).
2. Con la imagen mental que provoca el cuento, se invitará a los alumnos a dramatizar la sensación de frustración de la tortuga, su rabia contenida y su intento de introducirse en el caparazón. Los niños escenificarán la actitud de rabia y furia pegando la barbilla al pecho, brazos y puños cerrados mientras cuentan hasta diez. La distensión provoca una relajación inmediata.
3. Esta actividad se realizará en una sesión de 30 minutos durante la clase, concluye con la invitación a realizar la técnica de la tortuga en aquellos momentos en que sientan ganas de resolver una situación agresivamente o sientan que la cólera les desborda.

3.3. Técnica Control de Ira.

Es una técnica usada por Huges (1988), para que la secuencia del proceso de solución de problemas interpersonales brinde a los alumnos la oportunidad de hacer un análisis autoinstruccional de la situación problemática para que lleguen a una solución positiva de su problema.

Objetivo:

Los alumnos con TDA/ TDAH dominarán la ira inicial, por medio de análisis autoinstruccional para resolver adecuadamente problemas interpersonales y llegar a una solución positiva.

La secuencia para llevar a cabo este entrenamiento es:

D. el primer paso es la detención (D) del pensamiento: **Alto.**

A. el segundo paso es la aplicación de las autoinstrucciones (A) de afrontamiento: **Tranquilo, Puedo controlarlo yo solo, Piensa un poco, No pasa nada, Para y piensa.**

R. el tercer paso consiste en la aplicación de la relajación total (R). **Tensión muscular.**

Una vez relajados es cuando se va a aplicar la secuencia autoinstruccional siguiente: definición del problema, búsqueda de soluciones, análisis de secuencias, selección de la respuesta, autoevaluación y autorrefuerzo.

El primer paso es la identificación clara del problema. ¿Qué problema tengo?, ¿Qué me han hecho?, ¿Qué tengo que hacer?

El segundo paso en esta secuencia de solución de problemas es buscar las posibilidades de actuación que se tienen (por lo menos tres).

En el tercer paso se analizan estas posibilidades y sus consecuencias ¿Cómo me sentiré?, ¿Cómo se sentirá el otro o los otros?, ¿Qué harán ellos después?

El cuarto paso consiste en tomar una decisión de la información obtenida.

El quinto paso, consiste en revisar, autoevaluar y autorreforzarse si se ha hecho un buen trabajo, si no es así se debe rectificar la decisión tomada.

3.4. Para la solución de problemas

Esta técnica ha sido aplicada a diversos problemas de hiperactividad, impulsividad, delincuencia, ansiedad, depresión, fobias, habilidades sociales, estrés y dificultades de aprendizaje.

Objetivo:

El propósito de esta actividad es reducir la impulsividad y mejorar el afrontamiento ante los fracasos en el niño con TDA/TDAH (tomado de Meichenbaum, 1977):

Procedimiento:

El primer paso será iniciado con la participación del maestro, quien actuará como modelo y llevará a cabo una tarea mientras se habla a sí mismo en voz alta sobre lo que está haciendo (modelado cognitivo). Posteriormente se le pedirá al niño que lleve a cabo la misma tarea del ejemplo propuesto por el profesor, bajo la dirección de las instrucciones de éste (guía externa en voz alta). Una vez que el niño se encuentre realizando la tarea se le indicará que se dirija a sí mismo las instrucciones en voz alta (autoinstrucción en voz alta). Y finalmente se le pedirá que lleve a cabo la tarea pero ahora deberá susurrarse las instrucciones para sí mismo (autoinstrucciones enmascaradas).

El niño guiará su propio comportamiento a través de autoinstrucciones internas, mientras va desarrollando la tarea (autoinstrucciones encubiertas).

Posteriormente el profesor procederá a enseñarle al niño verbalizaciones correctas para enfrentar un problema, los puntos a considerar serán los siguientes:

1. Definir el problema “¿Qué tengo que hacer?”.
2. Guía de la respuesta “¿Cómo tengo que hacerlo?.
Despacio....”
3. Autorrefuerzo “¡Lo estoy haciendo bastante bien!”.
4. Autocorrección, en el caso de que no se alcance el objetivo propuesto, afrontando el error. “Esta bien, si cometo un error puedo continuar, iré más despacio”.

3.5. Entrenamiento de correspondencia.

Ha sido aplicado al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad por Paniagua en diversos trabajos (Paniagua y Black, 1990; Paniagua, Morrison y Black, 1990; Paniagua, 1992). Este entrenamiento es una técnica de autocontrol cognitivo conductual que consiste en entrenar al niño a establecer relaciones entre sus verbalizaciones sobre su conducta y la conducta misma.

Se lleva a cabo tomando en cuenta las siguientes variantes de entrenamiento:

1. Técnica de reforzamiento de la correspondencia “hacer-informar”; se refuerza al niño cuando su conducta ha sido la que se esperaba de él.
2. Correspondencia informar-hacer; se refuerza al niño cuando su conducta corresponde con la que se había propuesto anteriormente.
3. Se le indica al niño el procedimiento de reforzamiento previamente establecido sobre la conducta a realizar, indicándosele que éste lo podrá obtener cuando la conducta se haya realizado.

3.6. Estrategia para la elaboración de textos de tipo narrativo

Este tipo de entrenamiento ha sido usado por Graham y Harris (en Alonso, 2000) en estructuras textuales como por ejemplo el vocabulario, también ha sido desarrollado en el contexto de un amplio programa de enseñanza de la composición.

Objetivo:

Enseñar a los niños a planificar una narración o un ensayo de tipo argumentativo aprovechando el conocimiento que poseen de la estructura de las narraciones y la argumentación respectivamente.

Procedimiento.

Los pasos a seguir son los siguientes:

1. Mira el dibujo.
2. Deja que la mente corra con libertad
3. Escribe el relato respondiendo (autoinstrucciones)
 - ¿Quiénes salen en el relato?
 - ¿Cuándo transcurre el relato?
 - ¿Dónde transcurre el relato?
 - ¿Qué quiere conseguir el personaje principal?
 - ¿Qué sucede cuando trata de conseguirlo?
 - ¿Cómo termina el relato?
 - ¿Cuáles son los sentimientos del protagonista?

3.7. Estrategia para la elaboración de ensayos de tipo argumentativo

1. ¿Quién va a leer esto?
2. ¿Sobre qué tema voy a escribir?
3. ¿De qué intento convencer a los lectores?
4. ¿Cuáles son las razones a favor?
5. ¿Qué se podría contraargumentar?
6. ¿Cómo concluir?

3.8. Estrategia para hacer una ficha de comprensión de textos.

Este tipo de entrenamiento ha sido propuesto por Orjales (2001) para reeducar cognitivamente al niño con TDA/TDAH.

Objetivo:

Enseñar a los niños a comprender los textos haciendo uso de las autoinstrucciones.

Procedimiento:

El profesor describirá el texto que utilizará antes de leer lo que hay que hacer y le pedirá al niño que describa todo lo que ve; ejemplo: “esta es una ficha que tiene un texto, un cuento, este es el título, El cuento tiene tres párrafos. Aquí termina porque pone fin. Éste debe ser el nombre del autor. Aquí hay un dibujo (en caso de que el texto elegido tenga imágenes), aquí pone lo que debo hacer, están las preguntas sobre el texto.

Después de hacer la descripción detallada del texto el profesor procederá a plantear los siguientes pasos para leer y comprender un texto:

1. ¿Qué es lo que tengo que hacer?. Para eso leo atentamente el texto y señalo con una cruz la respuesta verdadera a cada pregunta. Ahora ya se lo que debo hacer.
2. ¿Cómo lo voy a hacer?
 - Respirar profundamente una vez antes de comenzar

- Apoyar la cabeza en las manos tapándome las orejas para no oír ruido
 - Comenzar a leer despacio parándome en los puntos
 - Leer una pregunta
 - Leer cada una de las respuestas posibles e ir desechando las que no encajen
 - Si encuentro más de una respuesta posible vuelvo al texto para buscar la respuesta correcta
 - Para encontrarla antes busco una palabra clave de la pregunta y trato de localizarla en el texto
 - Cuando estoy seguro de cual es la respuesta correcta pongo una cruz
 - Continúo con la siguiente pregunta.
3. Tengo que estar muy atento (si veo que he leído pero no le he entendido vuelvo a leer)
 4. Ahora ya pude hacerlo ¿Me ha salido bien? si me ha salido bien me felicito y si no me ha salido bien repaso para ver en qué paso me he equivocado.

3.9. Estrategia para la resolución de problemas de matemáticas

Este tipo de entrenamiento ha sido propuesto por Orjales (2001) para reeducar cognitivamente al niño con TDA/TDAH.

Objetivo:

Enseñar a los niños a planificar una tarea de matemáticas para que pueda resolverla correctamente, esto les permitirá hacer uso de las autoinstrucciones en actividades concretas como la resolución de problemas matemáticos.

Procedimiento:

El profesor describirá la información contenida en el problema seleccionado antes de leer lo que hay que hacer y le pedirá al niño que describa todo lo que ve; ejemplo: “estos son ejercicios de matemáticas. No necesito copiar los problemas porque hay espacio para resolverlos aquí (en caso de que en el libro exista espacio), (si no hay espacio suficiente para contestar en el libro se preguntará lo siguiente) no hay mucho espacio para hacer los ejercicios quizá tendré que copiarlos.

Después de hacer la descripción detallada de lo que se observa, el profesor procederá a plantear los siguientes pasos para resolver problemas de matemáticas:

1. ¿Qué es lo que tengo que hacer? “Resolver este problema de matemáticas”.
2. ¿Cómo lo voy a hacer? “Siguiendo los pasos para resolver un problema de matemáticas que están anotados en la cartulina”:

- Leer el enunciado muy despacio parándose en cuanto identifique algún segmento de información, “leer por partes” e ir representando gráficamente lo que leo.
“un camión (pausa, pintamos el camión) transporta 15 sacos de papas (pausa, dibujamos simbólicamente los sacos). Cada saco pesaba 20 kilos (pausa, escribimos 20 kilos en cada saco)...”
 - Comprender qué es lo que me preguntan: ¿cuál es el problema?
 - Representar la incógnita en el dibujo.
 - Pensar qué operación debemos hacer y si necesitamos realizar alguna operación antes de calcularlo.
 - Anoto los datos parciales.
 - Compruebo si debo pasar a pesos, minutos, etc.
 - Realizo la operación muy atentamente.
 - Compruebo si el resultado responde a la pregunta y si la respuesta puede tener sentido.
3. Tengo que estar muy atento (no debo saltarme ningún paso, copiar bien la información.)
4. Ahora ya pude hacerlo ¿Me ha salido bien? si me ha salido bien me felicito y si no me ha salido bien repaso para ver en qué paso me he equivocado.

3.10. Discriminación de emociones

Esta técnica es útil para muchos niños con TDA/TDAH ya que responden de forma inmadura a tareas de discriminación de expresiones faciales, ya que si el niño con TDA/TDAH no es capaz de tener clara esta información gestual interpretará la realidad social con matices distintos que complicarán su relación con los demás (ver anexo 5).

Objetivo:

El niño será capaz de identificar y discriminar distintas emociones a través de expresiones faciales

Para la evaluación y entrenamiento en discriminación de emociones utilizaremos los dibujos de las caras (ver anexo 5).

El profesor pedirá al niño que escriba debajo qué sentimiento cree que refleja cada uno de los rostros y se interpretarán las respuestas con ayuda del profesor.

Finalmente se puede concluir que con la elaboración de este manual los maestros podrán aplicar sus experiencias y conocimientos adecuando estas estrategias de acuerdo al nivel educativo en que se encuentren; con su colaboración y compromiso se podrá lograr que los niños con TDA/TDAH tengan mayores oportunidades de éxito, tanto en ámbito personal como en el escolar y profesional.

ANEXOS

ANEXO 1
ESCALA ESTIMATIVA

Nombre del niño: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Grado que cursa: _____

Fecha: _____

Marque con una cruz la conducta que mejor defina al niño. Conteste todos los reactivos.

Si seis o más de los siguientes síntomas han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el desarrollo, se debe canalizar al niño.

CONDUCTA	N	O	F	MF
DESATENCIÓN				
No presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares , en el trabajo o en otras actividades				
Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas				
Parece no escuchar cuando se le habla directamente				
No sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo				
Tiene dificultades para organizar tareas y actividades				
Le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido				
Extravía objetos necesarios para tareas o actividades				
Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes				
Es descuidado en las actividades diarias				
No enfoca su atención por periodos prolongados				
Demasiado serio o triste				
Se aísla de otros niños				
HIPERACTIVIDAD				
Mueve en exceso manos y pies, o se remueve en su asiento				
Abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado				

N= nunca **O=** ocasionalmente **F=** frecuentemente **MF=** muy frecuentemente

Anexo 4

HISTORIA DE UNA TORTUGA.

En una época muy remota vivía una tortuga joven y elegante. Tenía (edad del niño con que se trabaja) años de edad y justo entonces acababa de empezar (grado escolar) curso. Se llamaba Tortuguita.

A Tortuguita no le gustaba ir a la escuela. Prefería estar en casa con su madre y su hermanito. No quería estudiar ni aprender nada de nada; sólo le gustaba correr y jugar con sus amigos o pasar las horas muertas viendo televisión. Le parecía horrible tener que hacer cuentas y más cuentas; y aquellos horribles problemas de matemáticas que nunca entendía. Odiaba con toda el alma leer y lo hacía bastante mal y era incapaz de acordarse de apuntar las tareas que le mandaban.

Tampoco se acordaba nunca de llevar los libros a la escuela.

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

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

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

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

“Así que, ya sabes, la próxima vez que te irrites, métete inmediatamente en tu caparazón”.

A Tortuguita le gustó la idea y estaba impaciente por probar su nuevo secreto en la escuela. Llegó el día siguiente y, de nuevo, Tortuguita cometió un error que estropeó su hoja de papel blanca reluciente. Empezó a experimentar otra vez sentimientos de furia y rabia, y cuando estaba a punto de perder la paciencia y arrugar la hoja, se acordó de lo que le había dicho la vieja tortuga. Rápida como rayo encogió sus brazos, piernas y cabeza, apretándolos contra su cuerpo, deslizándose hacia el interior de su caparazón permaneció así hasta que tuvo tiempo de pensar qué era lo mejor que podía hacer para resolver su problema con la hoja. Fue estupendo para ella encontrarse allí tan tranquila y confortable dentro de su concha donde nadie podía molestarla.

Cuando por fin salió de su concha se quedó sorprendida al ver que su maestra la miraba sonriente. Tortuguita explicó que se había puesto furiosa porque había cometido un error. La maestra le dijo que estaba orgullosa de ella porque había sabido comportarse. Luego, entre las dos, resolvieron el fallo de la hoja. Parecía increíble que con una goma y borrando con cuidado, la hoja pudiera volver a quedar limpia.

Tortuguita continuó aplicando su secreto mágico cada vez que tenía problemas, incluso en el recreo. Pronto, todos los niños que habían dejado de jugar con ella por su mal carácter descubrieron que ya no se enfurruñaba cuando perdía en un juego ni pegaba a todo el mundo por cualquier motivo. Al final del curso, Tortuguita aprobó todo y jamás le faltaron amigos. (historia utilizada por Schneider, 1974; adaptación realizada por Orjales, 1991.) fuente Orjales (2001).

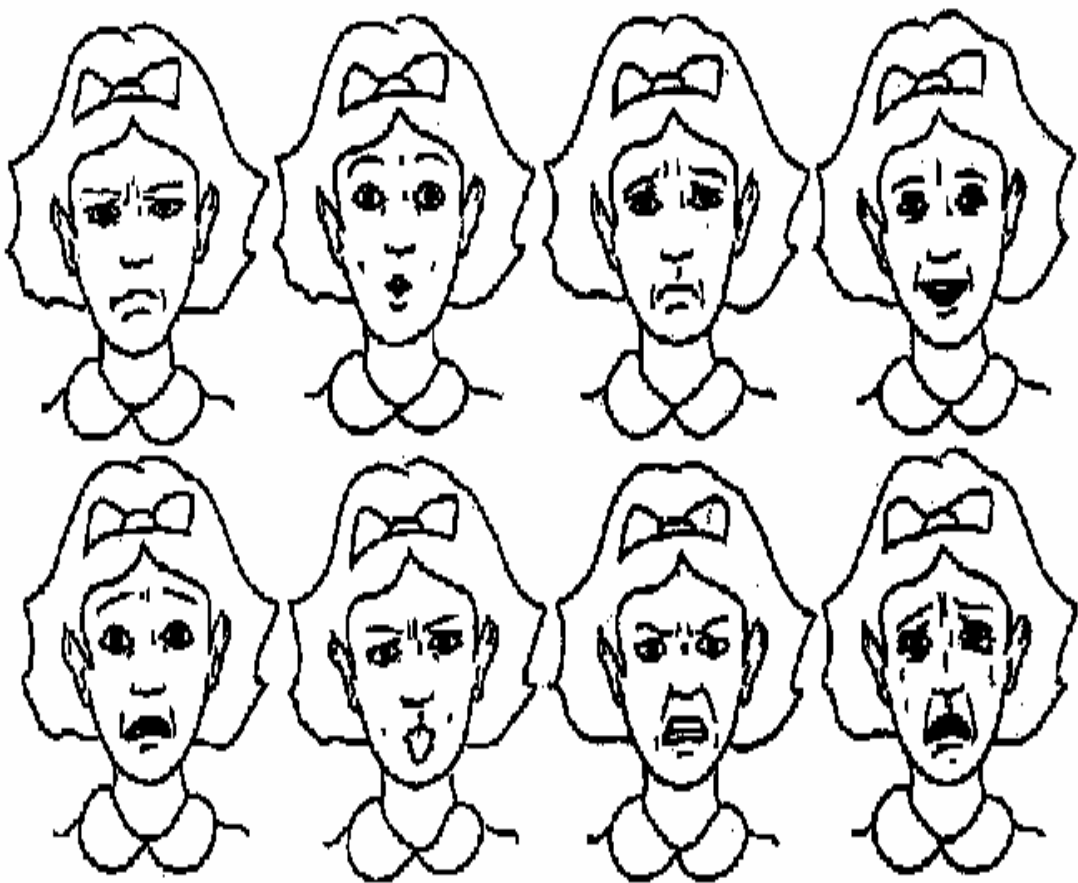
ANEXO 5

Expresiones faciales para el entrenamiento en discriminación de emociones

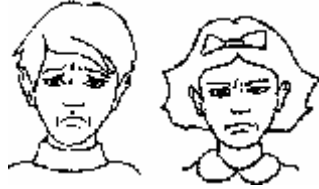
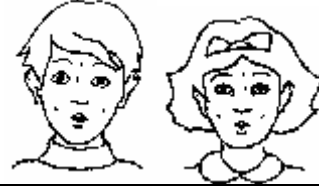
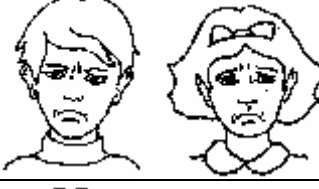

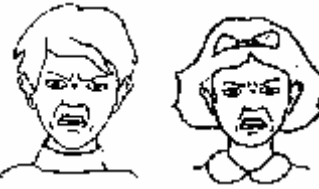

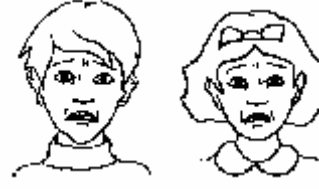


ANEXO 5

Expresiones faciales para el entrenamiento en discriminación de emociones



Expresiones faciales

CARAS	RESPUESTAS CORRECTAS	RESPUESTAS INCORRECTAS	ROSTRO
CARA 1	Enfadado/a	Triste Sin miedo Tonto Aburrido Rara Serio	
CARA 2	Asombro Sorpresa	Pensando Curioso Expresión Inquieta Alegría	
CARA 3	Tristeza Lastima	Fea Enfadado Aburrido Envidia	
CARA 4	Llorar Llanto Tristeza	Violento	
CARA 5	Rabia Ira	Hambre Tonto Furia	
CARA 6	Envidia Burla	Tonto Antipático Asco Saca la lengua Tristeza Enojado	
CARA 7	Miedo Asustado	Asombro Tristeza Atento Boca abierta Pensando Casi llora	

EVALUACIÓN.

Lea detenidamente las proposiciones que se presentan a continuación y marque con una X la respuesta que considere correcta. Al finalizar, califique sus respuestas y aquellas que sean incorrectas, le sugerimos revisarlas nuevamente en el texto.

1.- La principal causa del TDA/TDAH es:

- a) lesiones cerebrales.
- b) encefalitis (proceso inflamatorio cerebral)
- c) factores familiares, sociales y escolares.
- d) factores hereditarios y neurológicos.

2.- Los principales síntomas del TDA/TDAH son:

- a) alteración de la conducta desde la primera infancia.
- b) atención limitada, distracción, impulsividad, hiperactividad.
- d) ansiedad, depresión, dificultad de comunicación.

3.- El TDA/TDAH se presenta vinculado a otros trastornos como:

- a) neurológicos, biológicos, conductuales, desafío oposicional.
- b) emocionales, de conducta, físicos.
- c) pedagógicos, disgrafía, discalculia, pobre coordinación motora.
- d) no se presenta ningún otro trastorno.

4.- Los niños con TDA/TDAH en la escuela:

- a) son menos inteligentes que el promedio.
- b) muestran serias dificultades de lenguaje.
- c) tienen facilidad para realizar las tareas escolares.
- d) presentan fracasos académicos frecuentes.

5.- El TDA con predominio de inatención se presenta con mayor probabilidad en:

- a) infancia y adolescencia.
- b) adolescencia y adultez.
- c) infancia y adultez.
- d) todas las etapas.

6.- Es la definición más completa y precisa para referirse al TDA/TDAH:

- a) trastorno caracterizado por problemas para centrar la atención ante un estímulo y concentrarse en él.
- b) trastorno del comportamiento que presentan niños y adultos con manifestaciones diferentes según la edad.
- c) término que utilizan los médicos, personas y medios de comunicación para referirse a la falta de atención en los niños.
- d) trastorno en el desarrollo del autocontrol que engloba problemas para mantener la atención y controlar los impulsos.

7.- El profesor de educación básica frente al TDA/TDAH puede:

- a) identificar los problemas emocionales y tratarlos.
- b) realizar diagnósticos sobre el tipo de trastorno que presenta el niño.
- c) puede detectar oportunamente el posible trastorno en el niño.
- d) solicitar el cambio de escuela del niño.

8.- Las manifestaciones de ansiedad y estrés en los niños con TDA/TDAH provienen:

- a) del ambiente que le rodea.
- b) de él mismo.
- c) de conflictos con sus compañeros.
- d) del rechazo de los demás.

9.- Una de las capacidades que le permite al niño adaptarse a su medio son:

- a) los instintos y los reflejos.
- b) los aprendizajes cognitivos.
- c) los aprendizajes por descubrimiento.
- d) los procesos perceptivos.

10.- El tratamiento más adecuado para los niños con TDA/TDAH es:

- a) multimodal y multidisciplinario.
- b) farmacológico y psiquiátrico.
- c) multifacético y permanente.
- d) psicológico y educativo.

11.- Los niños con TDA/TDAH, son:

- a) incapaces de permanecer mucho tiempo en una misma escuela.
- b) tienen talentos y habilidades para crear buenas vidas y carreras.
- c) no pueden estudiar con niños que no presentan dificultades de aprendizaje.
- d) requieren atención profesional en aulas especiales.

12.- Los principales problemas a los que se enfrenta el profesor que atiende a niños con TDA/TDAH, son:

- a) un gran número de niños dentro de un espacio reducido.
- b) no cuenta con la formación necesaria para tratar a estos niños.
- c) no cuenta con el apoyo necesario para atender individualmente a estos niños.
- d) no se cuenta con un proceso de evaluación que permita identificar el problema específico de los niños.

13.- El TDA/TDAH es considerado:

- a) una enfermedad incurable.
- b) un síndrome tratable.
- c) un problema específico de aprendizaje.
- d) una molestia para el maestro.

GLOSARIO

- Afecciones neopsiquiátricas.- Trastornos causados por factores neurológicos.
- Anfetaminas.- Compuestos químicos que aumentan la actividad y combaten la sensación de fatiga, se emplean como estimulantes.
- CIE.- Sistema de clasificación Internacional para identificar las enfermedades mentales y del comportamiento, elaborado por la Organización Mundial de la Salud.
- Conducta Antisocial.- Conducta que viola reglas de propiedad explícitas o implícitas y derechos personales o reglas implícitas o explícitas destinadas a mantener la cohesión del grupo y la confianza personal.
- Distensión.- Aflojar lo que está tenso o tirante.
- DSM.- Sistema de clasificación para identificar los diferentes tipos de enfermedades o entidades clínicas que alteran la personalidad, elaborado por la Asociación Psiquiátrica Americana.
- Encefalitis.- Enfermedad inflamatoria del encéfalo por infección (virus, bacterias, parásitos) del tejido encefálico, con inclusión a veces de las meninges (meningitis) y de la medula espinal.
- Hipoxia.- Estado en el cual existe una cantidad insuficiente de oxígeno disponible.
- Labilidad.- Inestabilidad corporal o psíquica, cualidad de ser fácilmente afectado por carga psíquica o moral.
- Modelado.- Técnica de terapia conductual diseñada para modificar la conducta a través del aprendizaje visual y permitiendo que la persona ejecute imitaciones.
- Neonatal.- Se refiere al ser vivo que acaba de nacer.
- Neurofisiología.- Parte de la fisiología que estudia las funciones del sistema nervioso, incluidos los fenómenos químicos y eléctricos que también intervienen en ellas.
- Tic.- Contracción nerviosa incontrolada de origen neurogénico o psicológico. El componente psicogénico constituye un síntoma de conversión histérica que proviene de movimientos defensivos o reflejos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abikoff, H. y Klein, R. G. (1987). *Cognitive training in treatment of hyperactivity in Children*. Archives of general psychiatry. Vol. 44 (3). Mar. P 196-297.
- Albores, L. (2003). *Clinimetría*. En: Curso trastorno por déficit de atención. México: Hospital psiquiátrico infantil Juan N. Navarro. Septiembre 24-26.
- Allen, G. J., Chinsky, J. M., Larcen, S. W., Lochman, J. E., y Selinger, H. V. (1976). *Community psychology and the schools*. Hillsdale. New York: LEA.
- Alonso, T. J. (2000). *Motivación y Aprendizaje en el aula*. Cómo enseñar a pensar. México: Santillana.
- Ávila, C. y Polaino-Lorente, A. (2002). *Niños hiperactivos*. Comportamiento, diagnóstico, tratamiento, ayuda familiar y escolar. México: Alfaomega.
- Bandura, A. (1986). *Regulation and cognitive proceses*. Developmental Psychology. 25. p. 729-735.
- Barkley, R. (1987). *Poor self-control in preschool hyperactive children*. Journal of Abnormal Child Psychology. Vol. 21(6), Jun, p.176-180.
- Barkley, R. (1998). *Attention-deficit hiperactivity disorder*. Scientific American Review Septiembre. 66-71
- Barkley, Russell. A. (1999). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Guía completa del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Trad. Judith Abad Gil, Juan Antonio Amador Campos y María Pilar Mora Sans. Buenos Aires: Paidós.
- Bauermeister, J. J. (2002). *Dicen que soy muy activo, impulsivo y distraído... ¡Mi futuro depende de ti!*. Guía para padres y maestros y otros profesionales. Guilforpress.
- Bautista, R. (1991). *Una escuela para todos: la integración escolar*. Necesidades Educativas Especiales. Cap. 3. Madrid: Aljibe.
- Bautista, R. (1993). (comp). *Necesidades educativas especiales*. Málaga: Aljibe. Segunda edición actualizada.
- Benavides, G. (2003). *El niño con déficit de atención e hiperactividad*. Guía para padres. Primera reimpresión. México: Trillas.
- Biederman, J. (2001). *Seminario sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. México: Hospital Angeles.

- Biederman, J. Newcom, J. Sprich (1991). *Comorbidity of attention deficit disorder with conduct depressive, anxiety and ather disorder*. American Journal of Psychiatry review. Mayo: 148:5.
- Bravo, J. (2003). *Evaluación psicológica del TDA/TDAH*. En: Curso trastorno por déficit de atención. México: Hospital psiquiátrico infantil Juan N. Navarro. Septiembre 24-26.
- Breen, M. J.(1989) *Cognitive and behavioral differences in ADHD boys and girls*. Journal of Child Psychology & Psychiatry % Allied disciplines. Vol. 30(5) Sep. pp. 711-716.
- Brown, A.L. y Smiley, S. (1977). *The development of strategies for studying*. Texts. Child Development. No. 49 pp. 1-8
- Brown, A. L. (1987). *Meta cognition, executive control, self-regulation and other more mysterius mechanisms*. En: F. Weinert y R. Kluwe (Eds.) Metacognition. motivation and understanding. Hillsadle, LEA.
- Caballo, V. Y Simón, M. A. (2001). *Manual de Psicología clínica infantil y adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Cantón, M. Sánchez, E., Sevilla,. S. (1997). *Compendio de educación especial. México*: Manual Moderno.
- Carr, W. (1987). *Entrevista*. En: Investigación en la escuela No. 14.
- Carr, W. Kemmis. S. (1988). *Teoría crítica de la enseñanza* Barcelona: Martinez Roca
- Castanedo, S. C. (2001). *Bases psicopedagógicas de la educación especial*. Evaluación e intervención. Madrid: CCS. pp. 15-40.
- Copeland, A. P. y Weisbrod, C. S. (1983). *Cognitive strategies used by learning disabled children*: Does hyperactivity always make things worse?. Journal of learning Disabilities. Vol. 16(8), Oct. p. 473-477.
- Cotugno, A. J. (1987). *Cognitive control functioning in hyperactive and nonhyperactive*. Learning disabled children. Journal of learning disabilities. Vol. 20 (9). Nov. p. 563-567.
- Cuomo, N. (1994). *La integración escolar*. España: Visar.
- Day, D.D., Cordon, L. y Kerwin, M. (1989) *Informal instruction and development of cognitive skills*. En C. McCormick y M. Presley (Eds.), Cognitive strategy research. N.Y. Springer
- De la Peña, O. (2003). *Tratamiento farmacológico del TDAH en niños y adolescentes*. Curso: Trastorno por déficit de atención. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Mayo 12-14.

- Díaz-Barriga A, F. y Hernández, R. G.(2002). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista*. México: Mc Graw Hill.
- Dirección de Educación Especial (1994). *Comentando la ley General de Educación* En: Cuadernos de integración educativa. No. 2 artículo 41. México: DEE/SEP.
- DGNAM (1993). *Proyecto para la elaboración del modelo de formación y actualización de docentes*. México: SEP.
- Doré, R, Wagner, S. Y Brunet, J.P. (2002). *La evolución de los conceptos en materia de integración escolar*. Cap. 1. en: Doré, R, Wagner, S. Y Brunet, J.P. (2002). Integración escolar. Cómo lograr la integración de alumnos con deficiencia intelectual a la escuela secundaria. México: Prentice Hall.
- Du Paul, G. J. y Costello, A. (1999). *Los estimulantes*: en: Barkley, R.A. (1999). Niños hiperactivos como comprender y atender sus necesidades educativas especiales. Guía completa del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). (trad.) Abad Gil Judith y colaboradores. Buenos Aires: Paidós.
- D' Zurilla, T. y Goldfried, M. (1971). «*Problem Solving and Behaviour Modification*». Journal of abnormal psychology, 78, N° 1, 107-126.
- D'Zurilla y Nezu (1982). *Social problem solving in adults*. En Kendall, P. C. (comp.), advances in cognitive behavioral research and therapy vol. 1. Journal Abnormal.
- Ellis A. (1980). *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbaos: Descle Brower.
- Ericksson, K.A. y Simón, H. (1980) *Verbal reports as data*. Psychological Review, 87, p. 215-251.
- Flavell, J.H. (1979) *Metacognition and cognitive monitoring*. American Psychologist. 34, 906-911.
- Fernández, G. (1990). *Teoría y análisis práctico de la integración*. Asturias: Dirección Provisional de Educación.
- Garanto, F. (1991). *Educación especial*. Madrid: Cincel.
- García, C. (1998). *Las autoinstrucciones como alternativa de tratamiento para niños hiperactivos con déficit de atención*. Programa de publicaciones de material didáctico. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- García, G. I., Escalante, H. I., Escandón, M. M., Fernández . T. L., Mustri. D.A., Puga. V. A. (2000). *La integración educativa en el aula regular*. Principios, finalidades y estrategias. México: SEP.
- Glaser, R. y Pellegrino, J. (1987) *Aptitudes for learning and cognitive processes*. En: F. Weinert y R. Kluwe (Eds.), Metacognition, motivation and understanding. Hillsdale. LEA.

- Goldstein, H.S. (1987) *Cognitive development in low attentive, hyperactive, and aggressive 6-through 11-year-old children*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Vol. 26(2), Mar. p. 214-218.
- Goldstein, S., y Goldstein, M. (1987). *A teacher's guide. Attention deficit Hyperactivity disorder in children*. Neurology learning and behavior center.
- González, E. (1999). *Necesidades educativas especiales*. Intervención psicoeducativa. Madrid: CCS.
- Hinshaw, S. P., y Erhardt, D. (1991). *Attention-deficit hyperactivity disorder*. Journal of Learning Disabilities. Vol. 16 (5).
- Hinshaw, S. P., y Melnick, S. (1992). *Self-management therapies and attention-deficit hyperactivity disorder*. Reinforced self-evaluation and anger control interventions. Behavior modification. 16. 253-273.
- Jaimes, M. (2003). *Neurofeedback en el trastorno por déficit de atención*. Curso Trastorno por déficit de atención. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Mayo 12-14.
- Joselevich, E. (2003).comp. *AD/HD síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad. ¿Qué es? ¿Qué hacer?*, recomendaciones para padres y docentes. Buenos Aires: Paidós.
- Kendall, P. C. y Finch, A. J. (1976). *A cognitive-behavioral treatment for impulsive control: A case study*. Journal of consulting and clinical psychology. 44 (5). p. 852-857.
- Kendall, P. C. y Zupan, B. (1981). *Individual versus group application of cognitive-behavior strategies for developing self-control in children*. Behavior therapy. 12. p. 344-359.
- Kendall, P. C. (1985). *Cognitive-behavioral therapy for impulsive children*. Nueva York:Guilford.
- Kendall, P. y Braswell, L. (1985). *Cognitive Behavioral Therapy for impulsive Children*. Ed . The Guilford Press, New York.
- Kendall, P; Howard, B. y Epps, J (1988). «*The Anxious Child. Cognitive Behavioral Treatment Strategies*» Behaviour Modification. Vol. 12, N.22 pp. 281- 310.
- Kendall, P. y Norton Ford, J. (1988). *Psicología Clínica. Perspectivas Científicas y Profesionales*. México: Limusa.
- Kirby, E. y Grimley, L. (2003). *Trastorno por déficit de atención*. Estudio y tratamiento. (trad). Ardisson Pérez Claudio. M. México: Limusa-noriega.
- Lazarus, S. (1980).*Terapia conductual*. México: Paidós.

- Luria, A. R. (1980). *Conciencia y lenguaje*. Madrid: Pablo del Río.
- Macotela, S. (2003). *Programa de material didáctico. Problemas de aprendizaje*. México: Facultad de Psicología. Octavo semestre. pp. 32.
- Mahoney, M. (1974). *Cognición y Modificación de conducta*. México: Trillas.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III (1984).
Barcelona: Mason.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III-R (1987).
Barcelona: Mason.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (1995).
Barcelona: Mason.
- Mayor, J. (1991). *La actividad lingüística entre la comunicación y la cognición*.
En: J. Mayor y Pinillos, J.L. (Eds.) Tratado de Psicología General. Vol. I
comunicación y Lenguaje. Madrid: Alhambra.
- Mayor, J., Suengas, A., y González, J. (1993) *Estrategias metacognitivas*. Aprender a
aprender y aprender a pensar. Madrid: Síntesis.
- Meichenbaum, D. y Goodman, J. (1971). *Training impulsive children to talk to
themselves: A measure of developing self control*. Journal of abnormal
psychology. 77., 115-126.
- Meichenbaum, D. y Cameron, R. (1974). *The clinical potential of modifyng what
clients say to the mothers*. In M. J. Mahoney and Thoresen (eds) Self-control:
power to the person. Journal of Applied Analysis Behavior. Vol. 28(1), Spr,
p.99 -100.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrate approach*
Journal of abnormal psychology. Vol. 35, 36-58.
- Mendoza, M. T. (2003). *¿Qué es el trastorno por déficit de atención?*. Una guía para
padres y maestros. Primera edición. México: Trillas.
- Miller, P.H. (1985) *Metacognition and attention*. Journal of Applied Analysis
Behavior. Vol. 28(1), Spr, p.99 –100.
- Miranda, A., Amado, L., Jarque, S. (2001). *Trastornos por déficit de atención con
hiperactividad*. Málaga: Aljibe.
- Mishel, N.H. y Mishel, W. (1983) *The development of children's knowledge of self-
control strategies*. Child Development, 54, 603-619.
- Mojarro, M.D. (1995) *Cognitive perfomance in hyperkinetic disorder and conduct
disorder*. Anales de Psiquiatría. Vol 11(5), May, pp. 183-194.

- Molina, N. (1997). *Cronología de la educación especial en México*. México: Revistas de la escuela y del maestro.
- Moyano, M. B. (2003). *AD/HD asociado al síndrome de Gilles de la Tourette*. Cap. 5. en: Joselevich, E. (2003).comp. AD/HD síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad. ¿Qué es? ¿Qué hacer?, recomendaciones para padres y docentes. Buenos Aires: Paidós.
- Nickerson, R., perkins, D. y Smith, E., (1987) *Enseñar a pensar*. Aspectos de la aptitud intelectual. México: Paidós.
- Novak, J. Y Gowin, D.B. (1988.) *Aprendiendo a Aprender*. Barcelona: Martínez Roca.
- Nowich, H. (1990). *Programa docente iberoamericano*. Evolución histórica: integración familiar, escolar, laboral y social. España: Universidad de Salamanca.
- Oñativia, O. (1984). *Bases psicopedagógicas de la educación*. Buenos Aires: Guadalupe.
- O'Neill, M.E. y Douglas, V. (1991) *Study strategies and story recall in attention deficit disorder and reading disability*. Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 19, p. 671-692.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor.
- Orjales, V. I. (2001). *Déficit de atención con hiperactividad*. Manual para padres y educadores. Quinta edición. Madrid: CEPE.
- Ortiz, L.S. (2003). *Diagnóstico del TDAH*. En: Curso trastorno por déficit de atención. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Mayo 12-14
- Palacios, C. L. (2003). *Epidemiología y características sociodemográficas del TDAH*. En: curso Trastorno por déficit de atención. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Mayo 12-14.
- Pérez, M. A. (2003). *Trastorno por déficit de atención*. Curso: Introducción a la psicopatología infantil. México: Hospital psiquiátrico infantil Juan N. Navarro. Junio30 a julio 2.
- Piaget, J. (1974). *La prise de conscience*. París: PUF (traducción Morata, 1976).
- Poder Ejecutivo Federal (1989). *Programa para la modernización Educativa*. 1989-1994. México. p. 36-37.
- Poder Ejecutivo Federal. *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*. SEP: México.

- Poder Ejecutivo Federal. *Programa de Desarrollo Educativo 2001-2006*. SEP: México.
- Portal, M. G. Y Solloa, L.M. (1993). *Validez del diagnóstico del trastorno por déficit de atención, hiperactividad, su prevalencia en una muestra escolar a través de cuestionarios para maestros*. Tesis para el grado de Maestría. México: Universidad Anahúac.
- Poza, P. (2003). *Comorbilidad con otros trastornos*. Curso trastorno por déficit de atención. México: Hospital psiquiátrico infantil Juan N. Navarro. Septiembre 24-26.
- Repetto, E. (1990). *El entrenamiento metacognitivo, la modificabilidad cognitiva y su transferencia a la comprensión lectora, la resolución de problemas y al aprendizaje*. Revista de investigación educativa. Vol. 8, 16, pp. 563-586.
- Rief, S. F. (1999). *Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad*. Técnicas, estrategias e intervenciones para el tratamiento del TDA/TDAH. Barcelona: Paidós.
- Rodríguez Sacristán, J. (2000). *Psicopatología infantil básica*. Madrid: Pirámide.
- Rusell, J. Schachar y Taylor, E. A. (1991). *Evaluación clínica y estrategias de tratamiento*. Cap. 11. en: Taylor, E. A. (1991). El niño hiperactivo. (comp.). Barcelona: Martinez Roca.
- Sánchez, P. y Torres, G. (1997). *Educación Especial 1*. Una perspectiva curricular, organizativa y profesional. Madrid: Pirámide.
- Scandar, R. D. (2003) *AD/HD y trastornos de aprendizaje: discalculia*. En: Joselevich, E. (2003).comp. AD/HD síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad. ¿Qué es? ¿Qué hacer?, recomendaciones para padres y docentes. Buenos Aires: Paidós.
- Secretaría de Educación Pública. *Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y la Integración Educativa*. 2002. México.
- Secretaría de Educación Pública. *Reglas de Operación del Programa de Integración Educativa*. 2002. México.
- Silver, B. L. (1988). *El niño incomprendido*. Guía para padres de niños con dificultades de aprendizaje. México: Fondo de Cultura Económica.
- Solloa, M. L. (1999). *Trastornos por déficit de atención, hiperactividad*: Programa de publicaciones de material didáctico. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Solomon, G. (1978). *Minimal brain dysfunction*. En: Wolman, B. (ed). Handbook of treatment of mental disorder in childhood and adolescence. New Jersey: Prentice hall.

- Stenhouse, L. (1984). *La investigación y desarrollo del currículum*. Madrid: Morata.
- Stenhouse, L. (1987). *La investigación como base de la enseñanza*. Madrid: Morata.
- Stoner, G. (1987). *Attention déficit disorder with hyperactivity: Medication effect on clinic and classroom impulsivity in children*. Dissertation abstracts international. 47 (8-B),35-47.
- Taylor, E. A. (1991). *Subclasificación y diagnóstico*. Cap. 8 En: Taylor, A. E. (1991). (comp.). *El niño hiperactivo*. Barcelona: Martínez Roca.
- Thorley, G. (1991). *Definiciones diagnósticas*. En: Taylor, A. E. (1991) comp. *El niño hiperactivo*. Barcelona: Martínez Roca.
- Thorley, G. (1991). *Aproximación al síndrome hiperkinético*. Definiciones diagnósticas. Cap. 7. En: Taylor, A. E. (1991) comp. *El niño hiperactivo*. Barcelona: Martínez Roca.
- UNESCO (1990). *Declaración mundial sobre educación para todos y marco de acción para satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje*. Tailandia.: Jomtien. 5-9 marzo.
- UNESCO (1994). *Declaración de Salamanca*. Principios, política y práctica para las necesidades educativas especiales y un marco de acción. España: Salamanca. 10 de Junio.
- Vygotsky, L. S. (1962). *Trouth and language*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Verdugo, M. (1995). *Personas con deficientes discapacidades y minusvalías*. En: Verdugo, M. *Personas con discapacidad: perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Cap. 1. México: Siglo XXI.
- Whalen, C.K. y Henker, B. (1986). *Cognitive behavior therapy for hyperactive children: What do we know.?* Journal of Children in Contemporary Society. Vol. 19(1-2). Fal-Win, p. 123-141.
- Wellman, H. (1985). *The origins of metacognition*. En Forrest-pressley, D.L., Mackinnon, G. E. y Waller T. G. (comps.). *Metacognition, cognition, and human performance*. Vol 1. p. 1-31. Orlando: Guilfor press.

SITIOS WEB

- Armida, B. R. (2003). *Tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención*. Memorias del congreso internacional de autismo y trastornos de atención. Guadalajara: hotel presidente continental. (en red). En: webmaster@uag.mx. Marzo 21-23.
- Asociación Mexicana por el Déficit de Atención, Hiperactividad y Trastornos Asociados, A.C. (2003). (en red). En: <http://www.deficitdeatencion.org/millon.htm>.

- Biaggi, H. R. (1996). *Trastorno por déficit de atención*. Alcmeon no. 3. en (red): http://www.alcmeon.com.ar/5/18/a18_05.htm.
- Biaggi, H. R. (1996). *Trastorno por déficit de atención*. Alcmeon no. 18. en (red): http://www.alcmeon.com.ar/5/18/a18_05.htm.
- Children and adults with attention-déficit/hiperactivity disorder CHADD (2003). *El trastorno llamado TDA/H*. Hoja de datos no. 1. (en red). En: <http://www.chadd.org>. (trad) Salas, C. Octubre.
- Children and adults with attention-déficit/hiperactivity disorder CHADD (2003). *Manejo médico con apoyo de evidencia para los niños y adultos con el TDAH*. Hoja de datos no. 3. (trad) Salas, C. Octubre. (en red). En: <http://www.chadd.org>.
- Children and adults with attention-déficit/hiperactivity disorder CHADD (2003). *El TDA/H y trastornos coexistentes*. Hoja de datos no. 5. (trad) Salas, C. primavera. (en red). En: <http://www.chadd.org>.
- Children and adults with attention-déficit/hiperactivity disorder CHADD (2003). *El trastorno por déficit de atención e hiperactividad en los adultos*. Hoja de datos no. 7. (trad) Salas, C. Primavera. (en red). En: <http://www.chadd.org>.
- García, E. y Magaz, A. (2000). *Actualidad sobre el TDA/H*. (En red) disponible en: COHS.lbor@grupoalbor-cohs.com. Marzo.
- Michaine, C. (1996). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA/H)*. En: revista alcmeon 17 no. 2. (en red). En: http://www.alcmeon.com.ar/5/17/a17_06.htm.
- Mulas, F. y Morant, A. (2000). *El trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. (en red). En: <http://invanep.com>.
- Nani, C. J. F. (2002). *Pesquisa precoz de niños entre 0 y 3 años con alta probabilidad de presentar déficit atencional e hiperquinesia y conductas motrices de la edad escolar*. En: <http://www.adhd.com.ar/publicaciones6.htm>.
- Oates, T. M. (2000). *Detección precoz del déficit de atención con o sin hiperactividad*. En: <http://www.adhd.com.ar/publicaciones5.htm>.
- Rosan, T. A. (2003). *Evolución del ADHD en las etapas vitales*. Presentad en el X^a Congreso Internacional de Psiquiatría de la Asociación Argentina de Psiquiatras. Buenos Aires: Octubre 21-24. en: <http://www.adhd.com.ar/publicaciones15.htm>.