UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

UNIDAD UPN 099 D F PONIENTE

LICENCIATURA EN EDUCACIÓN, PLAN 94

# *TALLER DE SENSIBILIZACIÓN PARA PADRES DE FAMILIA Y MAESTROS SOBRE EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN, EN EDUCACIÓN SECUNDARIA.*

PROYECTO DE INNOVACIÓN
DE ACCIÓN DOCENTE

PRESENTA:
VÁSQUEZ DE LA SOTA RIVA
MARGARITA GICELA

México, D.F. Octubre del 2005

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....5

JUSTIFICACIÓN.....6

CONTEXTO SOCIAL.....8
- Medio Natural.....8
- Medio Urbano.....8
- Medio Social.....9
- Historia.....9
- Escuela.....10

DIAGNÓSTICO PEDAGÓGICO.....12
- Cuestionario Aplicado a 24 Padres de Familia.....14
- Cuestionario Aplicado a 24 Maestros.....19

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 23
- Propósito General del Proyecto..... 26
- Categorías de Análisis..... 26

MARCO TEÓRICO.....27
- Antecedentes.....27
- Enfoque Teórico Soviético.....29
- Atención Voluntaria.....34
- Sistema Nervioso Central.....39
  - Cerebro.
  - Médula Espinal.
  - Neurona.
  - Sinapsis.
  - Transmisión Sináptica.
  - Neurotransmisores.
  - Subdiviciones del cerebro.
- Etiología.....49
  - Factores Prenatales (antes del nacimiento)
  - Factores Paranatales (durante el nacimiento)

- Factores Postnatales (después del nacimiento)
- Elementos Neuroquímicos.....51
- Elementos Neurofisiológicos y Bioeléctricos.....52
- Elementos del Desarrollo Intrauterino.....55
- Elementos Socioculturales.....56
- Modelo Integral.....57
- Comorbilidad.....60
  - Trastornos de Aprendizaje.....60
  - Trastornos Emocionales.....61
  - Trastornos de Conducta y Adaptación.....62
  - Epilepsia.....65

- Características.....66
  - Inatención.....66
  - Hiperactividad.....67
  - Impulsividad.....67
  - Otras.....68

- Recomendaciones para padres de familia con hijos con TDA/TDAH.....70

- Consejos de supervivencia para padres con niños con TDA/TDAH.....72

- Recomendaciones para los maestros.....74

- 10 Estrategias para enseñar a los niños con TDA/TDAH.....76

- Recomendaciones para adolescentes con TDA.....81

METODOLOGÍA.....83
- Tipo de Proyecto.....94

PLAN DE TRABAJO PARA PADRES DE FAMILIA.....95
  - 1ª Sesión. Invitación.
  - 2ª Sesión. Adolescencia.
  - 3ª Sesión. Comunicación.

- 4ª Sesión. Presentación de los participantes.
- 5ª Sesión. ¿Qué es el TDA?
- 6ª Sesión. Características.
- 7ª Sesión. Etiología y Aspectos Neurológicos.
- 8ª Sesión. Manejo Pedagógico.
- 9ª Sesión. Conclusiones.

PLAN DE TRABAJO PARA MAESTROS.....104
- 1ª Sesión.
- 2ª Sesión.
- 3ª Sesión.
- 4aSesión.

PLAN DE TRABAJO PARA ALUMNOS.....108

APLICACIÓN DEL PROYECTO.
- Reportes de aplicación, Padres de Familia.....110
- Reportes de aplicación, Maestros.....122
- Reportes de aplicación, Alumnos.....127

EVALUACIÓN GENERAL DEL PROYECTO.....128

GLOSARIO.....129

BIBLIOGRAFÍA.....138
- Correos Electrónicos.....141

APENDICE.....142
- Cuestionario para padres de familia.
- Cuestionario para maestros.
- Folleto de Trastorno por Déficit de Atención (TDA).
- Cuadernillo para Alumnos.

# INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención (TDA), es un problema psicopedagógico, múltiple e interdisciplinario, que afecta el desarrollo armónico y feliz de los niños y jóvenes, afectándoles en distintos ámbitos de su vida y de manera significativa, llegando a impedirlos a interactuar adecuadamente. Por ello se propone un estudio dentro del paradigma crítico-diálectico en la institución donde se labora: la Escuela Secundaria Diurna Número 207 *Estado de Israel,* turno matutino, dónde se busque la transformación educativa y social en beneficio de los niños y jóvenes con TDA, para que tengan una detección, canalización y atención adecuada a sus necesidades. Se realizó un diagnóstico acerca de la opinión y conocimiento que tienen los padres y maestros sobre TDA y se encontró que los padres de familia desconocen el TDA, y el trato que deben darle a sus hijos; de parte de los maestros piden apoyo y comprensión, también están dispuestos a participar en un taller de información sobre este padecimiento.

En cuanto a los maestros, en el centro educativo objeto de estudio, desconocen también el trastorno, así como el trato que debe dárseles en el salón de clases; se consideran ajenos al problema; pero el 79% considera necesaria una capacitación para el manejo adecuado de estos niños.

Por ello, se propone un taller para los padres, para que sean capaces de detectar TDA, y darles un tratamiento, y apoyo adecuado a sus hijos.

Referente a los maestros, se prevé un taller de discusión y sensibilización en el que se pretende dar herramientas para detectar, canalizar y dar el trato psicopedagógico correcto, logrando de esta manera mejorar las relaciones sociales y el aprovechamiento no solo del niño y/o adolescente, sino de todo el grupo escolar.

En Capitulo 1. Contexto Social.- Se explica el medio natural. Urbano y social dónde esta enmarcada la secundaria objeto de estudio, así como su historia y las características de la escuela. Tipo de población, clase social predominante, preparación del personal docente, etc. para tener una idea general del ambiente escolar.

El Capitulo 2. Diagnóstico Pedagógico.- Se exponen los resultados obtenidos en los cuestionarios aplicados a padres de familia y maestros, y con base a los cuales se obtuvo el diagnóstico.

En el Capitulo 3. Planteamiento del Problema.- Se establece el planteamiento del problema con base al diagnóstico pedagógico, así como fundamentar el propósito general del proyecto y establecer las categorías de análisis con las que se van ha alcanzar las expectativas del proyecto de innovación.

El Capitulo 4. Marco Teórico.- En este capitulo se abordan los aspectos teóricos del problema; desde los antecedentes del TDA; el enfoque teórico soviético en el cual se basa el análisis del proyecto; las funciones y tipos de atención; el funcionamiento del sistema nervioso central y los efectos que tienen sus alteraciones en el trastorno por déficit de atención; también se presentan las causas o etiología del padecimiento, antes, durante y después del nacimiento, así como los efectos de los elementos neuroquímicos, neurofisiológicos, bioeléctricos, del desarrollo intrauterino, socioculturales, y un modelo integral, que abarca todos los aspectos implicados en el síndrome. También se explica la comorbilidad, que son todos aquellos padecimientos que coexisten con el TDA, como: trastornos de aprendizaje, emocionales, de conducta y adaptación y la epilepsia. Después se abordan las características del TDA; inatención, hiperactividad, impulsividad y algunas otras como; depresión, ansiedad, etc. Después se revisan consejos, recomendaciones y estrategias para trabajar y educar a niños con TDA.

En el Capitulo 5. Metodología.- Se explica la Pedagogía Crítica, antecedentes, principales teóricos y fundamentos, en los cuales se pretende enmarcar el proyecto de innovación. Así como la explicación del tipo de proyecto.

El Capitulo 6. Plan de Trabajo para Padres de Familia.- Se explican las sesiones que se pretenden trabajar con los padres de familia, así como los temas, objetivos, fechas, etc.

En el Capitulo 7. Plan de Trabajo para Maestros.- Se explican las sesiones para profesores, temas, objetivos, etc.

El Capitulo 8. Plan de Trabajo para Alumnos.- Se explica el trabajo realizado con los alumnos en 19 sesiones, objetivos y tiempos.

El Capitulo 9. Aplicación del Proyecto.- Se hace el análisis de las categorías, así como la reseña de las sesiones.

Glosario.- Se explica el significado de las principales palabras o conceptos utilizados en el trabajo.

Bibliografía.- Se hace referencia a los libros consultados y a los correos electrónicos utilizados para recabar información.

Apéndice.- Se presentan los diferentes documentos utilizados durante la investigación; cuestionarios, padres y maestros; relación de los maestros así como su preparación; el Folleto de TDA realizado para padres y alumnos, así como el cuadernillo elaborado para los alumnos.

# JUSTIFICACIÓN

El tema de interés para el presente proyecto de innovación fue la falta de información de parte de padres y maestros para detectar TDA.
Se observó que había alumnos en la escuela, objeto de estudio, que tenían problemas muy serios de aprovechamiento y conducta, probablemente debidos a TDA, sin atención alguna y mucho menos diagnóstico y tratamiento, que pudiera ayudarles en el ámbito escolar, familiar y social.

Al comenzarse a investigar sobre los problemas relacionados con TDA, dentro de este centro educativo y como afectaba en las relaciones alumno-maestro, se pudo apreciar no sólo el desconocimiento por parte de los maestros, sino la falta de criterio para tratarlos y sobre todo para evaluarlos.

La evaluación de estos niños la realizan básicamente los maestros sobre la conducta, sin tomar en cuenta las necesidades educativas especiales, y mucho menos el Acuerdo 200 de Educación, dónde se específica que el maestro debe evaluar el proceso Enseñanza-Aprendizaje.

Por ello, en el presente proyecto de innovación se pretende propiciar un cambio de actitud, tanto de los padres de familia, como de maestros, especialmente de aquellos padres con hijos con problemas relacionados con TDA.

Como Orientadora Educativa en este plantel, se dispone de los recursos y tiempos necesarios para desarrollar el proyecto, especialmente con los padres de familia, esperando incidir un poco sobre los maestros, pues la influencia en ellos no es muy positiva, ya que el Departamento de Orientación nunca es bien visto y siempre se espera que sea una especie de departamento inquisitorial que administra, castigos, sanciones, etc. La aplicación podría ser apropiada, puesto que se llevará a cabo por medio de talleres.
En la secundaria hay un porcentaje significativo de casos diagnosticados con TDA (aproximadamente 3%) y muchos más sin

diagnóstico, pero con las características del síndrome. De esta manera se beneficiará todo el colectivo escolar, ya que la información y sensibilización hacia los niños con TDA causa verdaderos conflictos escolares y la mayoría de ellos deben atenderse en el Departamento de Orientación.

# CONTEXTO SOCIAL

## MEDIO NATURAL

La Secundaria Diurna Número 207 *Estado de Israel,* turno matutino, clave 09DESO207Z, está ubicada en Hacienda de Clavería s/n, Colonia Prados del Rosario, C.P. 02410, Delegación Azcapotzalco, D.F.

La colonia Prados del Rosario, está conformada básicamente por casas solas de dos pisos, aunque alrededor hay edificios con departamentos, de dos y tres recamaras. La mayoría de las colonias aledañas, son de empleados o exempleados de PEMEX.

Muchas familias están conformadas por abuelos, padres e hijos, la mayoría son familias desestructuradas, con un nivel socioeconómico medio.
La superficie de la Colonia es de aproximadamente 236,306 m2, con 19 manzanas, una población aproximada de 4,147 habitantes.
Los servicios públicos con que cuenta son: agua potable, pavimentación, etc.

## MEDIO URBANO

En las colonias cercanas se encuentra:
- Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco.
- Metro Rosario.
- Clínica No. 33 del Seguro Social.
- Secundaria Diurna No. 142
- Centro de Salud (SSA).
- Parque Recreativo Tezozomoc.
- Normal Superior de México.
- Museo Regional Tezozomoc.

Esta rodeado de grandes vías de acceso:
- Calzada de las Armas.
- Parque Vía.
- Av. Manuel Salazar.

- Rancho la Esmeralda.
- Hacienda de Sotelo, etc.

# MEDIO SOCIAL

El terreno de la secundaria es amplio y colinda con una primaria de la SEP, *Faja de Oro,* y casas de vecinos.
Dentro de la misma cuadra se encuentran: el Jardín de Niños *Estado de Tlaxcala*, y el Centro de Estudios Tecnológicos Industriales y de Servicios No. 33, de la SEP.

La Escuela Secundaria *Estado de Israel,* pertenece a la Zona Escolar VI, que cuenta con cinco escuelas: la Central de Laboratorios y Talleres No. 2; las Secundarias: 192, 193, 227, y la 207 (Estado de Israel), que por estar más alejada de la zona, tiene sus propios laboratorios y talleres.

Esto la distingue de las demás, pues es la única de la zona que no tiene tanta cercanía y trabajo en conjunto con la Central, dónde además se encuentra la Inspección de Zona.

# HISTORIA

La Secundaria *Estado de Israel,* se inauguró en el año de 1977, en aulas de la Escuela Secundaria Diurna No. 142, de ahí pasó a ocupar salones provisionales construidos en lo que hoy ocupan *Los Viveros,* del Parque Tezozomoc. Más adelante pasaron a ocupar el edificio en el que posteriormente funcionó la Universidad Pedagógica Nacional, hoy la Escuela Normal Superior. De ahí se trasladó al Jardín de Niños *Tlaxcala* y finalmente en el mes de octubre de 1987 les es entregado el edificio actual.
El recorrido por varios lugares durante ese tiempo es lo que le da el nombre a la Escuela, pues a semejanza del pueblo judío, que anduvo errante durante muchos siglos y por varios lugares; por fin,

29 años antes que esta escuela, llega a tierra prometida, y se crea el *Estado de Israel.*

# ESCUELA

La escuela cuenta con cuatro edificios: dos de tres pisos, dónde se encuentran las aulas, laboratorios, biblioteca y la mayoría de talleres (Artes Plásticas, Dibujo Técnico, Taquimecanografía, Corte y Confección, Carpintería, Electrotecnia). También se encuentra la Red Escolar, que originalmente iba a ser el Taller de Computación.

Otro edificio, es de dos plantas y ahí se encuentran las oficinas: en la planta alta; la Dirección, Oficina de la Secretaria de la Directora, el Área Administrativa, Trabajo Social, Departamento de Orientación, Subdirección, Enfermería, Contraloría, una Bodega y Dirección del Turno Vespertino.

En la planta baja se encuentra el Audiovisual o Salón de Usos Múltiples, la Sala de Maestros y debajo de la escalera una *covacha* para los trabajadores de intendencia.

Cuenta con muchas áreas verdes y grandes árboles de Jacarandas, que en varias épocas del año alfombran el piso de color violeta.

El personal (para el ciclo escolar 2001-2002) esta formado por 57 trabajadores, 40 de ellos profesores, pocos con formación docente y algunos con actividades que no tienen mucho que ver con su formación académica. Como un Ingeniero Agrónomo dando Física, o una Odontóloga impartiendo Introducción a la Física y la Química.

En el mismo ciclo escolar, se contaba con 5 grupos de primero, 5 de segundo y 5 de tercero, con una población de 322 estudiantes, 171 alumnos y 151 alumnas, de clase social media, media baja y pocos de media alta. La mayoría de ellos enfrenta problemas de desintegración familiar, de violencia, alcoholismo, drogadicción, pleitos legales, etc. Por ejemplo:

*El caso de Anita, su papá le disparo en la cabeza a la mamá, delante de los hijos, estuvo muy grave y finalmente murió, actualmente la familia sacó al padre de la cárcel, pero los tíos maternos cuidan a los hijos, presentando obviamente, graves problemas familiares, poca comprensión a los niños, no desean que vean al padre, etc.*

En el periodo mencionado, sólo había un alumno de primer año con 9.9 de promedio, y más de la mitad de alumnos, reprobados por lo menos en una materia durante el año escolar.

El promedio general de la escuela era de 8.1: los mejores grupos eran los primeros; los que tenían mayor problema de conducta los segundos.

En cuanto a TDA en este ciclo escolar se tenían detectados y ya canalizados con diagnóstico a cuatro estudiantes (con hiperactividad), pero hay muchos más con las mismas características pero sin diagnóstico y atención. Los alumnos con diagnóstico no llevaron un tratamiento continuo y adecuado, ya sea porque no tomaban medicamento, no asistían a terapia, etc.

Como la matrícula es baja, generalmente se reciben alumnos repetidores, con bajo aprovechamiento y/o problemas de conducta.

En cuanto a la participación de los padres, cada día ha ido mejorando, aunque los padres de niños con problemas de aprovechamiento y conducta siempre son los más renuentes a asistir a la escuela, ya que cuando asisten se aprovecha su presencia para dar las quejas del comportamiento de sus hijos, y los alumnos muchas veces no les avisan de los citatorios, pues saben son para atender quejas de su comportamiento.

Generalmente los alumnos son de familias de la zona, por lo que los papás ya conocen la escuela, pues ahí han tenido, hermanos, hijos, parientes, etc.

# DIAGNÓSTICO PEDAGÓGICO

El aspecto a investigar mediante el método de la encuesta fue: el conocimiento que tienen los padres de familia y maestros de la escuela objeto de estudio sobre el TDA, así como las opiniones que tienen sobre esto. A partir de que la escuela mostraba un conflicto considerable debido a alumnos con conductas relacionadas al TDA; bajo aprovechamiento, hiperactividad, desinterés, abulia etc., sin atención alguna, mucho menos diagnóstico y tratamiento que pudiera ayudarles en el ámbito escolar, familiar y social, por lo que se potencializaba la situación.

Todo lo anterior originó la necesidad de diseñar y aplicar un taller de análisis y sensibilización para padres y maestros de la secundaria 207, ofreciendo información clara y precisa sobre el TDA, para su detección, canalización atención y manejo escolar adecuado a sus necesidades, y que esto fomentara las capacidades y autoestima del niño o niña, y no propiciara situaciones de rechazo, *etiquetas* agresiones y burlas tan dañinas para los alumnos en su desarrollo presente y futuro.

En la escuela mencionada se han presentado varios casos de TDA, sobre todo del segundo año, ocasionando severos problemas en la relación alumno-maestro, al grado de rechazar tanto a los alumnos que ha sido común sacarlos del grupo, aislándolos, agrediéndolos, reportándolos constantemente al servicio de Orientación y/o la Dirección, citándose al padre de familia, que generalmente deja de acudir a los llamados de la escuela, y termina cambiando al alumno de escuela, o infortunadamente repite el año escolar.

Independientemente de que se canalice a un Servicio de Atención Psicológica, donde las citas son esporádicas y generalmente los padres dejan de llevarlos y los pocos que continúan el tratamiento, les dan diagnóstico de normalidad, sin una revisión neurológica y/o recomendaciones psicopedagógicas.

Para conocer las opiniones que sobre el TDA tienen padres y maestros del plantel objeto de estudio, durante el ciclo escolar

2001-2002, se aplicó un cuestionario a 24 padres de alumnos con problemas relacionados con el TDA, y 24 docentes.

La información recabada fue la siguiente:

# CUESTIONARIO APLICADO A 24 PADRES DE FAMILIA

Pregunta # 1

¿ Cuáles son los principales problemas de aprovechamiento y conducta, que usted ha notado en su hijo (a) ?

| | | |
|---|---|---|
| - Distracción o falta de atención..... | 11 | 45.8% |
| - No hace tareas o trabajos..... | 6 | 25% |
| - *Rebelde o grosero*..... | 2 | 8.3% |
| - No obedece..... | 2 | 8.3% |
| - Bajas calificaciones..... | 2 | 8.3% |
| - La edad (por estar en la adolescencia)..... | 1 | 4.1% |
| | 24 | 100% |

Es significativo que casi la mitad (45.8%) de los padres encuestados consideran la distracción o falta de atención como el principal problema de aprovechamiento y conducta, el cual es uno de los principales síntomas del TDA. El 8.3% que considera como principal problema las bajas calificaciones, también se puede englobar como problema de desatención. Al 25 % le preocupa el que no hacen tareas y trabajos, lo cuál también repercute en las calificaciones. Sólo un padre de familia (4.1%) considera estos problemas como parte del proceso de la adolescencia.

Problema # 2

¿ De que manera considera usted que afectan estos problemas( los mencionados en la pregunta anterior) las relaciones familiares con su hijo (a) ?

| | | |
|---|---|---|
| - Fricciones familiares..... | 20 | 83.3% |
| - Rechazo, distanciamiento..... | 3 | 12.5% |
| - No contestó..... | 1 | 4.1% |
| | 24 | 100% |

En un considerable porcentaje (83.3), estas conductas (rebeldía, distracción, etc.) básicamente crean problemas al interior de la familia, discusiones, pleitos, falta de acuerdos, críticas de otros familiares, etc. Y en un 12.5% propicia el rechazo y distanciamiento de estos niños y niñas al interior del hogar.

Pregunta # 3

¿ De que manera creé usted que afectan estos problemas (rebeldía, distracción, etc.) su desempeño escolar ?

| | | |
|---|---|---|
| - Bajo rendimiento escolar..... | 12 | 50% |
| - Mala relación con los profesores..... | 9 | 37.5% |
| - No se concentra..... | 3 | 12.5% |
| | 24 | 100% |

En un considerable porcentaje (50), se aprecia el bajo rendimiento escolar un aspecto a cuidar profundamente. Otro porcentaje significativo 37.5%, creé que estos problemas propician una mala relación con los profesores.

Pregunta # 4

¿ Cuáles creé usted, que son las causas de dichos problemas (los relacionados con TDA) ?

| | | |
|---|---|---|
| - Relaciones familiares | 5 | 20.8% |
| - Problemas de personalidad | 5 | 20.8% |
| - No sabe/no contestó | 5 | 20.8% |
| - Malas influencias | 3 | 12.5% |
| - *Consentirlos* | 3 | 12.5% |
| - Falta de interés | 3 | 12.5% |
| | 24 | 100% |

Llama la atención el 20.8%, que desconoce las causas que propician el TDA, de ello se confirma la necesidad de mayor información. Poco más de la quinta parte (20.8%), considera que los problemas surgen de las relaciones familiares, o son parte de la personalidad de los jóvenes. Un 12.5% de los padres encuestados piensa que la causa son las malas influencias, especialmente de los compañeros de clase. Otro 12.5% considera que el problema surge de consentirlos, lo cual se puede englobar en las relaciones familiares, es decir en un manejo inadecuado al interior de la familia.

Pregunta # 5

¿ Qué considera usted que necesitan los niños con problemas de TDA, dentro del núcleo familiar ?

| | | |
|---|---|---|
| - Atención | 8 | 33.3% |
| - Apoyo | 6 | 25% |
| - Platicar con ellos | 6 | 25% |
| - Comprensión | 2 | 8.3% |
| - Tolerancia | 1 | 4.1% |
| - Trato fuerte | 1 | 4.1% |
| | 24 | 100% |

Es significativo que casi el 95% de los padres encuestados, se inclinan por un trato especial, afectuoso, de apoyo, comprensión, etc. lo que indica cierto grado de sensibilidad ante el problema, aunque en la realidad muy frecuentemente se desesperan. Sólo el 4.1% piensa que es necesario un trato fuerte hacia estos jóvenes.

Pregunta # 6

¿ Qué trato considera usted que necesitan los niños con problemas de TDA dentro del salón de clases ?

| | | |
|---|---|---|
| - Trato especial, atención, consideración, etc..... | 17 | 70.8% |
| - Exigirles más, llamarles la atención..... | 6 | 25% |
| - Trato normal..... | 1 | 4.1% |
| | 24 | 100% |

Los padres se mantienen en un 70.8%, por un trato especial, de consideración, atención, etc. Y un 25% si considera necesario el que los maestros les exijan más, en contraste a lo que creen debe ser al interior del hogar. Sólo un 4.1% piensa que el trato al interior del salón de clases debe ser normal.

Pregunta # 7

¿ Considera necesario un tratamiento médico para estos jóvenes ?

| | | |
|---|---|---|
| - Si..... | 16 | 66.6% |
| - No..... | 7 | 29.1% |
| - No contestó..... | 1 | 4.1% |
| | 24 | 100% |

Llama la atención que casi la tercera parte (29.1%), no considera necesario el apoyo médico, posiblemente en la creencia de que es un problema de tipo escolar y/o hogareño.

Pregunta # 8

¿ Considera necesario ofrecer información, para padres de familia, con niños que presentan estos problemas (TDA) ?

| | | |
|---|---|---|
| - Si..... | 20 | 83.3% |
| - No..... | 1 | 4.1% |
| - No contestó..... | 3 | 12.5% |
| | 24 | 100% |

Un importante segmento de la población encuestada (83.3%) considera necesaria la información para manejar adecuadamente los problemas con sus hijos; sin embargo, es importante el porcentaje que contestó negativamente o que no contestó (16.6%).

# CUESTIONARIO APLICADO A 24 MAESTROS

Pregunta # 1

¿ Cuáles son los principales problemas de aprovechamiento y conducta, que usted ha detectado en sus alumnos ?

| | | |
|---|---|---|
| - Falta de interés y responsabilidad de los alumnos..... | 16 | 66.6% |
| - Falta de sanciones por falta de la escuela..... | 3 | 12.5% |
| - No contestó..... | 3 | 12.5% |
| - Groseros y agresivos..... | 2 | 8.3% |
| | 24 | 100% |

Llama la atención que un considerable porcentaje (66.6) de los maestros encuestados, aprecia la falta de interés y responsabilidad de los alumnos como los principales problemas de aprovechamiento y conducta, es decir los problemas son externos a él, básicamente dependen de la voluntad y educación del alumno, lo cual también se englobaría en considerarlos groseros y agresivos (8.3%). y el 12.5% piensa que los problemas se dan por falta de sanciones por parte de la escuela, principalmente del departamento de orientación, por lo que no hay conciencia de que pueda tratarse de una enfermedad.

Pregunta # 2

¿ De que manera considera usted que afectan estos problemas (los relacionados a TDA) el desarrollo de su clase?

| | | |
|---|---|---|
| - Causan indisciplina..... | 7 | 29.1% |
| - No cumplen con trabajos y/o tareas..... | 6 | 25% |
| - Falta de interés y atención..... | 5 | 20.8% |
| - No se aprovecha el tiempo..... | 4 | 16.6% |
| - No contesto..... | 2 | 8.3% |
| | 24 | 100% |

A casi una tercera parte de los maestros encuestados les preocupa principalmente la indisciplina que generan (29.16%), y el que no entreguen sus tareas o trabajos (25%), que no se aproveche el tiempo como debiera. Y nuevamente el 20.8% le da importancia a la falta de interés y atención del alumno.

Pregunta # 3

¿ Cuáles creé usted, que son las causas de dichos problemas ?

| | | |
|---|---|---|
| - Falta de interés y/o apoyo de los padres..... | 16 | 66.6% |
| - Problemas familiares..... | 3 | 12.5% |
| - Falta de control del grupo por parte del maestro..... | 3 | 12.5% |
| - No lo se..... | 2 | 8.3% |
| | 24 | 100% |

Dos terceras partes de los docentes encuestados (66.6%) considera como causas de los problemas la falta de apoyo o interés que manifiestan los padres hacia los jóvenes con esta problemática; nuevamente no se consideran parte del problema, ya que también el 12.5% piensa que estos problemas se generan al interior de la familia. Y solo el 12.5% creé que la falta de control por parte del maestro puede generar estos problemas.

Pregunta # 4

¿ Qué trato considera usted que necesitan los niños y jóvenes que presentan estos problemas, dentro de su clase ?

| | | |
|---|---|---|
| - Atención, apoyo..... | 12 | 50% |
| - *Mano dura*..... | 4 | 16.6% |
| - Canalización..... | 4 | 16.6% |
| - Capacitación a los padres..... | 2 | 8.3% |
| - No se ..... | 2 | 8.3% |
| | 24 | 100% |

La mitad de la muestra encuestada se inclina por darles atención y apoyo a estos alumnos; el 16.6% en la necesidad de canalizarlos. Y llama la atención que el 16.6% considera necesaria la *mano dura*.

Pregunta # 5

¿ Considera necesaria la canalización a un servicio médico, para estos niños ?

| | | |
|---|---|---|
| - Si..... | 15 | 62.5% |
| - No ..... | 9 | 37.5% |
| | 24 | 100% |

Es significativo que el 37.5% de los maestros encuestados no consideran necesaria la canalización, lo que indica que estos problemas no los ven como parte de una enfermedad.

Pregunta # 6

¿ Considera usted necesaria una capacitación para maestros, sobre niños con estos problemas ?

| | | |
|---|---|---|
| - Si..... | 17 | 70.8% |
| - No..... | 6 | 25% |
| - No contestó..... | 1 | 4.1% |
| | 24 | 100% |

Un considerable porcentaje (70.8) contempla la necesidad de ser capacitado sobre niños con estos problemas. Llama la atención que una cuarta parte de los encuestados (25%) muestran resistencias a esta preparación, en algunos casos justifican la falta de tiempo.

# PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De lo anteriormente planteado surgen las siguientes preguntas de investigación con el objeto de enmarcar la investigación que surgió a raíz del interés de conocer que tanto sabían los maestros de la escuela secundaria donde se prestan los propios servicios, sobre el Trastorno por Déficit de Atención (TDA), sobre el término, el síndrome, características, etc.

Durante la entrevista realizada a algunos maestros se detectó que realmente tenían poca información: cuando se les hablaba acerca de TDA desconocían el significado, cuándo se les mencionó Trastorno por Déficit de Atención hacían referencia a los problemas de atención únicamente. Al mencionarles que puede complicarse con hiperactividad (característica del TDA, niños en constante actividad física) y sin hiperactividad, explicaron básicamente las características de aquellos alumnos con mala conducta, inquietos y de difícil manejo, pero sin precisar todos los rasgos de conducta.

Otro aspecto importante es que el TDA no fue considerado como una enfermedad, sino más bien un *problema de mala voluntad, de no querer realizar el alumno los esfuerzos necesarios*, o bien, debido a la falta de atención por parte de los padres, por esto, la mayoría no consideró necesario el tratamiento médico o terapéutico. Sin embargo, ¿ cómo afecta al grupo escolar un niño con TDA?

En el salón de clases es dónde afloran más fácilmente los dos grandes grupos de síntomas: aquellos que afectan la conducta del niño y los que producen las dificultades del aprendizaje: se distrae y afecta a los demás, provoca, no permanece en su sitio, no termina su trabajo, no atiende por tiempo suficiente, se le dificulta acatar órdenes, etc.; por ello, la situación se torna frustrante para el niño y el profesor.

El maestro generalmente trata de solucionar el problema con sanciones internas que van en aumento, en ocasiones hablando con el chico y al ver que no resultan o por muy poco tiempo, parece

que se burla de éste, se llega a una *verdadera batalla* en el salón de clases, el maestro se siente engañado, frustrado e incapaz de encontrar solución, recurre a citatorios con los padres de familia para dar las quejas de la conducta y el aprovechamiento, envía al alumno al Departamento de Orientación, generalmente arguyendo que no hay apoyo por parte de los padres de familia y del propio alumno para solucionar el problema.

Por parte de Orientación es común sugerir sanciones fuertes y represalias para que el alumno cambie, o bien se ve a Orientación como un *recurso mágico* para solucionar el problema, y si no se obtiene esto, se piensa que no hay apoyo, o trabajo eficaz.

El alumno por su parte, se siente agredido, incomprendido, marginado, decepcionado y deprimido, porque es incapaz de cambiar, aunque a veces se lo propone realmente, así también, es señalado por sus compañeros y maestros, creando muy mala fama y obviamente causando problemas en la familia.

¿Qué problemas ocasiona al interior de la familia un niño con TDA? En la familia se manifiestan básicamente los problemas de conducta, no obedece, no se le puede controlar, discute, es agresivo, generalmente las relaciones se vuelven conflictivas, no solo con los padres de familia, sino con los demás miembros, terminando en rechazo y poca fe; también es común que los padres consideren que es un problema de mala voluntad y no una enfermedad; generalmente mencionan que es un chico muy inteligente pero flojo.

Los padres suelen enfrentar las quejas, lo que ocasiona que muchas veces ya no quieran asistir a los llamados, dificultándose su localización; también llegan a mencionar que ya no saben que hacer, *que los van a internar* o les retiran su apoyo, y algunos casos, llegan a golpearlos o hablarles severa y/o rechazantemente, lo que ocasiona que el niño se sienta marginado, no sólo en la escuela sino también en su casa, procurando permanecer el mayor tiempo posible fuera de ésta. En la escuela se junta con niños con problemas semejantes, propiciando mayor desorden y mala fama.

De lo anteriormente expuesto, surgen las siguientes preguntas de investigación:

¿Puede hablarse de sensibilidad y aceptación por parte de los maestros a aquellos alumnos con síndrome de TDA?

¿ Hay posibilidad de canalización?

¿Cómo puede detectarse a un niño con TDA?

¿Se cuenta con material bibliográfico para maestros y padres de familia sobre TDA?

¿Dentro de la Secundaria como son atendidos estos niños?

¿Cómo podría definirse al TDA?

Pregunta central:

¿ Es posible estructurar y aplicar una propuesta alternativa que permita la sensibilización, identificación y atención de los alumnos con TDA, en la Secundaria Diurna No. 207 Estado de Israel, turno matutino a través de un taller de Sensibilización para padres de familia y maestros sobre el Trastorno por Déficit de atención, en Educación Secundaria?

# PROPÓSITO GENERAL DEL PROYECTO

Aplicar una propuesta alternativa que permita la sensibilización y canalización oportuna de los alumnos con TDA, en la Escuela Secundaria Diurna No. 207 Estado de Israel T.M., a través de un *Taller de Sensibilización para Padres de Familia y Maestros sobre El Trastorno por Déficit de atención, en Educación Secundaria.*

# CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Para alcanzar las expectativas se propusieron las siguientes categorías de análisis:

- La situación del niño de secundaria con TDA al interior de la familia.

- La interacción de niños con TDA en el grupo escolar. (Intervención del docente)

- Posibilidades reales de canalización y atención oportuna.

- Los talleres de sensibilización:

- ¿ Qué se aprendió ?

- ¿ Qué se cambio ?

- ¿ Qué se favoreció ?

# MARCO TEÓRICO

## ANTECEDENTES

La historia del trastorno por Déficit de Atención, se caracteriza por el desacuerdo en cuanto a los términos con los que se ha identificado: disfunción cerebral mínima, hiperkinesia, reacción hiperquinética de la infancia, trastorno de la atención con o sin hiperactividad, etc. y a cual es el déficit que subyace al trastorno, distractibilidad, hiperactividad, inatención, desorden de la autorregulación, dificultad para generar y aplicar reglas en forma interna, disfunción en el sistema de recompensas, dificultades en el aprendizaje, déficit en el desarrollo del habla privada, desarrollo de estrategias cognitivas inadecuadas, déficit de atención.

Como puede apreciarse, el término que se utilizó inicialmente (disfunción cerebral mínima) fue desechado por tratar de ocultar la falta de conocimiento acerca de la verdadera extensión del cambio en la estructura cerebral que es el responsable de la propia disfunción, también los trastornos resultantes nada tienen de *mínimos,* por el contrario, caracterizan una conducta generadora de evidentes cambios desfavorables, tanto en el seno familiar como en el escolar.

George Still y Alfred Tredgold, describen en 1902 lo que ellos conceptualizaron como *defectos en el control de la moral,* señalaron una mayor incidencia en niños que en niñas, y la sintomatología más destacable eran los trastornos del aprendizaje, la hiperactividad, los trastornos generales de la conducta, las dificultades para mantener la atención, etc. Para Still mostraban básicamente un *déficit en el control moral*; asoció esté trastorno a malformaciones congénitas que se evidenciaban en diferencias de los diámetros craneales, etc., y señaló el alto porcentaje de alcoholismo, criminalidad, depresión y suicidios entre los familiares de estos niños, intentando hallar causas hereditarias; también puso

de manifiesto la frecuente asociación”... que aún hoy en día se observa con tics y *enfermedad de Tourette*. [1]

El 1934 los doctores Kahn y Cohen describieron un síndrome al que llamaron *orgánico cerebral*, caracterizado por un alto grado de hiperactividad, incordinación motora y por la liberación explosiva de todas las actividades inhibidas, sin embargo, la primera descripción clínica completa de este cuadro en el que se ve afectada principalmente el área de la conducta, fue hecha por Strauss y sus colaboradores en 1947. “[2]

“ Más tarde se identificaron en estos niños un conjunto de características conductuales agrupadas alrededor de tres ejes: la inatención, la impulsividad y la hipercinesia que puede o no estar presente. Laufer y Denhoff en 1957 hablaron de este desorden como un problema de hiperactividad en donde el rango limitado de la atención y la impulsividad eran trastornos secundarios.” [3]

Como podemos apreciar el nombre del trastorno se ha transformado a través del tiempo, hasta comprobar cuales son las características distintivas del síndrome, básicamente la función alterada es la atención, por ello el nombre de Trastorno por Déficit de Atención, y dependiendo de si la hiperactividad es parte importante de la sintomatologia, se define como Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. De tal manera que lo podemos encontrar como TDA, TDAH, o sus siglas en ingles, ADD, ADHD, respectivamente.

---

[1] GRATCH, Luis Oscar. El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD). Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez. Editorial Médica panamericana. 1ª reimpr. 2001 Argentina. Pag.11

[2] VELASCO Fernández, Rafael. El niño hiperquinético. Los síndromes de disfunción cerebral. México, Trillas, 1990 (reimpr.2000) Pags. 23-24.

[3] ALVAREZ Picallo, Marcel. Conferencia. La neuropsicología y su campo de acción en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. S/f División de Educación Continua. Facultad de Psicología. UNAM. s/p

# ENFOQUE TEÓRICO SOVIÉTICO

Las primeras referencias en donde se asociaba el lenguaje con la regulación del comportamiento datan de los años treinta, Vigotsky (1934-1990) escribió que el habla privada del niño constituye un intento de usar el lenguaje como un instrumento para planear, guiar y controlar la actividad de resolución de problemas. En 1958, Luria pronunció en Londres una serie de conferencias [*] sobre el papel del lenguaje en la regulación del comportamiento. Sobre estos trabajos proliferaron en los años sesenta y setenta investigaciones para encontrar estrategias que ayudaran a los niños con TDA a desarrollar la función reguladora del lenguaje.

Gordon en 1979,"...sugirió que los niños impulsivos tienen dificultad con el habla privada." [4]Copeland en el mismo año observó que a diferencia de los niños normales, los que tienen TDA hablan más en voz alta cuando juegan solos, pero esta habla privada es más inmadura y se caracteriza por gran cantidad de exclamaciones y autodescripciones y por escasas verbalizaciones relacionadas con la planeación más madura de la actividad.

La consideran de un supuesto déficit en el *habla privada* [**] de estos niños promovió la creación y utilización de técnicas de entrenamiento en autoinstrucciones, que hoy en día son ampliamente utilizadas. [5] Con estas técnicas se buscaba desarrollar en el niño el habla privada para luego interiorizarla. Se basan en el modelamiento de la conducta. Primero el niño observa al instructor realizar la tarea, después la realiza él solo imitando lo que le ha visto hacer y decir. En una fase siguiente el instructor realiza la tarea murmurando las autoinstrucciones y le enseña al niño a hacer

---

[*] LURIA Lenguaje y Comportamiento. Publicadas en Madrid en 1974, primera edición y en 1980segunda edición en: ALVAREZ Picallo, María Celsa. Neuropsicología de la alteración de la atención voluntaria en el TDA. 20 de Mayo de 1996. Internet.

[4] GORDON, M. 1979 en Goldstein y Goldstein, 1989. En: ALVAREZ Picallo, María Celsa.

[**] *El habla privada* se refiere al habla en voz alta para uno mismo como una herramienta para el autocontrol de la propia conducta y para dominar nuevas habilidades. Es la precursora del pensamiento verbal. Según la investigaciones de Vigotsky, la presencia del habla privada está relacionada con el nivel de dificultad de la tarea a realizar. Si la tarea es demasiado difícil o demasiado fácil no se presenta. En los niños ocurre cuando el nivel de dificultad de la tarea se encuentra en la zona de desarrollo próximo. Es decir, cuando el niño por si solo es incapaz de realizar la tarea pero la puede llevar a cabo con ayuda de un adulto o de otro niño con un mayor dominio. en: Ibid.

[5] GOLSTEIN y GOLDSTEIN. 1989. en: Ibid.

lo mismo. Poco a poco las instrucciones orales se van eliminando y la tarea se completa con autoinstrucciones internalizadas.

Distintos investigadores soviéticos, entre ellos Zaparozhets (1960), estudiaron cómo se forman los movimientos y los hábitos en los niños. Descubrieron que la actividad orientadora previa a la ejecución es fundamental para que estos aprendizajes se den en forma correcta. La formación de esta base orientadora de las acciones pasa por distintas etapas: primero el niño realiza la tarea por ensayo y error aún cuando se le explique de antemano lo que tiene que hacer y cómo hacerlo, después aprende a orientarse en la tarea a través de la investigación tacto-motora de las condiciones de la tarea. En la siguiente etapa, la base de la orientación recae en la exploración visual de las condiciones de la tarea, y finalmente desarrolla la capacidad para orientarse en la tarea a partir de instrucciones orales. En los niños con TDA esta función de orientación-exploración no se ha desarrollado al nivel esperado para su edad cronológica o bien se ha formado incorrectamente. Por ello, el instructor o el que ha de realizar la enseñanza rehabilitatoria, debe verificar en que nivel de desarrollo se encuentra esta función en cada niño, si se formó de manera incorrecta o si se había desarrollado y se perdió, y a partir de ahí, diseñar el programa de tratamiento.

Berk, en 1994, identificó el habla privada precursora del pensamiento verbal, de la que habló Vigotsky, en niños normales que sirvieron de experimentales, en infantes de una tribu india de Kentucky de nivel socio económico bajo, en pequeños con trastornos por déficit de atención con hiperactividad, así como en niños con problemas de aprendizaje. sin embargo, observó que su naturaleza era diferente en cada grupo de niños y por ello cuestionó los métodos de tratamiento que parten del uso de las autoinstrucciones verbales. Se vio que el niño con TDA o con dificultades de aprendizaje cuando se concentraba, en un esfuerzo por compensar sus dificultades cognitivas, usaba mucho el habla privada audible. Pero este apoyo en el habla privada no le ayudaba a autorregular con éxito su ejecución. A las observaciones de Berk se añade que la razón es que en estos niños no se había formado la base orientadora de las acciones mediante la cual se construye el plan para llevar a cabo correctamente una tarea compleja.

Berk, observó que en niños normales a los 4 años el habla privada es muy frecuente, pero a los 5 años comienza gradualmente a convertirse en un susurro casi inaudible para luego transformarse en ese lenguaje interno que dirige las propias acciones y los pensamientos.

En los niños con TDA y en aquellos con dificultades de aprendizaje, el habla privada estaba presente pero no actuaba como un mediador eficaz en la autorregulación de la conducta. Ambos grupos de niños tardaron más en hacer la transición del habla audible a una forma más internalizada, en términos de Galperin, en pasar de la regulación de la acción mediante el lenguaje exterior a su regulación mediante el lenguaje interior. Es decir, en transformar las acciones materializadas externas en acciones mentales internas.

En las familias en donde las interacciones verbales entre el niño y el adulto eran escasas, el habla privada del niño tardaba más tiempo en convertirse en habla interna. En las familias indias observó con frecuencia este patrón de interacción.

Berk concluyó de estos hallazgos que, para un desarrollo oportuno y correcto de la función reguladora del lenguaje interno, es imprescindible que durante la actividad conjunta del adulto y el niño se dé una adecuada interacción verbal entre ellos. Si el estilo de comunicación verbal del adulto hacia el niño era autoritario (poco afecto y mucho control) o muy permisivo (mucho afecto y poco control), el habla privada desaparecía pronto o no se convertía en un buen medio de autorregulación de la conducta. Un estilo cálido, alentador y con un control racional de la conducta del niño promovía en él, el uso frecuente y eficaz del habla privada.

Para Berk, el déficit básico de los niños con TDA está en el desarrollo de la atención voluntaria. Piensa que debido a que estos niños constantemente reciben órdenes, reprimendas o castigos, tienen pocas oportunidades de que los adultos interaccionen con ellos enseñándoles afectiva y pacientemente a realizar actividades que resultan difíciles para ellos si las tienen que realizar solos, pero que con ayuda de un adulto son capaces de llevarlas a cabo. En estos niños no hay que entrenar el habla privada, sino crear las

condiciones que promuevan su uso efectivo; de esta manera, después se interioriza y se convertirá en ese lenguaje interno.

Desde el enfoque teórico soviético se diría, que esta interacción defectuosa del adulto con el niño, entorpece el desarrollo del habla privada como instrumento autorregulador de la propia conducta porque no se forman ni la estructura generalizada ni los programas de acciones sucesivas de las actividades. Es decir, antes de realizar cualquier actividad compleja, habrá que enseñar al niño a que se oriente y explore las condiciones de la situación. Con ello se desarrolla en el niño el primer eslabón esencial de la estructura de toda actividad compleja, la base orientadora de las acciones.

Goldstein y Goldstein (1989) piensan que el habla inmadura de estos niños es el reflejo de sus estrategias cognoscitivas inmaduras, que su lenguaje interno o el pensamiento no están eslabonados, y que las instrucciones están fragmentadas y no están unidas unas con otras. Si nos basamos en la teoría soviética sobre el desarrollo de las acciones mentales (Galperin 1959), lo que no se ha formado de manera eslabonada en estos niños son las acciones y ello se refleja en la organización de su pensamiento y su lenguaje interno. Dentro de esta teoría el lenguaje interno es el puente entre el pensamiento y el lenguaje exterior. La función de orientación-investigación, primer eslabón de toda actividad compleja orientada a un fin, se encuentra en un nivel bajo de desarrollo, en la etapa de ejecución mediante el ensayo y el error. En los casos que estudiaron se observó esta forma de proceder.

Para Barkley [6] la inatención, la impulsividad y la hiperactividad son los síntomas conductuales primarios los cuales pueden variar en su presentación de un niño a otro, pero el déficit primario de todos ellos está en la conducta regida por reglas, en la habilidad del lenguaje o de otros sistemas de símbolos para servir de estímulos discriminativos de la conducta. Para este autor los tropiezos que estos niños a menudo presentan al resolver problemas son debidos a sus dificultades para generar e implementar reglas en forma interna (reglas de segundo orden). Su conducta más que estar gobernada por reglas está controlada por las contingencias.

[6] BARKLEY, R.A. 1988 en: COHEN, 1993. en: Ibid

Barkley ha estudiado y trabajado durante muchos años con niños que presentan TDA y lo que él menciona refleja su posición teórica con respecto al desarrollo psicológico del niño. Para él el niño tiene que generar estas reglas, intuirlas, inferirlas por sí mismo.

Por el contrario, para Galperin (1959) dentro de la escuela soviética, estas reglas hay que enseñarlas, formarlas en el niño. Constituyen la estructura generalizada de la actividad en las distintas áreas. Para ello ha desarrollado lo que él llama la formación por etapas de las acciones, en donde la primera etapa es formar el eslabón de la base orientadora de la acción, luego se forma el programa de la acción en forma materializada, para después formarlo en el lenguaje externo y por último en el lenguaje interno. Ello lleva finalmente a la formación de la imagen mental del programa generalizado de la acción y este programa organizará y dirigirá posteriormente las acciones del niño. Si estos programas en el niño no se han formado o se han formado incompletos así será su actividad, su comportamiento, con una deficiente selección, organización y dirección. Precisamente estos son los rasgos que caracterizan los procesos psicológicos y las actividades de los niños con trastornos de atención con o sin hiperactividad.

Vigotsky propuso el principio fundamental de que los procesos voluntarios se forman en el desarrollo de la actividad concreta del niño y en su comunicación con los adultos. Si nos apoyamos en los hallazgos de la investigación soviética ( Zaparozhets 1960,1986), para crear esas condiciones que favorezcan el uso eficaz del habla privada de los niños con TDA de las que habla la Dra. Berk (1994), hay que trabajar diferentes áreas de actividad con el niño organizándolas de tal forma que la base orientadora de las acciones y la ejecución de las mismas se formen como dos procesos paralelos pero interdependientes. Con los pacientes con TDA estudiados por nosotros, el objetivo del tratamiento consistió en formar la organización de las actividades complejas a través del desarrollo de la base de orientación-investigación de las acciones, que es su eslabón fundamental. Este eslabón se forma es estrecha relación con el lenguaje que es el que regula las acciones complejas.

# ATENCIÓN VOLUNTARIA

Hay dos tipos de atención, una involuntaria y otra voluntaria. La atención involuntaria es la primera que se forma en el niño y sigue una serie de etapas para su desarrollo. Ocurre sin nuestra participación consciente y depende de la intensidad, de la novedad y de las características del estímulo. La atención voluntaria se forma posteriormente y en estrecha relación con el desarrollo del lenguaje. Dentro de la estructura psicológica de la atención voluntaria se incluye el lenguaje. Sin éste la atención voluntaria no se desarrolla. Su desarrollo pasa también por una serie de etapas, que van desde la regulación verbal externa de otro a la regulación verbal interna de uno mismo. Su más alto grado de desarrollo se refleja en las actividades complejas humanas que son autoplaneadas, autodirigidas y autocontroladas.

La atención voluntaria es una función psicológica superior en cuya base se encuentra un sistema funcional complejo que incluye en su estructura distintos componentes. La afectación de cualquiera de estos componentes, ya sea por inmadurez, disfunción o lesión, altera la función de manera distinta dependiendo del componente afectado, del tipo de afectación y de la relación formada hasta el momento de la afectación, entre la atención y otras funciones psicológicas. Por ello el desarrollo anormal de la atención voluntaria repercute en la organización de las restantes funciones psicológicas superiores: la percepción voluntaria, y en general, en la organización de todo el comportamiento y en el desarrollo de la personalidad.

Luria definió la atención voluntaria como el proceso por el cual se selecciona la información necesaria, se elige un determinado programa de acción y se mantiene un control permanente sobre el curso del programa elegido, “son los sistemas que mantienen la selectividad y direccionalidad de los procesos mentales” [7]. La atención del hombre “está determinada por la estructura de su actividad, refleja el curso de la misma y sirve de mecanismo para su control “ [8]. Las funciones psicológicas superiores son mediadas por el lenguaje, por los objetos del mundo y por las acciones que el

[7] LURIA, 1975/1986, p.7. Ibid
[8] Ibid. P. 13.

hombre realiza sobre estos últimos. Luria escribió “si la actividad del sujeto no está organizada, no se fija la atención y ésta no sirve de control de la actividad “ [9] Entonces la base de la atención voluntaria es la estructura de la actividad y dependiendo de las características con las que se formen las distintas actividades se reflejarán en las cualidades de la atención voluntaria cuando estas actividades se lleven a cabo.

La orientación, el volumen, la estabilidad y las oscilaciones de la atención están determinados por dos clases de factores. Unos están relacionados con la estructura de los estímulos (la intensidad y novedad que determinan la orientación de la atención, y la organización estructural de los estímulos que influye en el volumen de la atención) y los otros están asociados con el propio sujeto y con la estructura de su actividad (motivación, necesidades, intereses, la tarea general que se propone el sujeto, el acierto o desacierto logrado en la actividad, la finalización o no de la actividad).

La atención está espacial y temporalmente distribuida. La distribución de la atención en el tiempo y en el espacio depende de la necesidad de generar una acción organizada y controlada [10]. Las representaciones espaciales se organizan alrededor de las acciones características del individuo. Lo que determina que se automatice la selección espacial es la consistencia de la información a detectar y de cómo está espacialmente distribuida.

El hombre orienta su atención en función de la estructura psicológica de la actividad que realiza y del grado de automatización de las operaciones que constituyen dicha actividad. Así cuando la actividad se automatiza, las operaciones concretas que la integran dejan de atraer la atención y la atención empieza a desplazarse hacia los objetivos finales.

Los sistemas que mantienen la selectividad y la direccionalidad en los procesos psicológicos ocupan un papel importante en la organización general de la conducta. En los pacientes adultos con lesiones masivas en los lóbulos frontales no se alteran los movimientos, ni las gnosias, ni las praxias, ni el lenguaje, pero se

[9] LURIA. en: Ibid.
[10] COHEN, 1993, p.406 en: Ibid.

desintegran las formas complejas de su actividad mental, les resulta imposible llevar a cabo actos complejos premeditados y objetivamente orientados, careciendo de una actividad consciente y crítica hacia sus propios actos. Este cuadro nos recuerda al del niño con TDA.

Muchas y muy complejas son las funciones en las que participan los lóbulos frontales que tienen que ver con esa organización general de la conducta:

Funciones de los lóbulos frontales en la organización general de la conducta:

- Realizan una síntesis de todos los excitadores que llegan al organismo y le adjudican a algunos de ellos el significado de señal y de regulador.
- Forman la base orientadora de la acción.
- Crean programas complejos de comportamiento.
- Observan constantemente el cumplimiento de estos programas y controlan la conducta.
- Comparan los actos realizados con las intenciones iniciales.
- Crean sistemas de retroalimentación para regular las formas complejas de conducta.

La lesión en los lóbulos frontales trae como consecuencia inevitable que las acciones colaterales inadecuadas dejen de inhibirse y toda la actividad del hombre comienza a perder su carácter selectivo. En las lesiones prefrontales de los adultos se altera la estructura selectiva de las acciones.

En los adultos con lesiones masivas en los lóbulos frontales, la instrucción verbal no ayuda a organizar su atención. Se altera la búsqueda visual intencional en todo el campo visual durante las tareas atencionales. Hay inercia de la mirada, no pasan de un estímulo al siguiente. Cuando la lesión es posterior, en las regiones parietales, fallan en atender a una parte del campo visual, pero la instrucción verbal organiza la atención del paciente. Hay hemiinatención unilateral. Se altera la organización espacial de la información y el procesamiento visoespacial complejo. Hay desorientación derecha-izquierda, alteraciones constructivas y del esquema corporal.

En las acciones habituales, el propósito de la acción es enunciado en el lenguaje y su realización se da en forma automática. Pero cuando la acción es compleja, tanto su formulación como su ejecución, necesariamente, tienen que mediarse con ayuda del lenguaje. Los distintos componentes psicológicos de la atención voluntaria no se dan sin la participación del lenguaje y están relacionadas con las funciones de los lóbulos frontales.

Luria escribió " que la atención voluntaria es el producto de un complejísimo desarrollo y que en los orígenes de este desarrollo se encuentran las formas de comunicación del niño con el adulto". [11] Por ello el factor esencial que asegura el proceso de la atención voluntaria es el lenguaje el cual es enseguida reforzado por la actividad práctica concreta del niño. Entendemos con ello que hay dos mediatizadores de la atención, el lenguaje y la actividad práctica. Si alguno de ellos es deficiente la atención voluntaria no se dará correctamente. El lenguaje se incorpora a la estructura de la actividad para actuar como regulador del comportamiento. Las características del desarrollo de la atención voluntaria están estrechamente relacionadas con las cualidades del desarrollo de la estructura selectiva de la actividad y del lenguaje.

La atención voluntaria determina la estructura de la actividad, refleja su curso y sirve de mecanismo para su control. Mediante ella se selecciona la información necesaria, se formula un programa de acción y se mantiene un control permanente sobre el mismo. Todos estos procesos se realizan con la participación del lenguaje el cual, por tanto, se incluye en la estructura psicológica de la atención voluntaria.

Funciones psicológicas de la atención voluntaria:
1.- Recodifica la información que llega al sujeto (separa el sistema esencial de relaciones)
2.- Separa los eslabones más importantes de las acciones (crea un sistema interno de acción que se hace dominante)
3.- Invalida las asociaciones colaterales de los estímulos directos del medio y de las huellas no útiles de una experiencia anterior (inhibe las reacciones colaterales e inadecuadas)
4.- Vigila la marcha de la acción (compara la acción realizada con el propósito inicial, si concuerda o no)

[11] Ibid.

5.- Controla su efectividad (corrige los errores, interrumpe la actividad cuando se ha cumplido el objetivo o la reanuda si no se ha logrado).

En los niños con TDA, al igual que en otros niños con déficit neuropsicológicos, la interacción entre el niño y los adultos se desvía de los patrones normales porque el niño no exhibe el comportamiento que el adulto espera como normal y la interacción entre ambos se ve alterada. Berk ha sugerido que las características de la actividad orientada a un fin en el niño están estrechamente relacionadas con las características de la interacción verbal entre él y el adulto.

# SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

El sistema nervioso central tiene un papel importantísimo en el mantenimiento del equilibrio interno. Para ello, transmite mensajes de una parte a otra del cuerpo. También recibe la información que llega del mundo exterior, la procesa y hace que el cuerpo responda.

Consta de cerebro, la médula espinal y todos los nervios que conectan estos órganos con el resto del cuerpo. La unidad básica del sistema nervioso es la célula nerviosa, neurona, de las que el cerebro contiene más de 10 000 millones. La médula espinal también está compuesta por neuronas. Los nervios son haces de neuronas.

Cuando una neurona recibe un mensaje, esté se trasmite eléctricamente a lo largo del axón hasta el otro extremo de la neurona, cuando el mensaje eléctrico llega a la sinapsis, se convierte en un mensaje químico. Así pues, la información se transmite químicamente de una neurona a otra a través de la sinapsis.

Gracias a importantes avances en neurofisiología sabemos que distintas áreas del sistema nervioso poseen diferentes funciones. Ciertos grupos de células del tejido nervioso sintetizan sustancias químicas, llamadas neurotransmisores. Estos transmiten la información cruzando la sinapsis hasta llegar a la neurona adyacente, una vez que los neurotransmisores llegan a la otra neurona, el mensaje químico se convierte de nuevo en un mensaje eléctrico y así sucesivamente.

Entre los principales neurotransmisores están: la dopamina, la noradrenalina, la acetilcolina y la serotonina.

La dopamina se sintetiza en la sustancia nigra y otras áreas del cerebro y de allí es transferida a otras regiones de éste.

La noradrenalina se halla en máxima concentración en el locus coeruleus y la serotonina en los núcleos de la línea media del rafe.

Las variaciones en la concentración de estos neurotransmisores producen diferentes trastornos. (Por ejemplo, la enfermedad de Parkinson consiste en una alteración de la síntesis de la dopamina). Por lo tanto, es posible mejorar sus síntomas a través de la administración de L-dopa, que es convertida luego en dopamina por las células nerviosas.

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

La interrelación entre esos grupos neuronales es mediatizada por la intervención de los neurotransmisores ya mencionados.

De ello resulta que la actividad de la atención requiere la estimulación o la inhibición de diferentes áreas del cerebro según sea necesario.

Investigaciones recientes, gracias a las imágenes cerebrales, han permitido relacionar a las monoaminas cerebrales con los trastornos de atención, al establecer que ciertas áreas como la corteza cerebral prefrontal, reciben una importante estimulación dopaminérgica desde el mesencéfalo, y el globo pálido del cuerpo estriado. Para esta última estructura se han documentado concentraciones y actividad muy considerables de dopamina. De alguna forma estos hallazgos han venido a apoyar los señalamientos hechos con respecto a las catecolaminas. Por ello es posible insistir en el papel que desempeña la corteza prefrontal en las operaciones de planeación del comportamiento, y en el cuerpo estriado, su implicación en los mecanismos de inhibición comportamental.

Respecto a la formación reticular del tallo cerebral y a su función activadora o inhibidora de estructuras superiores, sobre todo la corteza cerebral, se ha propuesto que existe una disfunción de este sistema que puede ayudar a explicar el déficit de atención, ya sea por sobrestimulación por parte del subsistema inhibidor.

Investigadores de la Universidad de Harvard han propuesto que los trastornos de atención pueden deberse a una deficiencia en la actividad de la norepinefrina del sistema reticular activados ascendente, lo cual explicaría la mejoría que producen los estimulantes al incrementar la actividad de este neurotransmisor. Esta actividad deficiente podría deberse a una baja densidad de fibras neuronales en esta zona y a baja densidad en los contactos sinápticos entre ellas. [12]

## CEREBRO

El cerebro se encuentra protegido por el pelo, el cuero cabelludo, los huesos del cráneo y una cubierta de tejido conjuntivo que recibe el nombre de *meninges*. Las células principales del cerebro son las neuronas y las *células gliales* que constituyen una matriz de sostén, controlan el flujo de nutrientes por medio de la *barrera hematoencefálica* y forman la mielina de los axones. El cerebro recibe una quinta parte del volumen total de sangre corporal, a través de una extensa red de vasos arteriales. Los *ventrículos* contienen *líquido cefalorraquídeo, que funciona como amortiguador físico.*

## MÉDULA ESPINAL

En la médula espinal, la substancia gris se encuentra en el interior y consta de dos astas, la dorsal y la ventral (posterior y anterior). Las fibras sensoriales aferentes llegan a la médula por las astas posteriores y las fibras motoras eferentes salen por las astas anteriores. La substancia blanca de la médula contienen haces de fibras. Las que están ubicadas más cerca de la periferia viajan distancias mayores, mientras que las que ocupan porciones más médiales viajan distancias más cortas.

## NEURONA

Los principales componentes de la neurona son:

a) Las Dendritas.- Reciben el influjo procedente de otras células y muchas de ellas tienen *espinas dendríticas.* En muchos casos las dendritas presentan complicados patrones de ramificaciones,

[12] BENASSINI Felix, Oscar. Trastornos de la Atención. Origen,diagnóstico, tratamiento y enfoque psicoeducativo. Editorial Trillas. México, D.F. 2002. Pag. 34.

lo que hace posible que una misma neurona reciba el influjo de muchas otras neuronas.

b) El Cuerpo Celular o Soma.- contiene al núcleo y es el sitio en donde se encuentra la mayoría de los organelos que participan en la conservación de la vida celular.

*c)* El Axón.- es el extremo de eflujo de la célula y es una larga prolongación del cuerpo celular. Muchos axones están envueltos en una *vaina de mielina* que sirve para aislarlos del líquido extracelular. Hay espacios o interrupciones de la vaina a lo largo del axón llamados *nódulos de Ranvier.* El axón finaliza en las *terminales sinápticas* que contienen las *vesículas sinápticas.* Las vesículas contienen el *neurotransmisor* que transporta la información del extremo final de una neurona al inicial de la siguiente. Las substancias que se producen en el cuerpo celular pueden ser transportadas por el axón a través de los *neurotúbulos* por medio del transporte *axoplásmico.*

d) La Membrana Celular.- envuelve a la neurona, esta formada de proteínas y fosfolípidos. La permeabilidad de la membrana puede variar, característica de importancia fundamental en el proceso de la conducción axónica.

SINAPSIS

La sinapsis, que es el punto de conexión de dos neuronas consta de tres partes básicas:

- Las terminales axónicas o *terminales sinápticas* de la *célula presináptica.*
- El espacio que media entre las neuronas o *corredor* sináptico.
- La porción de la *célula postsináptica* que recibe el mensaje.

Las terminales están dilatadas en su extremidad porque contienen las *vesículas sinápticas*. Almacenada en las vesículas se encuentra la substancia neurotransmisora que se libera en el corredor sináptico cuando un potencial de acción pasa por el axón. La membrana postsináptica a menudo está engrosada y contiene los

sitios receptores que reciben las moléculas de la substancia neurotransmisora. La sinapsis puede estar entre las terminales axónicas de una célula y las dendritas de la siguiente (*axodendrítica*) o entre las terminales axónicas y el cuerpo celular de otra célula (*axo-somática*) o entre dos axones (*axo-axónica*) o dos dendritas (*dendro-dendríticas*).
Los axones pueden terminar también en células musculares (*unión neuromuscular*), cerca de los vasos sanguíneos o en órganos.

## TRANSMISIÓN SINÁPTICA

El proceso de la transmisión sináptica en los contactos axodendrítico y axosomático consta de tres etapas principales:
1) Liberación del neurotransmisor en la terminal sináptica.
2) Los *potenciales postsinápticos* que produce la célula postsináptica que produce la célula postsináptica y
3) La inactivación del neurotransmisor.

Cuando una espiga se propaga por el axón, la membrana de la terminal sináptica se despolariza rápidamente. Esto hace que una o más de las vesículas sinápticas se desplace hacia la membrana presináptica, se funda con ella y vierta su contenido en el corredor sináptico, proceso que recibe el nombre de *exocitosis*. El neurotransmisor se difunde por el corredor sináptico, se fija a los sitios receptores de la membrana postsináptica y provoca un *potencial postsináptico* (*PSP*). Este puede ser excitador y consistir en una despolarización seriada o graduada (*EPSP*) o ser inhibidor (*IPSP*) y consistir en una hiperpolarización graduada o seriada. El hecho de que un neurotransmisor produzca un EPSP o un IPSP depende en parte de la naturaleza de la substancia neurotransmisora y en parte de los sitios receptores. Durante un EPSP, los iones de sodio pasan a la célula postsináptica y salen algunos iones de potasio.

Durante un IPSP salen iones de potasio junto con algunos de cloro. La substancia neurotransmisora puede ser inactivada de dos formas:
1) Inactivación por enzimas que se encuentran en la membrana postsináptica, o
2) Recaptación por la célula presináptica.

En los contactos axo-axónicos y dendro-dendríticos el proceso de transmisión es un tanto diferente. Cuando un axón termina cerca de la terminal sináptica de otro (contacto axo-axónico) la liberación de neurotransmisor excitador en el corredor sináptico causa *inhibición presináptica.* La cantidad de neurotransmisor entonces liberado por la terminal de la célula postsináptica se reduce. La liberación de un neurotransmisor inhibidor en este tipo de contacto daría origen a *facilitación presináptica*. En los contactos dendro-dendríticos no participa la conducción axónica. Las hiper o despolarizaciones graduadas o seriadas pasan directamente de la dendrita de una célula a la de otra, obviando por completo el proceso de conducción axónica.

NEUROTRANSMISORES

La ***acetilcolina*** es el neurotransmisor que se usa en la unión neuromuscular y otros sitios del sistema nervioso. Se sintetiza a partir de *Acetil CoA y colina* y es inactivado por la acetilcolinesterasa (AChE). Parte de la colina es captada nuevamente para reutilizarse. Entre las substancias que afectan a la ACh se encuentra la *fisostigmina*, la cual inhibe la AChE; la *muscarina y la nicotina*, que actúan en los sitios receptores de la acetilcolina (llamados receptores *muscarínicos y nicotímicos*); y la *atropina*,( proviene de la *Atropa belladonna*) que actúa como falso transmisor en los receptores muscarínicos.

La ***noradrenalina o norepinefrina*** (NE) es una de las *catecolaminas*, grupo de substancias que incluye a los neurotransmisores *adrenalina y dopamina*. Se inactiva principalmente mediante el mecanismo de recaptación, pero el organismo dispone de dos enzimas (COMT y MAO) para desintegrarla. La sinapsis que usan NE reciben el nombre de *noradrenérgicas*; los fármacos que alteran estas sinapsis son la AMPT, que bloquea una de las enzimas usada en la síntesis de NE, la *reserpina*, que impide el almacenamiento de catecolaminas en la vesícula sináptica, y la *anfetamina,* que se cree bloquea el mecanismo de recaptación. Estas substancias también ejercen efecto en el estado de ánimo y se piensa que las sinapsis noradrenérgicas intervienen en el control del mismo.

La sinapsis que usan dopamina reciben el nombre de dopaminérgicas. Los fármacos que afectan estas sinapsis son la *benzotropina*, que inhibe el mecanismo de recaptación y el *haloperidol* que bloquea los sitios receptores de dopamina. La mayor parte de los fármacos que bloquean los sitios receptores de dopamina tienen también aplicación clínica en el tratamiento de la ezquizofrenia, lo cual indica que este transmisor tiene alguna participación en la etiología de las enfermedades mentales.

La ***serotonina*** es un transmisor que se ha considerado interviene en el ciclo sueño-vigilia, entre otros sistemas conductuales. Se cree que el alucinógeno LSD actúa en las sinapsis serotonérgicas, pero no se ha esclarecido su forma precisa de acción.

Estos son los neurotransmisores que parecen influir en mayor medida en la conducta, pero se cree que otras substancias son neurotransmisores y muchos más que quedan por identificar.

## SUBDIVICIONES DEL CEREBRO

El cerebro está anatómicamente dividido en cinco secciones:

1) El Telencéfalo.- es la subdivisión mayor, contiene la corteza cerebral, es muy extensa y participa en el procesamiento de las actividades sensoriales, motoras y en los procesos superiores. De la superficie externa a la interna, el tejido neural está laminado, se han clasificado seis capas según el aspecto de la células y los procesos celulares de cada una.

También se encuentra el *cuerpo estriado* (núcleo caudado), el *globo pálido y el putamen,* que participa en el movimiento y porciones del *sistema límbico* (*circunvolución del cíngulo, área septal, hipocampo y amígdala)*, que interviene en la emoción y otros sistemas conductuales. El sistema límbico abarca también la porción anterior del *talámo* y los cuerpos mamilares en el diencéfalo.

2) El Diencéfalo.- sus principales estructuras son el *talámo* y el *hipotálamo.*

El talámo contiene muchos núcleos, algunos sirven como *estaciones retransmisoras* de la información sensorial, en su camino a la corteza.

El hipotálamo interviene en conductas críticas para la sobrevivencia de la especie, como la sexual, la ingestión de alimentos y agua, la agresión y el control de la temperatura.

3) El Mesencéfalo esta formado por:

- El *Tectum* ,que es un importante sistema reflejo, que orienta la cabeza hacia los estímulos visuales y auditivos.
- El *Tegmento* y la base de los *Pedúnculos,* participan en el movimiento.

4) El Metencéfalo, contiene al *cerebelo,* que interviene en el movimiento y equilibrio y a la protuberancia.

5) El Mielencéfalo o bulbo raquídeo, es continuación de la médula y contiene fibras que conectan a ésta con el cerebro. La formación reticular, cuya importancia radica en la regulación del sueño y la vigilia, comienza en el bulbo raquídeo y se extiende hasta el borde superior del metencéfalo.

Las vías químicas del cerebro parecen ser más importantes como sistemas funcionales que como divisiones anatómicas. Estos trayectos químicos muestran cuáles redes neuronales usan el mismo neurotransmisor. Se han logrado delinear los trayectos de la noradrenalina, la dopamina, la serotonina y la aceltilcolina.[13]

[13] CARLSON Nail, R. Fundamentos de Psicofisiología. Editorial Pearson.

# ETIOLOGÍA

Quienes presentan el trastorno por déficit de atención poseen dificultades específicas e independientes de la voluntad que impiden cumplir ciertas funciones con un máximo de eficacia.

Por lo tanto, el ADD o ADHD ( *Attention Deficit Disorder-Attention Deficit Hyperactivity Disorder, en Ingles),* Trastorno por déficit de atención con hiperactividad o sin ella es " **un trastorno de base neurológica o neuroquímica aunque el grado de afectación en cada sujeto dependerá de su grado de armonía psíquica, capacidades yoicas y también del contexto familiar en el que crece y se desenvuelve y que permitirá, o no, un mayor despliegue de los inconvenientes derivados de este trastorno.** Una familia más ordenada, con reglas más consistentes, si bien no resulta curativa del trastorno, sí puede influir en la intensidad de algunas manifestaciones sintomáticas, pero nunca de todas. " [14]

Las causas que se mencionan como más frecuentes, según el momento en que actúan, pueden dividirse en:

- Las que afectan al producto mientras permanece en el útero (preparto).
- Las que lo hacen durante el parto (periparto, factores paranatales)
- Las que afectan al niño después del nacimiento, principalmente durante los primeros meses de vida (postparto).

En términos generales se acepta que las causas del segundo grupo son las más importantes y frecuentes (70 a 80% de los casos), en tanto que las prenatales se presentan en 10 a 15% y las restantes actúan ya durante la vida extrauterina. [15]

---

[14] GRATCH, Luis Oscar. El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD). Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina. 1ª reimpresión, enero de 2001.

[15] VELASCO Fernández, Rafael. El niño hiperquinético. Los síndromes de disfunción cerebral. Editorial Trillas. México, D.F. sexta reimpresión, febrero 2000. Pag 25-26.

- Factores Prenatales (antes del nacimiento)

- Padecimientos infecciosos de la madre (rubéola, toxoplasmosis).
- Anoxia del producto en el útero (aspiración de monóxido de carbono por parte de la madre, anemia grave, hipotensión severa, infartos placentarios, etc.)
- Hemorragia cerebral en el producto (generalmente microhemorragias) producidas por toxemia del embarazo o de otro origen; por trauma directo, diátesis hemorrágica, etc.)
- Exposición excesiva a los rayos X.
- Disturbios metabólicos, especialmente la diabetes mellitus.
- Factor Rh, causa de Kernicterus.

- Factores Paranatales (durante el nacimiento)

- *Anoxia neonatorum* (Grahan, F.K.),producida generalmente en las siguientes situaciones: obstrucción mecánica respiratoria; atelectasias; mal uso de sedantes y anestésicos administrados a la madre; placenta previa, e hipotensión pronunciada.
- Distocias capaces de producir sufrimiento fetal: aplicación deficiente de fórceps, maniobra de extracción, expulsión demasiado rápida, parto prolongado, cesárea, inducción con ocitócicos, etc.

- Factores Postnatales (después del nacimiento)

- Enfermedades infecciosas en los primeros meses: tosferina, sarampión, escarlatina, neumonías, encefalitis, * meningitis.
- Traumatismos craneanos.
- Secuelas debidas a incompatibilidad del factor Rh.
- Neoplasias cerebrales (tumoraciones, crecimiento celular.)
- Anoxias accidentales pasajeras.

* Anteriormente el Síndrome del Trastorno por Déficit de Atención, se llamo postencefalítico, debido a la frecuencia con que se encuentra la encefalitis como antecedente.

ELEMENTOS NEUROQUÍMICOS

- Bradley en 1937, administró una substancia psicoestimulante a niños con trastornos de la atención, a los que se les había practicado estudios neuroencefalográficos, con la finalidad de aliviarles la cefalea consecutiva, a partir de entonces se advirtió que éstas y otras modalidades de sustancias tienen algún efecto sobre la discapacidad de estos niños. (por ejemplo los antidepresivos tricíclicos). Este hallazgo fue muy importante, pues sí existen fármacos que modifican el cuadro clínico, éstos deben tener algún sustrato químico cerebral. Si las sustancias (estimulantes y tricíclicos) que modifican los síntomas son tipificables como agonistas de monoaminas, el origen estaría relacionado con estas sustancias cerebrales.

A pesar de cuarenta años de investigaciones al respecto, no existen propuestas definitivas de mecanismos neuroquímicos, existen numerosas investigaciones. Por ejemplo aquellas donde se miden diversos catabolitos de monoaminas, intentando sustentar la hipótesis de que existe una disminución del recambio (tumover) aminérgico en los cerebros afectados. Los resultados son contradictorios, pero afortunados para las catecolaminas, es decir la noradrenalina y la dopamina.

- Paul Wender (1971) apoya la hipótesis de las catecolaminas, señala que los mecanismos cerebrales de recompensa y castigo, por medio de vías neuronales que parten de la porción alta del tallo cerebral y alcanzan la corteza cerebral, sobre todo el lóbulo frontal (haz medial del telencéfalo), podrían estar afectadas en los trastornos de la atención.
- Shaywitz (1976), postuló que estas vías se encontraban lesionadas en animales de experimentación, pues reproducían los síntomas típicos. Estas vías emplean catecolamina, y dopamina, para estimular la corteza cerebral.

Algunos fármacos que estimulan las vías catecolaminérgicas cerebrales son, principalmente, los estimulantes como la dextroanfetamina, el metilfenidato y la pemolina; se han empleado durante años en el tratamiento del síndrome y se ha documentado que mejoran los síntomas de manera rápida.

- Shekim (1919), Brown (1981),Yu-cum y Yufeng(1984). Relacionaron la mejoría clínica inducida por los estimulantes con cambios en los niveles de metabolitos de catecolaminas como el MHPG (3-metoxi-4-hidroxigenilglicol) y la ausencia de mejoría con ausencia de cambios en los niveles de esta sustancia.
- Zametkin y Rapaport (1987), para ellos contraviene esta teoría, el hecho de que agonistas de la dopamina cerebral como la L-dopa, empleada en la enfermedad de Parkinson y antagonistas como el haloperidol, no modifiquen los síntomas en uno y otro sentido, contraviene esta teoría.
- Rose(1972),McKinney (1977), para ellos no es posible afirmar que las anomalías neuroquímicas cerebrales produzcan trastornos de atención y opinan que podría ocurrir en sentido inverso, es decir, la experiencial conductual maladaptativa en portadores podría modificar las condiciones de estas sustancias cerebrales.

Los hallazgos en genética molecular referentes a mutaciones en el gene que codifica para el receptor DRD4 a dopamina y el gene DAT1 que codifica para la proteína transportadora de dopamina, son un importante argumento a favor de la función de las catecolaminas.

- Cantwell (1996), ha señalado la interacción que existe entre catecolaminas cerebrales y serotonina y ha insistido en que la hipótesis que involucra a una sola sustancia neurotransmisora en el origen del problema es demasiado simplista, lo que suena muy razonable. [16]

## ELEMENTOS NEUROFISIOLÓGICOS Y BIOELÉCTRICOS

Originalmente el concepto de *daño cerebral* con el que se calificaba inicialmente a los niños con trastornos de atención, se daba ha niños con secuelas de encefalitis letárgica posepidémica, o bien con secuelas de traumatismo obstétrico o traumatismos cerebrales severos, ya fueran identificados o conocidos.

[16] BENASSINI Félix, Oscar.Trastornos de la Atención. Origen, diagnóstico, tratamiento, y enfoque psicoeducativo. Editorial Trillas. México,D.F. 1ª edición 2002. Pag32-35

Pero al observar mayor frecuencia del síndrome de inquietud y atención deficitaria en niños que no tenían estos antecedentes, se propuso que el cuadro podía tener un origen en el daño neurológico, o bien de otro tipo, psicosocial posiblemente si no había antecedentes. En vista de que los menores afectados en ocasiones presentaban signología neurológica, antecedentes de encefalitis, traumatismo, o alguna enfermedad neurológica, se empezaron a hacer registros encefalográficos, para correlacionar síntomas y trazos bioeléctricos.

- Jasper (1938), refirió anormalidades electroencefalográficas en más de la mitad de niños con trastornos del comportamiento.
- Elligson (1954), concluyo que de un 50 a 60% de niños con el síndrome de hiperactividad e inatención mostraban anormalidades encefalográficas contra 10 a 15% de anormalidades en los trazos de niños con ningún síntoma.

De tal manera el trazo electroencefalográfico se convirtió en un estudio de rutina para niños con problemas de comportamiento y se propuso que los niños con trazo normal podía suponerse un origen no orgánico (psicológico o social) del síndrome. Y los que tenían trazos anormales eran portadores de patología neurológica, llamada coloquialmente *daño orgánico cerebral* lo que explicaba sus síntomas. Este supuesto se difundió a tal grado dentro de los profesionales de la salud infantil, que aún ahora resulta difícil erradicarlo.

- Masterson (1958), proponía un mejor pronóstico para aquellos niños cuyos electroencefalogramas eran normales.
- Pond (1961), negaba todo valor pronóstico a estos estudios.
- Stevens (1961) realizó un estudio de trazos EEG en 97 niños con problemas de conducta, comparándolo con controles sanos y reporto que 47% de los niños con síntomas tenían anormalidades, sobre todo en las *puntas* o *espigas, ondas agudas* y actividad lenta excesiva, y 9% de los controles mostraban esas alteraciones. También por esos años se demostró el exceso de actividad lenta, sobre todo en la banda theta (cuatro a siete ciclos por segundo). Más tarde esta actividad theta se situó en los electrodos frontales y centrales. Sin embargo el consenso es que no existía un trazo

característico en los trastornos de atención, y que las anormalidades eran inespecíficas.

Con las nuevas técnicas electroencefalográficas y el *mapeo cerebral* (técnicas de análisis espectral computarizado), permiten representaciones topográficas de la actividad eléctrica cerebral mediante análisis estadístico computarizado, confirmaron los hallazgos de actividad theta excesiva y que había disminución de la respuesta de atenuación del ritmo alfa (ocho a 12 ciclos por segundo) y aparición de actividad de banda beta (13 a 22 ciclos por segundo), sobre todo en regiones frontales, esto en registros de niños con el déficit y cuando realizan operaciones cognitivas.

Berger desde los años veinte habló de un desincronización del ritmo alfa, que muestra una afección que parece reflejar una condición de subestimulación de la corteza, especialmente en las áreas prefrontales, por parte de centros subcorticales en condiciones que requieren concentración.

- Mann, Lubar,Zimmerman (1992),en esta modalidad de afección involucraron a la norepinefrina.
- Mann (1992), además de la respuesta de atenuación, registro un incremento de actividad lenta theta frontal y central (corteza sensoriomotora),cuando se concentran en reproducir los dibujos del test de Bender.
- Janzen (1995), lo registro cuando realizan operaciones como leer en silencio, escuchar o resolver operaciones aritméticas.

A partir de los hallazgos con registros electroencefalográficos se han desarrollado técnicas de tratamiento que mediante ejercicios de concentración buscan entrenar a portadores del trastorno de atención, para que produzcan un patrón de ondas eléctricas cerebrales en el que se incremente la actividad beta y se disminuya la actividad theta en la corteza sensoriomotora (zonas frontoparietales). [17] Es el llamado Neurofeedback, del que más tarde hablaremos.

[17] Ibid pag.35-37

## ELEMENTOS DEL DESARROLLO INTRAUTERINO

El desarrollo cerebral *in utero* requiere de la migración y el correcto acomodo de neuronas jóvenes, desde el tubo neural hasta la estructura en la que quedarán ubicadas de manera definitiva. Estas neuronas establecerán conexiones sinápticas con otras a lo largo de toda su existencia, pero de manera especialmente abundante durante los primeros años de vida. El proceso migratorio neuronal puede verse afectado por múltiples factores, algunos ya mencionados:

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

Múltiples estudios intentan vincular estos factores con diversos trastornos del desarrollo infantil, especialmente los problemas de aprendizaje, pero ninguno de ellos ha conseguido asociarse de manera consistente con los trastornos por déficit de atención. Hay algunos hallazgos que asocian el consumo de cocaína (crack) en la madre y el déficit.

La reproducción neuronal, su migración y su ubicación definitiva en el cerebro concluyen alrededor de la semana 33 de gestación, a partir de entonces estas neuronas comienzan a establecer conexiones sinápticas y este proceso permitirá que el desarrollo cerebral continúe. En una primera etapa, que alcanzará su climax alrededor de los dos años de edad y se prolongará probablemente hasta los 10 años, el establecimiento de conexiones es sumamente

activo, de tal manera que más adelante deberán eliminarse mediante *podado* las que no hayan sido utilizadas.

El desarrollo de conexiones parece estar muy relacionado con la estimulación, y este supuesto ha hecho pensar que existen factores que pueden afectar el desarrollo del cerebro durante la infancia, tales como infecciones, exposición a tóxicos, o traumatismos de cráneo; dichos factores condicionan diversos síndromes clínicos, entre los que se ha mencionado a los trastornos de atención. A pesar de la difusión que alcanzó en alguna época el concepto de daño cerebral, tampoco puede decirse que existan evidencias científicas sólidas que demuestren este supuesto. [18]

## ELEMENTOS SOCIOCULTURALES

La influencia del psicoanálisis, el análisis experimental de la conducta y otras disciplinas que proponían un origen en la interacción social y el aprendizaje para los trastornos mentales, es innegable y muchos planteamientos causalistas para estos problemas han seguido esta línea de pensamiento. A pesar de que el trastorno por déficit de atención no ha sido la excepción, puede afirmarse que desde los inicios las propuestas para explicarlo fueron primordialmente de origen biológico, y a pesar de que se han hecho algunos señalamientos de tipo psicosocial, éstos no han sido categóricos, absolutos o excluyentes y más bien han pretendido complementar de manera colateral los modelos causalistas. [19]

Es posible encontrar estilos de crianza, ambientes familiares y normas de comportamiento que hacen más grave la expresión de esta discapacidad psicológica, o bien que contribuyen a atenuarla sin que por ello consigan explicar su origen. También pueden existir complicaciones en el desarrollo psicológico y emocional , producto de sus limitaciones cognitivas y comportamentales.

Los eventos conflictivos y las eventuales crisis de la vida familiar, así como las exigencias de un ambiente familiar o escolar excesivamente rígido y demandante pueden agravar los síntomas y las dificultades de adaptación, e incluso modificar por lapsos la

[18] Ibid pag. 37-38.
[19] Ibid pag.39.

respuesta a las terapias orgánicas; por estas razones se les llama *estresantes*. Los niños que sufren atención deficitaria, inquietud e impulsividad, deben enfrentar de manera constante el fracaso académico y el rechazo de padres y otros parientes, maestros y orientadores escolares, así como de los compañeros de su edad, lo que conlleva serias repercusiones para su autoestima, su concepto de sí mismos y la seguridad con la que se desempeñan, complicando el cuadro. Por ello es importante tomar en cuenta estos factores, independientemente de las causas a las que puede atribuirse el problema. [20]

## MODELO INTEGRAL

Dos conceptos resultan fundamentales para un modelo verdaderamente integral: el concepto sindromático y el de factores asociados.

Es un síndrome clínico, caracterizado por discapacidad psicológica, cuyas manifestaciones son: falta de atención, inquietud e impulsividad. Puede tener un origen diverso, y variar de unos a otros. Además no existe uno sino varios factores a los que se ha asociado. Sin embargo estos factores y el valor que se les ha dado han cambiado notablemente, al inicio se les daba importancia a los agentes potencialmente lesivos del sistema nervioso (infecciones, traumatismos, sustancias tóxicas, mal manejo obstétrico, etc.) considerando el *daño orgánico cerebral* como su resultado y explicación. Poco a poco se ha ido dando importancia a otras líneas de investigación, proponiendo un problema de desarrollo o de maduración del cerebro. Por lo que es importante considerar estas líneas de investigación, evitando dar más peso a una sobre otras.

“ Es posible afirmar entonces que los trastornos por déficit de atención muestran una tendencia clara aunque no absoluta a ser heredados, que existen imágenes cerebrales estáticas y dinámicas que los caracterizan y permiten proponer sustratos estructurales, que podrían existir mecanismos neuroquímicos y electrofisiológicos anómalos en el cerebro de quienes están afectados y que la

[20] Ibid. Pag 39-40.

discapacidad producida por estos factores entorpece el desarrollo y dificulta la adaptación".

En este modelo también caben los problemas detectados en estructuras como el lóbulo frontal, con la consecuente incapacidad para plantear el comportamiento y dirigir la atención al cumplimiento de metas, mediante la concentración orientada y motivada al procesamiento de información y la solución de problemas. Asimismo, el control frontal deficitario por parte de estructuras subcorticales centroencefálicas que forman parte del sistema reticular activador e inhibidor, con las evidencias neuroquímicas de disfunción de catecolaminas y las anomalías de actividad bioeléctrica cortical consecutivas, puede ser también pieza de este rompecabezas(castellanos y Rapoport,1996;Barkley,1998) ". [21]

Russell Barkley (1998), ha destacado la importancia de las funciones cognitivas en la internalización de la actividad mental. En las primeras etapas de la vida el comportamiento adaptativo de los niños muestra un patrón de extroversión; interactúan de manera constante con el entorno y requieren de reforzamiento constante, son capaces de hablarse a sí mismos mediante el pensamiento (discurso interno) y se muestran inquietos, distraídos e impulsivos de manera normal.

Mas tarde los procesos de maduración cerebral permiten que funciones ejecutivas como la capacidad de retener información mediante la memoria de fijación, la internalización del discurso(la capacidad de hablarse a sí mismos mediante pensamientos), el control de las emociones para mantener el estado de alerta y la motivación, y finalmente la combinación de estas tres en la planeación y realización de metas y actividades, tomen el control del comportamiento y la actividad mental en los niños, *privatizándolos*. Así la discapacidad psicológica de los niños para concentrarse y controlar su inquietud e impulsividad sería consecuencia de la impulsividad para guiarse por instrucciones internas, con el consecuente despliegue público de discurso y comportamiento.

[21] Ibid pag. 41

Este autor ha enfatizado el déficit cognitivo de estos niños, introduciendo el concepto de *función ejecutiva* del cerebro, definiéndola como la habilidad para mantener una condición mental apropiada para la solución de problemas y el logro de metas a futuro. La inhibición comportamental , o sea la capacidad para retardar las respuestas y decisiones, como otra función cerebral comprometida en quienes sufren de trastornos de atención. En resumen las fallas en la inhibición comportamental impiden la maduración de cuatro importantes funciones ejecutivas:

1.- Advertencia de sí mismo (actividad de la memoria no verbal)
2.-Internalización del discurso (actividad de la memoria verbal)
3.- Autorregulación de afecto-motivación-alerta.
4.- Control del comportamiento analítico y sintético autodirigido. [22]

[22] Ibid. Pag 41-42.

# COMORBILIDAD

Es importante conocer las patologías con las que puede presentarse el TDA, a esta asociación o coexistencia se le llama comorbilidad.

Las que con mayor frecuencia se asocian son:

- Trastornos de Aprendizaje.
- Trastornos Emocionales.
- Trastornos de Conducta y Adaptación Social.
- Epilepsia.

TRASTORNOS DE APRENDIZAJE

Su coexistencia con el TDA, de acuerdo a expertos como Bain (1991) o Silver (1999), la estiman en un 30 y 40 % del total de los casos. Los elementos integrados son los siguientes:

**Lectura.-** ( destreza para leer y comprender )
**Cálculo.-** ( habilidad matemática )
**Escritura.-** ( habilidad para escribir )

Se encuentran por debajo de lo esperado para la edad cronológica, la capacidad intelectual y la educación recibida.

**Habilidades Motoras.-** (coordinación motora)
Se encuentra sustancialmente por debajo de lo esperado para la edad cronológica y la inteligencia.

**Comunicación:**

**Expresión del Lenguaje.-** (capacidad para la expresión oral )
Es marcadamente inferior, de acuerdo a su edad mental, aunque la comprensión del lenguaje está dentro de límites normales, y puede o no haber problemas de pronunciación.

**Comprensión del Lenguaje.-** Existe también un deterioro en la expresión.

**Fonológico, de articulación o de pronunciación.-** (pronunciación de fonemas)
Se encuentra en un nivel inferior al normal , para su edad mental, aunque normal para las demás funciones del lenguaje.

TRASTORNOS EMOCIONALES

Los problemas de conducta que propicia el TDA, provocan reacciones en los demás, por lo que generalmente, los padres, maestros, parientes, etc., difícilmente comprenden la discapacidad del menor y le conceden una connotación moral, suponiendo que el niño es rebelde, travieso, *malportado*, *grosero*, o agresivo sin razón alguna. Por lo que las connotaciones negativas, las sanciones y el rechazo son constantes, haciendo que el chico las advierta estresantes, las sufre e integra a su identidad, afectando su autoestima.

También enfrentan la frustración constante por no conseguir adaptarse a ambientes, situaciones y personas, siendo origen de los problemas emocionales, o bien obedeciendo a otros factores, lo cual es difícil de definir, pero definitivamente la depresión y ansiedad son claramente frecuente en estos niños. Y más frecuente en los adolescentes con TDA, estimándose el 15% con síntomas depresivos y el 20% con ansiedad. [23]

**Depresión.-** manifestaciones clínicas;
- Negativa de manera sistemática para asistir a la escuela.
- Disminución en el interés, motivación y participación en juegos y otras actividades.
- Ánimo disfórico.
- Mutismo.
- Trastornos del sueño y apetito.
- Perdida de peso.
- Irritabilidad.
- Sentimientos de culpa.
- Dificultades de concentración.
- Incluso pensamientos de muerte y suicidio.

[23] BENASSINI Félix, Oscar. Trastornos de la Atención. Origen, Diagnóstico, Tratamiento y Enfoque Psicoeducativo.Editorial Trillas. Primera edición, enero 2002. México, D.F. Pag. 55

Estos síntomas pueden ser más difíciles de identificar en niños pequeños.

**Ansiedad.-**" Para algunos autores el estrés producido por los problemas de adaptación puede internalizarse y convertirse en ansiedad, o bien externalizarse y volverse un problema de conducta; también puede somatizarse mediante síntomas físicos a veces poco específicos, como la cefalea o el dolor abdominal."[24]

TRASTORNOS DE CONDUCTA Y ADAPTACIÓN SOCIAL

De manera genérica se llaman trastornos de conducta o trastornos disociales , aquellas categorías diagnósticas para encuadrar a los menores de edad que incurren en actos antisociales con un patrón constante y reiterado. Se ha tratado de establecer la conexión entre estos comportamientos y el TDA e hiperactividad, es decir ¿ se encuentran más expuestos a manifestar conducta antisocial y delictiva quienes han sufrido o sufren de trastornos de atención.

ESTUDIOS:

Mendelson (1971).- documentó que los menores hiperactivos llegaban con mayor frecuencia a la corte juvenil.

Hoy (1978).- en un estudio sobre adaptación social de niños con TDAH, reportó que era mucho más frecuente que fueran requeridos en la oficina del director por problemas disciplinarios y que provocaran la presencia de la policía en la escuela.

Satterfield (1982).- encontró una frecuencia mayor de arrestos por comportamiento infractor en ellos.

Feldman (1979), Mendelsohn (1971), Weiss(1983).- Han intentado establecer la ferecuencia aproximada de conducta antisocial y delictiva en portadores de TDAH, las cifras van del 10 al 25%.

Satterfield (1982), Bain (1991).- han estimado esta asociación en un 45%.

[24] BENASSINI Félix, Oscar. Trastornos de la Atención. Origen, diagnóstico, tratamiento y enfoque psicoeducativo. Editorial Trillas.Primera edición, enero 2002. Pag. 55

Weiss (1975), Blouin(1978), Satterfield(1982).- han tratado de establecer si el tratamiento oportuno, adecuado y con farmacos, de pacientes con TDAH mejora las posibilidades, en cuanto al riesgo de incurrir en comportamiento delictivo. Los resultados son preocupantes, ya que el pronóstico no mejora de manera notoria, al comparar sujetos no tratados con tratados.

Esto a tratado de explicarse arguyendo que en los menores con conducta delictiva, ésta parece explicarse más por un trastorno disocial o de la conducta y por la existencia de agresión para con el menor y de éste hacia otros, independientemente de que haya un trastorno de atención.

Gittelman (1983).- ha considerado que el factor de riesgo más importante para la conducta antisocial es la persistencia del TDA durante la adolescencia.

Satterfield (1987).- Comparó dos grupos de menores con TDA, uno recibió ayuda de fármacos y intervención psicológica breve, y otro recibió además ayuda psicológica intensiva, este grupo mostró una tendencia significativamente menor a la conducta delictiva, por lo que el estudio plantea la posibilidad de que la diferencia radique en la terapia psicológica.

Manual de la CIE-10 de la OMS.- Plantea que no hay certeza acerca de cual es la forma más satisfactoria de subdividir, la conducta antisocial y el TDAH, pero estudios catamnésicos han manifestado que la evolución en la adolescencia y edad adulta está influida por la presencia o ausencia de agresividad, comportamiento delictivo o conducta disocial. Por ello propone una categoría especial llamada *Trastorno hipercinético disocial.*

DSM-IV, Apa (1994).- Menciona que que un número sustancial de niños referidos con TDA tienen además Trastorno por oposiciónismo desafiante y trastorno de conducta, algunas aproximaciones refieren entre el 30 y 50%.

Cuando se habla de trastornos de conducta y adaptación social debe considerarse el desarrollo consecutivo de problemas de consumo, abuso y dependencia de alcohol y drogas, lo que suele

complicar más la situación de los portadores, especialmente en la adolescencia y la edad adulta.

**Trastorno Disocial.-** La característica esencial del trastorno disocial es un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto. Se dividen en cuatro grupos:

- Comportamiento agresivo que causa daño físico o amenaza con él a otras personas o animales.
- Comportamiento no agresivo que causa pérdidas o daños a la propiedad.
- Fraudes o robos.
- Violaciones graves de las normas. [25]

**Trastorno Negativista Desafiante.-** La característica esencial del trastorno, es un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante y hostil, dirigido a las figuras de autoridad, que persiste por lo menos durante 6 meses y se caracteriza por la frecuente aparición de por lo menos 4 de los siguientes comportamientos:

- Accesos de cólera.
- Discusiones con adultos.
- Desafiar activamente o negarse a cumplir las demandas o normas de los adultos.
- Llevar a cabo deliberadamente actos que molestarán a otras personas.
- Acusar a otros de sus propios errores o problemas de comportamiento.
- Ser quisquilloso o sentirse fácilmente molestado por otros.
- Mostrarse iracundo y resentido.
- Ser rencoroso y vengativo.

Los comportamientos deben aparecer con más frecuencia de la típicamente observada en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables, y deben producir deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral. [26]

---

[25] DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Masson, S.A. Barcelona, España, 1996. Pags. 90-95 Pp. 908.
[26] Ibid. Pags 96-99

EPILEPSIA.

La epilepsia es definida como la condición caracterizada por la presencia de crisis recurrentes, por algún problema cerebral.

Una crisis puede ser definida como un desorden paroxístico del sistema nervioso central, caracterizado por una descarga neuronal cerebral anormal con o sin pérdida de la conciencia.

Cuando se hace el diagnóstico de epilepsia, deben ser eliminados otro tipo de crisis convulsivas que ocurren ante un problema metabólico agudo (hipoglicemia, hipomagnesemia, hipocalcemia) o ante una agresión o alteración abrupta al sistema nervioso central (trauma craneal, supresión alcohólica). De igual manera en los niños con crisis debe descartarse, el que la fiebre sea el evento desencadenador de las crisis.

La epilepsia tiene muchas posibles causas, las cuales por el lugar del cerebro que estén afectando pueden dar origen a otras alteraciones como la conducta, el aprendizaje o el lenguaje. Por ejemplo: Un paciente tiene epilepsia, porque tiene una lesión en el lóbulo frontal del lado izquierdo; este paciente tendrá una epilepsia que de síntomas de movimiento por ser el frontal el afectado, pero esa zona también se encarga de la emisión del lenguaje y en buena parte de mantener atención-concentración; por tal razón ese paciente tendrá epilepsia, pero también una dificultad para hablar y problemas en el aprender por distraerse fácilmente, pero la causa específica de estas alteraciones agregadas no son su epilepsia en sí, sino el origen de la epilepsia.

Según estadísticas de especialistas del Hospital Angeles, Ciudad de México, hay entre un 30 y 40 % de comorbilidad, de algún tipo de epilepsia y TDA, o TDAH.

# CARACTERÍSTICAS

A pesar de la consistencia observada en la identificación del síndrome, los portadores de TDA, pueden exhibir múltiples manifestaciones, esto puede explicarse tomando en cuenta las variadas formas de comorbilidad que habitualmente acompañan al padecimiento, al coexistir otros trastornos mentales, suelen confundir, en la identificación. Por ello es importante distinguir dos tipos de manifestaciones: la tríada, que integra el trastorno y los síntomas producidos por los trastornos asociados.

En forma constante ha sido identificada por tres manifestaciones esenciales(La tríada):
- La inatención, desatención o distractibilidad.
- La inquietud, hiperactividad o hipercinesia, y
- La impulsividad.

* INATENCIÓN

La atención puede definirse como la capacidad de concentrar, dirigir o limitar la actividad psíquica en una tarea determinada. Los expertos en el mecanismo neurobiológico del desorden han insistido en que la discapacidad para atender es consecuencia de disfunción frontal y disminución de la estimulación centroencefálica a la corteza cerebral. Los síntomas pueden ser:

- No pone atención a los detalles o es atraído por detalles irrelevantes.
- No pone atención, ni en la tarea, ni en los juegos.
- Tiene muchos errores.
- Parece que no escucha.
- No sigue instrucciones.
- Es desorganizado.
- Evita tareas que le cuesten trabajo.
- Pierde útiles escolares.
- Se distrae con cualquier cosa.
- Es descuidado en sus actividades.

* HIPERACTIVIDAD

Este componente sirvió durante mucho tiempo para caracterizar y dar nombre a la enfermedad, en los últimos 20 años se ha destacado la importancia de la hiperactividad, seguramente por que la inquietud trae como consecuencia que el niño sea disruptivo y que su comportamiento pueda identificarse como patológico. A pesar de que este problema generalmente es detectado por primera vez en la escuela, muchos padres, hermanos y vecinos suelen darse cuenta de que un menor es anormalmente inquieto por las dificultades que ocasiona.

- Mueve en exceso manos y pies.
- Abandona su asiento frecuentemente.
- Corre, salta y brinca excesivamente.
- Tiene dificultad para jugar.
- Parece estar en continuo movimiento.
- Habla en exceso. (hiperactividad verbal)
- Realiza actividades peligrosas.
- Trastornos del sueño (se le dificulta la iniciación del sueño, o se duerme pronto y despierta unas cuantas horas después)
- Destructividad (destruye objetos)
- Agresividad (agrede sin motivo)

* IMPULSIVIDAD

Es la incapacidad para inhibir el comportamiento ante situaciones que así lo demandan, es también un componente tempranamente identificado. Frecuentemente se le ha equiparado con la poca tolerancia a la frustración y la imposibilidad para posponer gratificaciones. El manual de la OMS la ubica entre los rasgos asociados, concediéndole mayor importancia a la hiperactividad y a la inatención, aclarando que dichos rasgos asociados no son suficientes ni necesarios para el diagnóstico. Describe la impulsividad como desinhibición en la relación social, falta de precaución en las situaciones de peligro y quebrantamiento de algunas normas sociales, tales como intromisión o interrupción de la actividad de otras personas,

- Perdida de la capacidad para inhibir su conducta.
- No piensa en las consecuencias de sus actos.
- Precipita sus respuestas.
- Tiene dificultad para esperar su turno.
- Interrumpe conversaciones o juegos.
- No mide el peligro, frecuentemente tiene accidentes.
- Quebrantamiento de algunas normas sociales, interrupción, intromisión, respuestas prematuras a preguntas sin permitir que se hayan terminado de formular, o imposibilidad de esperar su turno, etc.

Otros síntomas pueden ser:

* Inmadurez motora o incoordinación muscular (torpeza general)

* Dispraxia (confusión entre las partes)

* Coordinación motora fina deficiente (caligrafía deficiente, dificultad para atarse los zapatos, abotonarse la camisa, etc.)

* Trastornos en la conducta social y escolar.

* Disforia (inestabilidad del estado de ánimo)

* Depresión.

* Ansiedad (intensa y prolongada)

* Perseverancia (incapacidad para cambiar fácilmente de una actividad mental a otra)

* Dificultades para mantener cierto nivel de organización en la vida y las tareas personales (el estudio, el trabajo, la vida de relación)

* Desobediencia patológica (incapacidad para comprender órdenes verbales, no comprende la prohibición y su significado y mucho menos la necesidad de acatarla.

* Trastornos en el aprendizaje.

* Desordenes en el proceso cognoscitivo (disociación, disgrafía, dislexia, inversión del campo visual, etc.)

* Pobreza de la imagen corporal (imagen deformada de sus cuerpos)

* Daño crónico en la autoestima como consecuencia de los escasos logros que obtienen.

# RECOMENDACIONES PARA PADRES CON HIJOS CON TDA.

- Aceptar y querer al hijo con sus imperfecciones.

- Ver al hijo como alguien que **tiene** un problema y no como alguien que **es** un problema.

- No se les debe eximir de aplicarles sanciones disciplinarias o ponerles límites.

- El diagnóstico es para comprender qué sucede y por qué sucede.

- Debe darse un tratamiento multidisciplinario.

- Dar ordenes simples y claras. Ser especifico y establecer contacto visual.

- Reducir los estímulos distractores externos (T.V., radio, etc.)

- Pedirle repetir las instrucciones, para verificar sí las comprendió.

- No darle demasiadas instrucciones al mismo tiempo.

- Hacerle la vida lo más ordenada posible.

- Ser paciente y tolerante.

- No usar castigó físico. Aplicar tiempo fuera (alejarlo del lugar durante unos minutos)

- Refuerce positivamente las pequeñas conductas deseadas.

- Enséñele a ser ordenado, escríbale en una hoja las tareas diarias.

- Déle un tiempo libre para descargar energías y poder concentrarse antes de realizar la tarea.

- Ayúdelo a practicar alguna técnica de relajación.

- Enséñelo a mantener ordenados los útiles, a buscar un lugar tranquilo donde estudiar.

- Ayúdele a aprender que sus actitudes tienen consecuencias para él y los otros y las debe considerar cuando actúa.

- Recuerde que el ejemplo es muy importante.

# CONSEJOS DE SUPERVIVENCIA PARA PADRES CON NIÑOS CON TDA/TDAH

Enfócate en lo positivo o enlista al menos tres cosas buenas que haga tu hijo. Pégalas en el refrigerador ¡Celébralas¡

Trata de redirigir (no detener) los comportamientos problemáticos. Los niños con TDA/TDAH son hiperactivos (llenos de energía), impulsivos (espontáneos), y tienen momentos cortos de atención. ¡Hay mucho que hacer ¡

Provee de un lugar seguro para que juegue libremente.

No esperes más de lo que tu hijo puede manejar.

Evita sobre estimularlo.

Evita reuniones formales, salidas de compras, comer fuera, si estas actividades son más de lo que él puede manejar.

¡ Rutina, rutina, rutina!
Alimentos, baños, hora de dormir, deben ser lo más regulados que puedas hacer.

¡Péscalo portándose bien!
Los comentarios positivos deben ser superiores a los negativos al menos en dos a uno. Trabaja en llegar a un cuatro a uno. O dile a tu hijo lo que te gusta de él.

Déjale saber que esperas de él.

Di, “Por favor camina”, en vez de “No corras”.

Realiza un programa formal de refuerzos positivos en casa y en la escuela.
Utiliza figuritas, dibujos, estrellitas, fichas, etc.

Disciplina. Lo menos es más: haz unas cuantas reglas y refuérzalas consistentemente.

Actúa rápido. Habla (y sermonea) menos.

No uses castigos físicos. Tiempo fuera, para niños pequeños, perdida de privilegios para los más grandes.

Aumenta sus periodos de atención.
Recompensa el comportamiento no hiperactivo con frases, signos (pulgares arriba) o un abrazo.
Limita los juguetes disponibles a uno a la vez, pero cámbialo frecuentemente.

Comunícate diario con el maestro de tu hijo.
Trabajen juntos para hacer reglas y consecuencias consistentes.
Habla por tu hijo o habla a maestros, familia y amigos acerca del TDA/TDAH.

Recarga energía. Ser padre de un niño hiperactivo es un trabajo difícil.
Arregla un tiempo para ti mismo.
¡Toma un descanso!

# RECOMENDACIONES PARA LOS MAESTROS

- Conocer los principales síntomas del TDA/TDAH.

- Mantener el orden en el aula.

- Ser claro y específico en cuanto a las reglas, deberes, obligaciones y roles en el aula.

- Refuerce positivamente las veces que el alumno mantenga el orden.

- Actúe con mucho orden, el ejemplo es fundamental.

- Fragmente las tareas, en subtareas. Alíentelo a concluir proyectos a corto y mediano plazo.

- Ayúdele a trabajar en aquellas áreas dónde es más capaz, así reforzara su autoestima.

- Ubíquelo en la primera fila, así podrá observarlo y confirmar si esta prestando atención.

- Cuando lo vea inquieto o distraído envíelo fuera del aula a realizar alguna actividad para que descargue energías, se distraiga y pueda y pueda volver a concentrarse.

- Encomiéndele tareas cortas y simples. Asegure el contacto visual.

- No realice “correcciones humillante”.

- No lo avergüence.

- Destaque sus aciertos, mejoras y el valor del esfuerzo que realiza para superar sus problemas.

- No haga alusiones públicas a sus dificultades o enfermedad.

- Sí aplica una sanción trate de que ésta no sea producto de su disgusto o malhumor. Pues así le dará al alumno el poder de influir negativamente en su estado de ánimo cuando él se lo proponga.

# 10 ESTRATEGIAS PARA ENSEÑAR A LOS NIÑOS CON TDA/TDAH *

Los problemas de comportamiento asociados con el TDA/TDAH por lo general crean otra clase de problemas.

Los niños que son inquietos y problemáticos en la escuela, rápidamente son etiquetados como “niños problemas”, “rufianes”, “balas” o simplemente como “tontos”.

Los niños que están en el otro extremo de TDA son catalogados como “flojos”, estúpidos”, para hacer las cosas más difíciles, estos niños a menudo no entienden por qué su comportamiento no es adecuado.

Esto explica la tendencia de estos niños de parecer realmente asombrados, cuando se meten en problemas. Uno de los mayores retos para mejorar el comportamiento del niño con TDA, es enseñarle a reconocer las consecuencias de sus catos y a ver las cosas desde el punto de vista de los demás.

He aquí algunos pasos que se pueden realizar, para ayudarle a manejar la conducta de los estudiantes.

1.- Identificar los problemas de conducta.

Objetivamente, identifique cuales son los mayores problemas que obstaculizan el aprendizaje del niño.

Estos no tiene que ser sus comportamientos más molestos o los que usted desea corregir, así que realice un inventario, evitando que sus emociones influyan en éste, quizás ayudaría el punto de vista de otro instructor o el de los padres del niño.

La realización de una tabla puede ayudar. Para cada punto, enliste el comportamiento, su frecuencia, que lo dispara y como perturba

* Por Sang H. Kim (traducción Rafael Sánchez) Internet.

este en la escala del 1 al 10. Trate de ser lo más específico posible. Para cada problema escriba al menos una estrategia para eliminar o cambiar el comportamiento.

2.- Identificar los problemas en el ambiente del aula.

Fíjese de la manera en que usted y los demás maestros tratan al niño. ¿Son ustedes demasiado severos? ¿Espera que el niño se comporte y lo reprende más rápido que a los demás? ¿Ha eliminado la mayoría de los distractores posibles? ¿La clase es activa y demasiado extenuante con muchos periodos cortos de actividad y poca inactividad? ¿Son los niños supervisados de muy cerca, especialmente cuando trabajan en parejas o en grupo?

Observando la manera en que ustedes educan y el ambiente de clase, ayudará a eliminar rápidamente algunos comportamientos indeseables.

3.- Modele la conducta saludable. Indique los comportamientos que usted desea que el niño siga, como el no hablar cuando otro está hablando, guardar los útiles después de usarlos, utilizando una voz tranquila y no siendo demasiado crítico.

4.- Haga alianzas para tareas difíciles. Si a un niño le cuesta aprender algo o alguna habilidad, juntarse con alguien, como un alumno mayor y responsable o un asistente de instructor, puede ser de gran ayuda. Recuérdele al niño mayor que su trabajo es ser un modelo y ayudar así el será más comprensivo y realizará mejor su papel.

5.- Cuente sus retroalimentaciones. Trate de mantener un registro de las retroalimentaciones positivas y de las negativas que les da a los niños con TDA en la clases.

Como seguramente muchas de estas son negativas, busque áreas y habilidades para elogiar activamente, para no parecer malo o negativo.

6.- Sea especifico. Dele a los niños con TDA mensajes e instrucciones precisas y específicas. Ellos no son capaces, muchas veces, de leer entrelíneas en una frase como: “Colgarse del pasamanos es peligroso”.

Puede no ser capaz de traducir esto en “Atención, deja de colgarte del pasamanos y regresa a la línea”. Usted necesita hablar claro, palabra por palabra, lo que usted desea que el haga, exactamente en la manera que usted está pensando.

Si usted quiere, siguiendo con el ejemplo, que se aleje del pasamanos, dígales exactamente eso. Si usted quiere que dejen en paz los pulgares de sus pies y lo miren a usted cuando está hablando, dígale que lo mire.

Al dar instrucciones específicas que incluyan acciones específicas, elimina cualquier duda o mal entendido o mala interpretación. Use frases cortas.

7.- Utilice los premios correctamente. Hay una gran tentación de “impulsar” el buen comportamiento de un niño con TDA utilizando recompensas materiales, para cada buena acción. Aunque es algo positivo, busque otras alternativas.

Las recompensas pueden ser también, elogios en frente del salón de clases o los padres del niño, un simple “gracias” o “bien hecho” significa una buena oportunidad de elevar su posición en la clase.

Los premios son aún más efectivos, cuando el niño escoge su recompensa. Y usted quedará sorprendido de lo que pueden solicitar.

Para algunos niños una figurita para colocar en su camiseta puede hacerlos más felices, que el juguete más costoso de la tienda.

Si se ha puesto una recompensa material, utilice la técnica de ganar estrellas o ticket para obtener el premio grande al llegar a cierto

número de éstas. De esta manera cada estrella o ticket se convierte en una mini recompensa.

8.- Utilice la frase “cuando... entonces...” Si un niño no esta realizando un comportamiento específico, como mantenerse sentado o guardar silencio, por ejemplo “cuando te sientes y dejes de hablar, entonces explicaré las reglas del juego que vamos a comenzar.”

Obviamente la parte “entonces” debe sonar emocionante y gratificante y servir como un estímulo para dirigir el comportamiento hacia lo adecuado.

Siempre utilice “cuando” en vez de “si”, por qué “cuando” implica que el niño debe hacer algo y “si” implica que tiene la opción de hacerlo o no.

9.- No utilice el TDA como una excusa para el comportamiento del niño.

Si usted lo exenta de sus consecuencias, responsabilidades y expectativas por el hecho de que el tiene TDA, no le está haciendo ningún favor.

Claro que es más fácil usar el TDA como una excusa en vez de tratar de hacerle seguir las reglas, pero esto significaría que nos estamos rindiendo ante él. Tómese el tiempo y el esfuerzo necesario para ayudar al niño.

Esto implica muchísimo tiempo al principio, pero pagará grandes dividendos en el largo plazo.

10.- Hable agradablemente. Si usted quiere que un niño con TDA le escuche, trate de hablar despacio, con bajo volumen y breve.

Los niños a los que se les gritan las instrucciones y los gritos aumentan, conforme aumentan las instrucciones, son niños que se quejan todo el tiempo.

También ayuda hacer contacto visual antes de empezar a hablar, así usted sabe que cuenta con la atención del niño.

# RECOMENDACIONES PARA ADOLESCENTES CON TDA

- Antes de acostarte ten tu uniforme listo, la tarea hecha y tu mochila con todo lo necesario para el día siguiente.

- Acuéstate temprano y duerme como mínimo 8 horas.

- Has tú mismo tu horario de actividades.

- Al levantarte sigue una rutina, como: asearte, vestirte, arreglarte, desayunar, lavarte los dientes, tomar tu mochila, ir a la escuela, cambiarte el uniforme, comer, ayudar en alguna tarea en tu casa, hacer la tarea, divertirte un rato, cenar, preparar tus cosas para el día siguiente.

- Has tu tarea a la misma hora.

- Usa un cuaderno para anotar lo que tienes que hacer y estudiar.

- Trabaja siempre en un mismo lugar.

- Ten contigo todo el material que necesitas para no perder tiempo buscándolo a cada momento.

- Organiza que vas a hacer primero y qué al último.

- Sigue rigurosamente un horario en el que estén programadas todas las actividades que debes realizar.

- Ese horario que hiciste pégalo en varios lugares de tu casa para que cada que lo veas te acuerdes lo que tienen quehacer.

- Siéntate en un lugar cómodo, limpio, fresco y organizado.

- Concéntrate, no  permitas que nada te distraiga.

- Conócete, nadie conoce mejor que tú tus propias debilidades, decide que hacer o no hacer para estudiar mejor.

- No tengas juguetes en el lugar donde estudias, de lo contrario te tardarás más en terminar.

- Has ejercicio y mantén una dieta sana y equilibrada.

# METODOLOGÍA

Durante los últimos quince años ha surgido una teoría radical de la educación, conocida como la *nueva sociología de la educación* o *teoría crítica de la educación*, esta teoría examina a las escuelas en su medio histórico y como parte social y política de la sociedad dominante. " La pedagogía crítica opone varios argumentos importantes al análisis positivista, ahistórico y despolitizado empleado tanto por los críticos liberales como por los conservadores..." [1]

Los teóricos críticos se preocupan por el centralismo de la política y como trabajan las escuelas, han realizado estudios centrados en la economía política de la escuela, el estado, la educación, etc.

La pedagogía crítica tiene sus orígenes antes de la segunda guerra mundial en el *Institut für Sozialforschung* de Alemania (Instituto para la Investigación Social). Sus progenitores europeos escribieron brillantes y esclarecedores trabajos éticos de análisis freudomarxista como: Max Horkheimer, Theodor W. Adorno, Walter Benjamín, Leo Lowenthal, Erich Fromm y Herbert Marcuse.

Durante la guerra varios miembros del instituto partieron a los Estados Unidos por la persecución nazi a los izquierdistas y judíos. Después de la guerra surge la segunda generación de teóricos críticos, como Jürgen Habermas, así la llamada Escuela de Frankfurt, continua la investigación social influyendo en numerosas disciplinas: antropología, sociología, teoría educacional, etc.

Este movimiento es una pequeña minoría dentro de la comunidad académica y de la enseñanza pública, pero cada día su presencia crece, ya que proporciona una teoría radical y un análisis de la escuela, añadiendo nuevos avances a la teoría social, desarrollando nuevas metodologías y categorías de investigación. Sin embargo no es un conjunto homogéneo de ideas, los teóricos críticos están unidos por sus objetivos: "habilitar a los desposeídos y transformar las desigualdades e injusticias sociales existentes." [2]

---

[1] McLAREN, Peter. "El Surgimiento de la Pedagogía Crítica" y "Pedagogía Crítica: Una revisión de los Principales Conceptos", en: Mclaren Peter. La vida en las escuelas. Una introducción a la pedagogía crítica en los fundamentos de la educación. Siglo XXI, México,1994. Pp. 195-219. En: Corrientes Pedagógicas Contemporaneas. Antología Básica. Licenciatura en Educación Básica, Plan 94 Universidad Pedagógica Nacional. P 76-94.

[2] ARONOWITZ, Stanley. GIROUX, Henry. Op. Cit.

La pedagogía crítica resuena con la sensibilidad del símbolo hebreo *tikkum,* que significa *curar, reparar y transformar al mundo,* proporciona dirección histórica, cultural, política y ética para los involucrados en la educación, que aún tienen esperanza, así esta íntimamente comprometida con los oprimidos, es revolucionaria, abierta al cambio y a la liberación.

La pedagogía crítica revela y desafía el papel que las escuelas desempeñan en nuestra vida política y cultural, en la última década los teóricos críticos han comenzado a ver a la escuela como una empresa resueltamente política y cultural, los avances en sociología del conocimiento, la antropología cultural y simbólica, el marxismo cultural y la semiótica hacen ver a la escuela no solo como un espacio instruccional, sino también como arenas culturales donde una heterogeneidad de formas sociales e ideológicas suelen enfrentarse en una lucha irremisible por la dominación. Los teóricos críticos analizan a la escuela en dos formas: como mecanismo de clasificación en el que grupos seleccionados de estudiantes son favorecidos con base en la raza, la clase y el género, y como agencias para dar poder social e individual. Por ello la importancia de que los maestros comprendan el papel que asume la escuela, para así aprovechar ese papel para el desarrollo de ciudadanos críticos y activos. “ El punto de vista tradicional de la instrucción y el aprendizaje en el salón de clases como un proceso neutral antiséptico y aislado de los conceptos de poder, política, historia y contexto ya no puede ser sostenido con verosimilitud. De hecho, los investigadores críticos han dado primacía a lo social, lo cultural, lo político y lo económico para comprender mejor la forma en que trabaja la escuela contemporánea." [3]

“ Los teóricos críticos ven a la escuela como una forma de política cultural; la escuela siempre representa una introducción, una preparación, y una legitimación de formas particulares de vida social. “ [4] Está siempre relacionada con el poder, las prácticas sociales y aprobación de las formas de conocimiento que apoyan y/o sostienen una visión específica del pasado, presente y futuro. Las escuelas siempre han racionalizado la industria del conocimiento en estratos divididos de clase, que reproducen la desigualdad, el racismo, el sexismo, etc. fragmentando las relaciones sociales democráticas mediante el énfasis en la competitividad y el etnocentrismo cultural.

[3] Op. Cit.
[4] Op. Cit.

La pedagogía crítica se nutre de la tradición estadounidense, desde la corriente principal del movimiento progresista de John Dewey, Willian Kilpatrick, etc. Hasta los reconstruccionistas sociales de los años veinte tales como George Counts, Dwayne Huebner, Theodor Brameld, James McDonald, etc.

De acuerdo a Rogers Simons, la pedagogía debe distinguirse de la enseñanza: "... hablar de pedagogía es hablar simultáneamente de los detalles de lo que los estudiantes y los otros deben hacer juntos y de las políticas culturales que tales prácticas sostienen. En esta perspectiva, no podemos hablar de prácticas de enseñanza sin hablar de política." [5]

Los neoconservadores y los liberales han neutralizado el término crítico, removiendo sus dimensiones políticas y culturales, diluyendo su potencial de análisis para que signifique *habilidades de pensamiento,* de esta manera se reduce a un mero ayudar a los estudiantes a que adquieran más altos niveles de habilidades cognoscitivas, con poca atención a lo que realmente están dirigidas estas habilidades, la visión moral que subyace en este punto de vista alienta a los estudiantes a tener éxito en el difícil mundo competitivo de las formas sociales existentes.

Si se define el éxito académico en términos de crear trabajadores cumplidos, productivos y patrióticos, este programa conservador para *una nación resurgente,* evade el compromiso para formar ciudadanos críticos y comprometidos.

La política neoconservadora ha detenido el avance a la democracia en nuestras escuelas, ya que rechazan el que las escuelas deberían ser espacios para la transformación social y la emancipación, dónde los estudiantes no solo sean pensadores críticos, sino que vean que sus acciones pueden tener afecto en el mundo.

" La pedagogía crítica se funda en la convicción de que para la escuela es una *prioridad ética* dar poder al sujeto y a la sociedad sobre el dominio de habilidades técnicas, que están primordialmente atadas a la lógica del mercado de trabajo (aunque debería resaltarse que el desarrollo de habilidades ciertamente es importante). La preocupación por la dimensión moral de la educación ha llevado a los académicos críticos a emprender una reconstrucción socialmente crítica de lo que significa "ser escolarizado" . Destacan que cualquier práctica pedagógica genuina exige un compromiso con la transformación social en solidaridad

[5] SIMO, Roger. en: Op. Cit.

con los grupos subordinados y marginados, lo que por necesidad implica una opción preferencial por el pobre y por la eliminación de las condiciones que permiten el sufrimiento humano...
De acuerdo con los teóricos de la educación crítica, el análisis de la escuela emprendido por los críticos liberales y conservadores necesariamente favorece los intereses de la cultura dominante." [6]
Los americanos asumen que las escuelas funcionan como mecanismos para el desarrollo del orden social igualitario y democrático, los críticos opinan lo contrario, pues consideran que las escuelas no proporcionan oportunidades para dar poder al sujeto y a la sociedad, sino que por el contrario trabajan contra esas oportunidades.
Teóricos como Michael Apple sostiene que la escuela americana no permite a los estudiantes convertirse en ciudadanos críticos y activos, ya que las recompensas económicas de la escuela son diferentes para los ricos, y para los que se encuentran en desventaja.
Los críticos tratan de desacreditar la idea de que las escuelas son instituciones democráticas, desentrañando las formas como los programas escolares, conocimientos, etc. Dependen del mercado de trabajo corporativo y las necesidades de la economía, así su meta es desenmascarar la desigualdad de los intereses particulares que impiden la igualdad de oportunidades.
"...los académicos críticos rechazan la tarea que el capitalismo les asigna como intelectuales, como maestros y como teóricos sociales, de servir pasivamente a las situaciones ideológicas e institucionales existentes en las escuelas públicas. Estos académicos creen que las escuelas sirven a los intereses de la riqueza y del poder, mientras al mismo tiempo descalifican los valores y las habilidades de los estudiantes más desposeídos de nuestra sociedad las minorías, los pobres y las mujeres. En resumen, los maestros de la tradición crítica sostienen que la corriente educativa dominante mantiene una tendencia esencialmente injusta que da como resultado la transmisión y la reproducción de la cultura del *status quo* dominante...
desenmascarando la pretensión de la pedagogía dominante de que provee igualdad de oportunidades y acceso a la democracia igualitaria y al pensamiento crítico. Los académicos críticos

[6] Op cit.

rechazan la idea de que la escuela constituya un proceso apolítico y no axiológico." [7]

" la pedagogía crítica intenta proporcionar a maestros e investigadores mejores medios para comprender el papel que desempeñan en realidad las escuelas dentro de una sociedad dividida en razas, clases y géneros, y en este esfuerzo, los teóricos han establecido categorías o conceptos para cuestionar las experiencias de los estudiantes, los textos, las ideologías de los maestros, y los aspectos de la política escolar que los análisis conservadores y liberales con frecuencia dejan sin explorar... La pedagogía crítica se compromete con las formas de aprendizaje y acción emprendidas en solidaridad con los grupos subordinados y marginados, y además de cuestionar los presupuestos de la educación, los teóricos críticos están dedicados a los imperativos emancipadores de *dar poder al sujeto y de la transformación social.*

Los pedagogos críticos quisieran sacar la teoría de la academia e incorporarla a la práctica educacional." [8]

Los educadores críticos piensan que somos responsables de cómo actuamos individualmente en la sociedad y del sistema en que participamos.

Las escuelas son vistas como instrumentos socializantes, que ayudan a producir ciudadanos, inteligentes, responsables, etc. pero resultan ser instituciones extrañas y perturbadoras que *enseñan* cosas y *producen* sujetos irreflexivos que finalmente practican la ideología dominante.

Un gran teórico crítico es Henry Giroux " sostiene que los programas escolares deben ser comprendidos en términos de una teoría del interés y una teoría de la experiencia. Por teoría del interés, Giroux quiere decir que el programa refleja los intereses que lo rodean: las visiones particulares del pasado y del presente que representan, las relaciones sociales que afirman o descartan. Por teoría de experiencia Giroux se refiere a que el programa es una narrativa construida históricamente que produce y organiza las experiencias del estudiante en el contexto de formas sociales tales

[7] Ibid, pag 79.
[8] Ibid, pag 80.

como el uso del lenguaje, etc. los teóricos críticos quieren proporcionar a los teóricos de la educación en general un lenguaje público que no sólo afirme las voces de los maestros y de los grupos subordinados en la población estudiantil, sino que además vincule el propósito de la escuela a una visión transformadora del futuro.

Los trabajos recientes en la tradición crítica pueden en general dividirse en dos categorías: trabajos *teoréticamente fundamentados* como los de Henry Giroux, Stanley Arowitz y Michael Apple, y *etnografías críticas* de las escuelas como las de Paul Willis, Kathleen Weiler,..." [9] Peter Mclaren, etc.

Hay vertientes diferentes: la libertaria, la radical, la liberacionista, todas con puntos de divergencia y coincidencia.

Dentro de las radicales, como Paulo Freire y Henry Giroux, hacen una importante distinción entre *escolarización y educación*. La primera es un modo de control social, la segunda tiene el potencial de transformar la sociedad, siendo el estudiante en sujeto activo comprometido con su desarrollo y con la sociedad.

"Los teóricos críticos comienzan con la premisa de que los *hombres y las mujeres no son en esencia libres y que habitan un mundo repleto de contradicciones y asimetrías de poder y privilegios.* El educador crítico aprueba teorías que son, ante todo, *dialécticas;* esto es, teorías que reconocen los problemas de la sociedad como algo más que simples hechos aislados de los individuos o deficiencias en la estructura social. Más bien, estos problemas surgen del *contexto interactivo* entre el individuo y la sociedad. El individuo, un actor social, tanto crea como es creado por el universo social de que es parte. Ni al individuo ni a la sociedad se le da prioridad en el análisis, los dos están inextricablemente entretejidos, de tal forma que la referencia a uno debe por implicación significar la referencia al otro. La teoría dialéctica intenta desechar las historias y las relaciones de los significados y apariencias aceptados, trazando interacciones desde el contexto a la parte, desde el sistema interno al hecho. En esta forma, la teoría crítica

[9] Ibid, pag 81.

nos ayuda a enfocar *simultáneamente ambos aspectos de una contradicción social. "*[10]
La naturaleza dialéctica de la teoría crítica habilita al investigador de la educación para ver a la escuela no simplemente como un lugar de adoctrinamiento o socialización o como un sitio de instrucción, sino también como un terreno cultural que promueve la afirmación del estudiante y su autotransformación...

Los educadores críticos sostienen que una teoría de la escolarización digno debe tomar partido, esto es, debe estar fundamentalmente ligada a una lucha por una vida cualitativamente mejor para todos mediante la construcción de una sociedad basada en relaciones no explotadoras y en la justicia social. El educador crítico no cree que haya dos lados para cada cuestión, y que ambos requieran igual atención. Para el educador crítico hay muchos lados en un problema que con frecuencia están vinculados a ciertos intereses de clase, raza y género. " [11]

"Los teóricos de la educación crítica ven al conocimiento escolar como histórica y socialmente arraigado y limitado por intereses. El conocimiento adquirido en la escuela-o en cualquier lugar- nunca es neutral u objetivo sino que está ordenado y estructurado en formas particulares; sus prioridades y sus exclusiones participan de una lógica silenciosa. El conocimiento es una construcción social profundamente arraigada en los nexos de relaciones de poder. Cuando los teóricos críticos afirman que el conocimiento está socialmente construido, quieren decir que es producto del acuerdo o consentimiento entre los individuos que viven relaciones sociales particulares y que viven en coyunturas particulares en el tiempo." [12]

Cuando buscamos el significado de los acontecimientos , se busca el significado de los social.

Esta pedagogía se pregunta cómo y por qué el conocimiento es construido en la forma en que lo hace, y cómo y por qué algunas construcciones de la realidad son legitimadas y celebradas por la cultura dominante mientras que otras no lo son. Se pregunta cómo

[10] Ibid, pag. 82.
[11] Ibid,pag. 83.
[12] Ibid, pag.84

nuestro conocimiento de sentido común cotidiano nuestras construcciones sociales o *subjetividades*- es producido y vivido.

El teórico social alemán Jurgen Habermas, que pertenece a la corriente dominante que trabaja con la *ideología liberal* y *conservadora*, enfatiza el *conocimiento(* todo aquello que puede ser medido y cuantificado) *técnico,* basado en las ciencias naturales, que utiliza el método hipotético-deductivo o empírico, coeficientes de inteligencia, niveles de lectura, etc. utilizándose para clasificar, regular y controlar a los estudiantes. El *conocimiento práctico* ,apunta a ilustrar a los individuos de moda que puedan dar forma a sus acciones diarias en el mundo, esté se adquiere mediante descripción y análisis, en forma histórica o de desarrollo de situaciones sociales, con el objetivo de ayudar a los individuos a comprender los hechos sociales.

Sin embargo para Habermas el *conocimiento emancipatorio,* es más importante, pues intenta reconciliar y trascender la oposición entre el conocimiento técnico y el práctico.

Los principales conceptos (asunto, cuestión, hipótesis, etc.) que maneja la pedagogía crítica son:

**Clase.-** Son las relaciones económicas, sociales y políticas que gobiernan la vida en un orden social dado. Estas relaciones reflejan las restricciones y limitaciones que se experimentan como: ingreso, ocupación, etc. También se refieren a la distribución social del poder.

**Cultura.-** Las formas particulares en las cuales un grupo social vive y da sentido a sus circunstancias y condiciones de vida “dadas”. También es un conjunto de prácticas, ideologías y valores a partir de los cuales diferentes grupos otorgan sentido a su mundo.

Los últimos diez años la teoría crítica a analizado el vínculo entre cultura y poder, ofreciendo tres postulados:

- La cultura está íntimamente vinculada con la estructura de las relaciones sociales dentro de las agrupaciones de clase, género, etc. Que producen formas de opresión y dependencia.

- La cultura es analizada no sólo como forma de vida, sino como forma de producción a través de los cuales los grupos en sus relaciones dominantes o de subordinación, definen y perciben sus aspiraciones en las relaciones desiguales de poder.
- La cultura es vista como un campo de lucha en el que la producción, legitimación y circulación de formas particulares de conocimiento y experiencia son áreas centrales de conflicto.

**Cultura Dominante.-** Prácticas y representaciones sociales que afirman los valores centrales, intereses y compromisos de la clase social que controla la riqueza material y simbólica de la sociedad.

**Cultura Subordinada.-** Grupos que viven las relaciones, subordinados a la cultura dominante.

**Subcultura.-** Subconjuntos de las dos culturas de origen, la dominante y la subordinada. Ofrecen una crítica simbólica del orden social y suelen estar organizadas en relaciones de clase, género, costumbres y raza.
De acuerdo a Muncie, las subculturas constituyen una crisis dentro de la cultura dominante más que una conspiración en contra de ella.

**Formas Culturales.-** Aquellos símbolos y prácticas sociales que expresan cultura, música, vestido, religión, etc., que se han desarrollado a partir de los esfuerzos de los grupos por definir su vida en el entorno político y material.

**Hegemonía.-** Mantenimiento de la dominación no sólo por el puro ejercicio de la fuerza, sino principalmente por prácticas sociales consensuales, formas sociales y estructuras sociales producidas en espacios específicos tales como la iglesia, estado, escuela, medios de comunicación, sistema político y familia.
Es una lucha en la que el poderoso gana el consentimiento de los oprimidos, quienes ignoran que participan en su propia opresión.
La cultura dominante se asegura que los subordinados que fracasan ya sea en la escuela o en el mundo de los "*ricos y famosos"* vean el fracaso como falta de idoneidad personal o de no tener "*suerte".*

También se refiere al liderazgo moral e intelectual de una clase dominante sobre una subordinada, no por medio de la coerción, ni

por la construcción de reglas y regulaciones, sino más bien gracias al consentimiento de la clase subordinada a la autoridad de la clase dominante, está no necesita ejercer la fuerza, ya que la clase subordinada se adhiere activamente a muchos valores y objetivos de la clase dominante, sin estar consciente de donde vienen estos intereses, estos valores aparecen tan correctos que rechazarlos sería antinatural. Por ello las escuelas pueden ser terreno de transacciones, intercambios y luchas entre los subordinados y la ideología dominante. Cabe aclarar que no todos los valores de la hegemonía son opresivos y a los educadores críticos también les gustaría asegurar la hegemonía para sus propias ideas.

**Prácticas Sociales.-** Lo que la gente dice y hace.

**Formas Sociales.-** Principios que proveen y dan legitimidad a prácticas sociales específicas.

**Estructuras Sociales.-** Imperativos que limitan la vida individual, que parecen estar más allá del control individual y que tienen su origen en las relaciones de poder que gobiernan a la sociedad.

**Ideología.-** Se refiere a la producción y representación de ideas, valores y creencias y a la forma en que son expresados y vividos tanto por los individuos como por los grupos. (La hegemonía no podría hacer su trabajo sin el apoyo de la ideología).

Stuart Hall y James Donald definen ideología como, los marcos de pensamiento que son usados en la sociedad para explicar, imaginar, otorgar sentido o dar significado al mundo social y político.

La ideología tiene una función positiva que es proporcionar los conceptos, categorías, imágenes e ideas por medio de los cuales la gente da sentido a su mundo social y político, forma sus proyectos, toma una cierta conciencia de su ubicación en el mundo y actúa en él.

La función negativa se refiere a que todas esas perspectivas son inevitablemente selectivas.
De acuerdo a John Thompson, la ideología en su función negativa trabaja de cuatro formas:

- Legitimación.- Cuando un sistema de dominación se sostienen presentándose como legítimo o como eminentemente justo y digno de respeto.

- Disimulación.- cuando las relaciones de dominación están ocultas, negadas u oscurecidas en diferentes formas.

- Fragmentación.- Cuando las relaciones de dominación están sostenidas por la producción de significados en una forma que fragmenta a los grupos de tal modo que quedan ubicados en oposición a otros.

- Cosificación.- Cuando situaciones históricas transitorias se presentan como permanentes, naturales y de sentido común como si existieran fuera del tiempo.

**Ideología Dominante.-** Se refiere a los patrones de creencias y valores compartidos por la mayoría de los individuos.

Frecuentemente alienta a las ideologías oposicionales y tolera las que desafían su propia racionalidad, dado que absorbiendo esos valores contradictorios, ellas serán cada vez menos capaces de domesticar los valores conflictivos y contradictorios.

**Ideologías Oposicionales.-** Intentan desafiar a las ideologías dominantes y resquebrajar los estereotipos existentes.

**Prejuicio.-** Es el juicio anticipado y negativo de individuos y grupos a partir de evidencias no reconocidas, infundadas e inadecuadas. Como estas ocurren con gran frecuencia adquieren un carácter de sentido común o ideológico que suele emplearse para justificar los actos de discriminación.

El presente trabajo esta enmarcado en la pedagogía crítica, ya que tiene como objetivo la sensibilización y aceptación de los niños con Trastorno por Déficit de Atención, especialmente al interior de la escuela, para su adecuada integración, a través de un trato digno, igualitario, equitativo. Y tal y como lo expone la pedagogía crítica, comprometido “ con las formas de aprendizaje y acción emprendidas en solidaridad con los grupos subordinados y

marginados, y además... cuestionar los presupuestos de la educación, dedicándose a los imperativos emancipatorios de dar poder al sujeto y de la transformación social.

A través del proyecto de innovación se pretende una transformación del docente en su propia práctica educativa, fundamentada, en un análisis crítico permanente que lo lleve al verdadero cambio social de los participantes del proceso educativo. Por ello el trabajo se fundamenta en la Pedagogía Crítica.

# TIPO DE PROYECTO

El tipo de proyecto que se propone es de Intervención pedagógica. Ya que se pretende influir, en tres niveles: padres, maestros y alumnos, para el manejo integral de los alumnos con TDA.

# PLAN DE TRABAJO PARA PADRES DE FAMILIA

**1a Sesión**

Tema: Invitación al proyecto de TDA.

Fecha probable: Martes 16 de Marzo del 2004

Responsable: Coordinadora del Proyecto.

| Objetivo | Dinámica | Material | Evaluación |
|---|---|---|---|
| Presentación del proyecto, para invitar a los padres de familia a participar en el *Taller.*<br>Explicación del TDA y efectos en la familia, escuela y sociedad. | - Presentación del proyecto, objetivos , tiempos, etc.<br>- ¿Qué es el TDA?, de manera breve y clara.<br>- Preguntas y respuestas. | - Proyector de cuerpos opacos.<br>- Acetatos. | Si se logran los objetivos de la sesión, a través de la inscripción de los padres de familia al Taller. |

*Se invitara a la comunidad en general y en particular a los padres con niños con características de TDA (problemas de aprovechamiento y conducta), llamándolos por teléfono para asegurar que estén informados de la platica y se presenten.

**2ª Sesión**

Tema: Adolescencia.

Fecha probable: Martes 23 de Marzo del 2004.

Responsable: Coordinadora del Proyecto.

| Objetivo | Dinámica | Material | Evaluación |
|---|---|---|---|
| Un primer acercamiento de los padres de familia al Taller, a través de un tema de interés general e indispensable en la comprensión del TDA . | Presentación de una película de dibujos animados, sobre adolescencia. Sesión de preguntas y respuestas. | - Película ¿Qué me esta pasando? Los secretos de la vida. Basada en el libro de Peter Mayle y Arthur Robins, con una duración de 30 minutos. | Ver si se cumplen los objetivos de la sesión a través de la sesión de preguntas y respuestas. |

**3ª Sesión**

Tema: Comunicación efectiva entre padres e hijos.

Fecha probable: Viernes 26 de Marzo del 2004.

Responsable: Psicóloga de la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, AMAPSI y Coordinadora del Proyecto.

| Objetivo | Dinámica | Material | Evaluación |
|---|---|---|---|
| Comprender la importancia de la comunicación en la familia y el manejo adecuado de esta para lograr una comunicación efectiva entre padres e hijos | Manejo del tema con presentación de Power Point, y cañón.<br>Sesión de preguntas y respuestas. | - Lap top.<br>- Cañón. | Si se cumplen los objetivos de la sesión. |

**4ª Sesión**

Tema: Presentación de los participantes y Película.

Fecha probable: Lunes 19 de Abril del 2004.

Responsable: Coordinadora del proyecto.

| Objetivo | Dinámica | Material | Evaluación |
|---|---|---|---|
| Un primer acercamiento al síndrome y presentación de los padres de familia a si como sus expectativas respecto al taller. | Presentación de los padres de familia, con la dinámica de *La Telaraña.* Proyección de una película sobre Hiperactividad. | - Madeja de estambre negro.<br>- Película: *Hiperac-Tividad.* Pelí-Culas Ebesa,S.A. de C.V. | Si se cumplieron los objetivos de la sesión. |

**5a Sesión**

Tema: ¿ Qué es el TDA?

Fecha probable: Miércoles 21 de Abril del 2004.

Responsable: Coordinadora del proyecto.

| Objetivo | Dinámica | Material | Evaluación |
|---|---|---|---|
| Conocer los antecedentes del síndrome, su historia, definición, de TDA, etc.<br>Exposición de una técnica de relajación, su práctica y como enseñar a sus hijos a manejarla.<br>Dejar de tarea practicar la técnica de relajación ellos mismos y aplicárselas a sus hijos. | Aplicar la técnica de relajación, con música apropiada y en la posición más cómoda posible.<br>Comentarios acerca de cómo se sintieron.<br>Exposición del tema.<br>Elaboración por parte de los padres de un rompecabezas gigante, con la definición de TDA.<br>Tarea. | - CD de música de relajación: Relatation & Nature Performed, produced and engineered by David miles Huber. Sumer Solitude.<br>- *Paliacates*<br>- Radio-Grabadora.<br>- Proyector de cuerpos opacos.<br>- Acetatos.<br>- Rompe-cabezas gigante. | Si se cumplieron los objetivos de la sesión. |

**6ª Sesión**

Tema: Características del TDA y Comorbilidad.

Fecha probable: Viernes 23 de Abril del 2004.

Responsable: Coordinadora del proyecto.

| Objetivo | Dinámica | Material | Evaluación |
|---|---|---|---|
| Nuevamente se trabajara la técnica de relajación, pero esta ves la dirigirá algún padre de familia.<br>Se explicaran las características del TDA, así como los padecimientos de salud mental simultáneos al TDA. | Técnica de relajación y comentarios acerca de cómo se sintieron realizando la tarea de aplicarla con sus hijos.<br>Presentación de características y comorbilidad.<br>Elaboración por parte de los padres de familia de un mural con las características del TDA. | - Música para relajarse: Sonidos del Mar. Nature´s Sound New Age.<br>- Paliacates.<br>- Radio-Grabadora.<br>- Proyector de cuerpos opacos.<br>- Acetatos.<br>- Piezas en cartulina con las caracterís-ticas del TDA. | Si se cumplieron los objetivos de la sesión y si realizaron la tarea. |

**7ª Sesión**

Tema: Etiología y aspectos neurológicos.

Fecha: Lunes 26 de Abril del 2004.

Responsable: Coordinadora del proyecto.

| Objetivo | Dinámica | Material | Evaluación |
|---|---|---|---|
| Practicar nuevamente la técnica de relajación, por parte de otro padre de familia.<br>Conocer las posibles causas del TDA: Prenatales, paranatales y postnatales y los aspectos neurológicos involucrados. | Técnica de relajación por parte de los padres.<br>Exposición de las causas y aspectos neurológicos.<br>Elaboración por parte de los padres de familia de una sopa de letras, sobre los aspectos neurológicos. | - Música para relajarse: *Nature´s Symphonies. Amazon Concert.*<br>- *Paliacates.*<br>- *Radio-Grabadora.*<br>- Proyector de cuerpos opacos.<br>- Acetatos.<br>- Cartulina gigante con la sopa de letras. | Si se cumplieron los objetivos de la sesión. |

**8ª Sesión**

Tema: Manejo Psicopedagógico .

Fecha: Viernes 30 de Abril del 2004.

Responsable: Coordinadora del proyecto.

| Objetivos | Dinámica | Material | Evaluación |
|---|---|---|---|
| Practicar la relajación, por parte de algún padre de familia.<br>Explicar el manejo psicopedagó-gico más adecuado.<br>Revisar los tratamientos más utilizados con los niños de TDA. | Técnica de relajación.<br>Explicación del tema: manejo psicopedagó-gico y tratamiento.<br>Sociodrama sobre el tratamiento de los problemas relacionados al TDA, al interior de la familia. | - Música de relajación.<br>- Radio-grabadora.<br>- Paliacates.<br>- Proyector de cuerpos opacos.<br>- Acetatos. | Si se cumplieron los objetivos de la sesión. |

**9ª Sesión**

Tema: Conclusiones.

Fecha: Martes 4 de Mayo del 2004.

Responsable: Coordinadora del proyecto.

| Objetivo | Dinámica | Material | Evaluación |
|---|---|---|---|
| Practicar nuevamente la relajación.<br>Comentar sobre las instituciones de apoyo.<br>Recomendaciones para padres de familia y maestros sobre el TDA: | Técnica de relajación.<br>Instituciones de apoyo.<br>Recomendaciones psicopedagógicas.<br>Conclusiones.<br>Entrega del Folleto sobre TDA.<br>Comentarios. | - Música de relajación.<br>- Paliacates.<br>- Radio-Grabadora.<br>- Proyector de cuerpos opacos.<br>- Acetatos.<br>- Folleto de TDA. | Si se cumplieron los objetivos de la sesión. |

# PLAN DE TRABAJO PARA MAESTROS

**1ª Sesión.**

Tema: Características del Adolescente.

Fecha probable: Miércoles 25 de Febrero.

Responsable: Especialista, Psicólogo de la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, AMAPSI. Coordinadora del proyecto.

| Objetivo | Dinámica | Material | Evaluación |
|---|---|---|---|
| Que los maestros reflexionen acerca de las características de los adolescentes. | Exposición del tema. Preguntas y respuestas. | - Lap top.<br>- Cañón. | Si se cumplieron los objetivos del proyecto. |

**2ª Sesión.**

Tema: Comunicación Maestro-Alumno.

Fecha probable: Miércoles 31 de Marzo del 2004.

Responsable: Especialista, Psicólogo de la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, AMAPSI. Coordinadora del proyecto.

| Objetivo | Dinámica | Material | Evaluación |
|---|---|---|---|
| Que los maestros analicen la comunicación con sus alumnos. | Exposición del tema. | - Lap top.<br>- Cañón. | Si se cumplieron los objetivos de la sesión. |

**3ª Sesión**.

Tema: ¿Qué es el TDA?

Fecha probable: Miércoles 28 de Abril del 2004.

Responsable: Coordinadora del proyecto.

| Objetivo | Dinámica | Material | Evaluación |
|---|---|---|---|
| Primer acercamiento al síndrome con la película de Hiperactividad.<br>Definición de TDA.<br>Antecedentes.<br>Características.<br>Comorbilidad. | Exposición del tema.<br>* Se suprimieron las técnicas grupales y de relajación por falta de tiempo y mayor resistencia de los maestros a participar en estas. | - Proyector de cuerpos opacos.<br>- Acetatos. | Si se cumplen los objetivos de la sesión. |

**4ª Sesión.**

Tema: Etiología, Aspectos Neurológicos y Manejo Psicopedagógico.

Fecha probable: Miércoles 26 de Mayo del 2004.

Responsable: Coordinadora del proyecto.

| Objetivo | Dinámica | Material | Evaluación |
|---|---|---|---|
| Revisar los aspectos centrales del tema: Etiología. Aspectos Neurológicos. Manejo Psicopeda -gógico. Conclusiones. | Exposición del tema. | - Proyector de cuerpos opacos.<br>- Acetatos. | Si se cumplieron los objetivos. |

# PLAN DE TRABAJO PARA ALUMNOS

Para los alumnos se preparo un material de trabajo, elaborado en equipo con una maestra que esta terminando su licenciatura en psicología, Profra. Justina Cortes Xochitla y la coordinadora del presente trabajo, dónde se pretende mejorar las habilidades del proceso enseñanza-aprendizaje ejercitando los procesos cognoscitivos deficientes en estos niños: dislexia, discalculia, etc. A través de la recopilación de ejercicios .

Esto a través de un cuadernillo *Diviértete, aprendiendo y jugando con ejercicios para TDA.* Con los siguientes temas:

Para Dislexia y Disortográfia.

Dominio verbal.
- Puntuación.
- Ortografía.
- Los refranes y su significado.

Palabras en desorden.
- Verbos en pospretérito.
- Verbos en infinitivo.
- Verbos en copretérito.
- Palabras con **m** antes de **b.**
- Sustantivos abstractos.
- Palabras con **h** intermedia.
- Palabras con **nv**.
- Preposiciones.
- Pronombres demostrativos.
- Nombres de entidades.

Sinónimos.
- 42 ejercicios.

Antónimos.
- 48 ejercicios.
- Oraciones incompletas.

- Enunciados en desorden.

Para Discalcúlia.

Dominio lógico matemático.
- Dominio numérico.
- Problemas.
- Razones y proporciones.
- Problemas de proporción.
- Problemas de razonamiento numérico.
- Operaciones incompletas.

Series.
- Series con números decimales.
- Series con números romanos y arábigos.
- Series de fracciones.

Sopas de letras.

Este trabajo se realizó en 19 sesiones de 50 minutos, durante los meses de marzo y abril.
Se detectaron 37 alumnos con características de TDA (problemas de aprovechamiento y conducta). Se les pidió la autorización a los padres de familia de trabajar con los jóvenes y hacer el compromiso de que ellos asistieran al Taller para padres, y de esta manera lograr un *Proyecto Integral Psicopedagógico*, padres, maestros y alumnos.
A los alumnos se les proporciono una credencial con fotografía, fecha y hora del taller, para que los maestros los dejaran salir, ya que por las mismas características generalmente los maestros no les tienen confianza. Se programaron las sesiones escalonadas, es decir a distintas horas, para no afectar a una materia en particular, así mismo se les informo por escrito a los maestros que alumnos iban a participar y que estos contaban con credencial.
A cada alumno se le proporciono su cuadernillo sin ningún costo.

# APLICACIÓN DEL PROYECTO

# REPORTES DE APLICACIÓN
# PADRES DE FAMILIA

**1ª Sesión**.

Tema: Invitación al Proyecto de TDA.

Fecha: Martes 16 de marzo del 2004.

Participantes: 40 Padres de Familia aproximadamente.

Responsable: Coordinadora del Proyecto.

Propósito: Presentar a las padres de familia el *Taller de sensibilización para Padres y Maestros*, cuáles son sus objetivos, tiempos, etc. Y lo más importante exponerles de manera breve y clara ¿Qué es el TDA?, características y lo más importante las repercusiones a nivel, escolar, familiar, social y personal.

La invitación se hizo a toda la comunidad escolar de manera general, y particularmente a los padres de niños que presentan problemas de conducta y aprovechamiento y a los que tienen niños diagnosticados con TDA, a estos se les hablo por teléfono, comentándoles que era una junta dónde era importante su asistencia, para beneficio de sus hijos.

Desarrollo: Las sesiones iniciaron a las 8 de la mañana, ya que es la hora que más acomoda a los padres de familia, se les invito, café, te y galletas. Generalmente se respeto el tiempo de inició, por respeto a los que llegan temprano.

Se procedió a exponer el tema, con el auxilio del proyector de cuerpos opacos, los padres se mostraban atentos y respetuosos.

Esperaron a que se terminara de exponer, para externar preguntas, que más que preguntas fueron comentarios:
“ Me parece maravilloso que la escuela se preocupe por este tipo de trabajos, que nos hacen mucho bien a los papas, y ojalá lo sepamos aprovechar.”

“ Yo no tengo problemas con mi hijo, pero creo que es muy importante esto y ojalá que los papas de niños que si tienen problemas, lo aprovechen”.

Después de los buenos comentarios, se les pidió a los padres interesados en participar, anotarse en una lista, con su nombre, nombre del hijo, grupo y teléfono. Para recordarles telefónicamente la siguiente sesión.

Algunas mamás (tres) se acercaron a comentar que tenían familiares, vecina, amiga, con niños con estos problemas pero que no asistían a la escuela y si era posible que asistieran, se les dijo que por supuesto eran bienvenidas, y dejaron sus datos para recordarles especialmente de las sesiones, ya que sus hijos no asisten a la escuela.

Evaluación: Se logro una inscripción de 25 padres de familia.

**2ª Sesión.**

Tema : Adolescencia.

Fecha: Martes 23 de Marzo del 2004.

Participantes: 22 Padres de familia ( 19 mamás y 3 papás)

Responsable : Coordinadora del Proyecto.

Propósito: Dar a los padres de familia una visión general de las características de la adolescencia, sus preocupaciones, características, etc. a través de una película de dibujos animados y una sesión de preguntas y respuestas.

Desarrollo: Vieron atentamente la película y al final hicieron comentarios, solo una mamá pregunto si era normal la masturbación, algunas mamás hicieron cara de sorpresa y una de ellas se adelanto a contestar, comentando que era doctora, y que por supuesto era normal, la primera mamá, dijo que ella sabía que les hacia daño y podían tener consecuencias como locura o algo así.(cabe aclarar que esta mamá se ve preparada cuando se a tenido contacto con ella). Se empezó a armar revuelo y comentarios, hasta que permitieron comentar a la coordinadora, que es un proceso natural, sin consecuencias.

**3ª Sesión.**

Tema: Comunicación Efectiva entre padres e hijos.

Fecha: Viernes 26 de Marzo del 2004.

Participantes: 22 Padres de Familia ( 16 mamás y 6 papás)

Responsable: Lic. Angélica de Urquijo de la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, AMAPSI y Coordinadora del Proyecto.

Propósito: La comunicación es importante en el manejo adecuado de la dinámica familiar y especialmente cuando hay un niño con TDA. Por ello la importancia de trabajar este tema con los padres.

Desarrollo: La Psicóloga trabajo con una exposición en Power Point, definiendo comunicación, tipos de comunicación , como mejorarla al interior de la familia, etc. Realizo un ejercicio donde pidió a cuatro mamás salieran del salón y fueran entrando una por una. Al resto del grupo les leyó un mensaje, entro la primera y le leyó el mensaje, para que una por una fueran pasándose el mensaje de manera verbal. Al final se deformo la información lo cual causo risa entre los participantes.

Al final algunos padres se acercaron a hacer preguntas personales a la expositora.

Algunos padres pidieron copias del tema, la psicóloga me pidió hiciera un resumen y se los entregara a los interesados.

**4ª Sesión.**

Tema: Presentación de los participantes y película.

Fecha: Lunes 19 de Abril del 2004.

Participantes: 21 Padres de Familia ( 17 mamás y 4 papás)

Responsable: Coordinadora del Proyecto.

Propósito: Empezar a trabajar propiamente el tema, a través de una película *Hiperactividad* con una duración de 13 minutos, y presentación de los participantes así como las expectativas que tienen sobre el Taller.

Desarrollo: Se puso la película, pero se tuvo el problema de que comenzó a ensayar la Banda de Guerra de la escuela, y no se podía oír, un papá comentó que era muy difícil concentrarse así y que si pensamos que nosotros no podemos concentrarnos mucho menos los niños y más los que tienen TDA.

La coordinadora, salió un momento para pedirle al maestro responsable de la Banda de Guerra que por favor se fueran a ensayar a otro lado. Lo cuál le molestó y comentó que tenían un concurso y era necesario ensayar.

Los padres se mostraron accesibles y acordaron poner desde un principio la película ya que se les hacía interesante e importante.

Cuando estabamos viendo nuevamente la película entro el maestro y dijo dirigiéndose a los papás que “mejor hubieran deseado buena suerte a los alumnos y no correrlos” y se retiro. Pedimos una disculpa por la actitud del maestro y los padres no hicieron más comentario y continuamos trabajando.

Para la presentación se trabajo con la técnica grupal de la *Telaraña,* que consiste en irse presentando conforme se va lanzando una bola de estambre a alguien del grupo, formando así la telaraña, y al final

se vuelve a hacer la madeja y se va comentando lo que dijo el participante anterior a uno.
Los papás comentaron la mayoría que querían aprender más sobre como tratar a sus hijos y más que atraviesan por la adolescencia.

Tres mamás comentaron que no tenían problemas de conducta con sus hijos , pero que tenían bajo aprovechamiento, entre ellas Martha , que dijo “creo que yo estoy mal aquí, por que yo no tengo esos problemas que los demás dicen, creo que no debo estar aquí, aunque me dijeron que mi hijo tiene TDA, pero no me da problemas de conducta.”
Algunas mamás le comentaron que era bueno que su hijo no tuviera problemas de conducta, pero que no le hacia mal estar ahí.

**5ª Sesión.**

Tema: ¿ Qué es el TDA?

Fecha: Miércoles 21 de Abril del 2004.

Participantes: 23 Padres de Familia (21 mamás y 2 papás)

Responsable: Coordinadora del Proyecto.

Propósito: Exponer ante los padres de familia, los antecedentes del síndrome, su historia, definición, etc. Así como practicar una técnica de relajación, para que a su vez los padres se las enseñen a sus hijos, ya que los niños con TDA, manejan niveles de ansiedad muy altos por no cumplir con las expectativas que se tienen de ellos y por supuesto los padres también, pues generalmente tienen mucha presión social.

Desarrollo: Comenzamos nuevamente dando la bienvenida, se paso a explicar en que consiste la técnica y como manejarla con sus hijos. Se les proporciono *paliacates* a los padres que así lo desearon, como un apoyo para relajarse mejor, se puso música para relajarse y se les fue dirigiendo con voz calmada, suave y clara. (o al menos se intento). Durante la relajación se les pidió visualizaran a sus hijos y les mandaran un mensaje de amor.

Al final comentaron como se sintieron, algunos dijeron que tranquilos; una mamá logro visualizar a su hijo y eso le dio mucho gusto; una mamá comentó que traía dolor de cabeza y se le quito; otra mamá se durmió; Martha, se coloco al frente aislada de los demás, se notaba rígida y un tanto incomoda y a pesar de que se les pidió no cruzaran las piernas, ella las mantuvo cruzadas, no sabemos si no presto atención a las instrucciones o no lo quiso hacer, tampoco comentó nada.

Se procedió a exponer el tema, no hubo muchos comentarios al final, como cierre se les pidió elaboraran en el suelo un rompecabezas gigante con la definición de TDA. Se les dio al azar

las piezas (También a Martha), todos se pararon a realizar la tarea, aunque no tuvieran pieza, Martha se paro pero permaneció distante.

**6ª Sesión.**

Tema: Características del TDA y Comorbilidad.

Fecha: Viernes 23 de Abril del 2004.

Participantes: 18 padres de familia (18 mamás)

Responsable: Coordinadora del Proyecto.

Propósito: trabajar nuevamente la técnica de relajación. Exponer las características del TDA así como los padecimientos de salud mental asociados al síndrome.

Desarrollo: En todas las sesiones cuando llegaron los papás ya estaba listo todo, el agua para el café, te y galletas. Para el momento que desearan preparárselo

Se dio la bienvenida y se pregunto quien deseaba pasar a dirigir la técnica de relajación, paso una mamá y lo hizo muy bien. La coordinadora del proyecto también participo colocándose dentro del grupo, para que sintieran más camaradería.

Se paso a la exposición del tema, cuando se empezaron a comentar las características del TDA, Martha interrumpió de repente, de manera angustiada y comenzó a llorar diciendo de manera torpe: “ bueno, si me esta diciendo todo esto, yo que voy a hacer, yo lo que quiero saber, es si esto se cura, que hay que hacer”.

La respuesta de las mamás fue inmediata, diciéndole que apenas estabamos comenzando que no se angustiara , que esperara y que lo importante era que estaba ahí y ya estaba haciendo algo. La verdad fue muy significativo como las mamás entre la regañaron y la *apapacharon*.

Por cierto al final de las sesiones generalmente se quedaban mamás a comentar y platicar, en esta ocasión, comentaron la situación de Martha.

Como cierre se les pidió elaborar un *muro o pared*, con cartones simulando ladrillos con las características del TDA, se les repartieron los ladrillos al azar y comenzaron a pasar formando en el piso el *muro* , conforme iban pasando decían a que parte de la tríada pertenecía la característica, inatención, hiperactividad e impulsividad.

La participación fue muy buena.

**7ª Sesión.**

Tema: Etiología y Aspectos Neurológicos.

Fecha: Lunes 26 de Abril del 2004.

Participantes: 19 padres de familia (18 mamás y un papá)

Responsable: Coordinadora del Proyecto.

Propósito: Comentar con los padres las causas del TDA, prenatales, paranatales y postnatales. Así como los Aspectos neurológicos implicados en el síndrome.

Desarrollo: Se practico nuevamente la técnica de relajación, dirigida por una madre de familia.

Se expuso el tema, una mamá comento que si " entonces si era una enfermedad" , que porque un médico le había dicho que era por la mala educación que le daba a su hijo y además se lo dijo delante de el niño.

Al final entre todos elaboraron una Sopa de Letras, encontrando los conceptos neurológicos implicados en el TDA.

**8ª Sesión**.

Tema: Manejo Psicopedagógico.

Fecha: Viernes 30 de Abril del 2004.

Participantes: 18 padres de familia.

Responsable: Coordinadora del Proyecto.

Propósito: Comentar con los padres, cual es el Manejo psicopedagógico más adecuado para los niños con TDA. Así como revisar los tratamientos más utilizados con estos niños.

Desarrollo: Nuevamente se practico la relajación, dirigida por otra mamá.
Se comento el manejo psicopedagógico más adecuado para tratar a estos niños, así como el tratamiento a seguir.(multidisciplinario).

Como técnica grupal se realizó un Sociodrama, de algún conflicto familiar con un hijo con TDA, y cual sería la manera adecuada de tratarlo. Tres mamás representaron el caso de un adolescente que no quiere hacer la tarea y va mal, les dio pena pero lo hicieron.

**9ª Sesión.**

Tema: Conclusiones.

Fecha: Martes 4 de Mayo del 2004.

Participantes: 19 padres de familia (17 mamás y un papá)

Responsable: Coordinadora del Proyecto.

Propósito: Concluir sobre el tema, trabajando las instituciones de apoyo, las recomendaciones para padres y maestros.

Desarrollo: Ya no se practico la relajación por motivos de tiempo, ya que al final de la sesión se realizo un pequeño convivió para finalizar el Taller.

Se hablo de las Instituciones de apoyo y las recomendaciones para padres y maestros. Nuevamente insistieron los padres de la necesidad de que este Taller lo reciban los maestros y se les comento nuevamente que se estaba trabajando con ellos.

# REPORTES DE APLICACIÓN MAESTROS

**1ª Sesión**.

Tema: Características del adolescente.

Fecha: Miércoles 25 de Febrero.

Participantes. 40 maestros.

Responsable: Psic. David Granados Escamilla de la Asociación Mexicana de Alternativas en psicología, AMAPSI y Coordinadora del Proyecto.

Propósito: Que los maestros reflexionen acerca de las características de los adolescentes.

Desarrollo: El Psicólogo de AMAPSI, presento el tema en Power Point y les hizo una pregunta acerca de cuales consideraban eran las características de los adolescentes, distintos maestros comentaron distintas características, hasta los más renuentes.

Al final el psicólogo pidió, en un formato la evaluación a su trabajo pero no me permitió verla.

La actitud de los maestros fue adecuada, participativa, aunque están acostumbrados a pararse a servirse café, te, etc. Y de repente hablan mucho sin guardar respeto al que expone.

**2ª Sesión.**

Tema: Comunicación Maestro-Alumno.

Fecha: Miércoles 31 de marzo del 2004.

Participantes: 38

Responsable: Lic. Angélica de Urquijo, de la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, AMAPSI y Coordinadora del Proyecto.

Propósito: Analizar junto con los maestros la importancia de la comunicación con sus alumnos.

Desarrollo: La psicóloga expuso el tema en Power Point, y realizo la dinámica que con los padres de familia, de sacar a cuatro maestros, y a uno leerle un comunicado, que más tarde tenia que pasar al siguiente compañero, con lo que se acordara, y así sucesivamente, al final leyó nuevamente el mensaje para ver cuanto se deformo.

Los maestros se mostraron un poco más accesibles que con el anterior expositor, pero igualmente parándose, saliendo, siendo necesario en ocasiones callarlos.

**3ª Sesión.**

Tema: ¿Qué es el TDA?

Fecha: Miércoles 28 de Abril del 2004.

Participantes: 36 maestros.

Responsable: Coordinadora del Proyecto.

Propósito : Primer acercamiento al tema de TDA, definición, antecedentes, características.

En esta ocasión se concedió la segunda parte de la junta, para la exposición del tema, esta hora es más difícil porque en el intermedio se almuerza, lo que aprovechan algunos maestros para retirarse, las conferencias de AMAPSI fueron de 8 a 10, y las concedidas para el taller supuestamente eran de 11 a 13 hrs. Pero como antes se tratan asuntos generales, etc. las dos ocasiones que se concedieron para el taller ya los maestros querían irse, por ello cuando se intento hacer la dinámica de relajación, un maestro propuso no hacerlo para no "perder" tiempo, lo cual fue apoyado por la mayoría.

De tal manera se tuvieron que suspender también los dos ejercicios preparados para esta sesión.

La actitud de los maestros fue de no hacer tantas preguntas para acabar pronto, pero igualmente se pararon, salieron, se les tuvo que callar, etc.

Una maestra de las de mayor edad y que tienen problemas con padres y alumnos, ya que se le acusa de tratarlos mal, ser intransigente, golpearlos, etc. Y esto se a comprobado con investigaciones al interior de los grupos, y ya se ha hablado con ella, pero ya es poco paciente e inmediatamente se pone en actitud de defensa y habla excesivamente pretendiendo justificarse.

Comento que estos niños necesitaban estar en un hospital que su lugar no era ahí, que generaban muchos problemas y que los maestros no éramos doctores.
La doctora de la escuela inmediatamente le contesto un tanto molesta, con voz fuerte y de pie. “ Maestra, es muestra obligación no solo recibir a estos niños sino tratarlo de la manera más adecuada y las personas que tenemos hijos con discapacidad agradecemos mucho el buen trato y aceptación que se les de a nuestros hijos” cabe aclarar que en la escuela la doctora tiene dos hijos con discapacidad, una orientadora tiene una hija con parálisis cerebral, y otra orientadora tiene dos hijos con TDA, y la mayoría de los maestros los conocen, también hay una maestra Martha Irene que tiene hemiplejía.

También la directora le comentó que era nuestra obligación recibirlos, la coordinadora del proyecto comentó acerca de la inclusión de niños con Necesidades Educativas Especiales.

**4ª Sesión.**

Tema: Etiología, Aspectos Neurológicos y Manejo Psicopedagógico.

Fecha: Miércoles 26 de Mayo del 2004.

Participantes: 34 profesores.

Responsable: Coordinadora del Proyecto.

Propósito: Revisar los aspectos centrales del tema, etiología, aspectos neurológicos, manejo psicopedagógico.

Desarrollo: Se expuso nuevamente con proyector de cuerpos opacos, y se dio la misma situación de la sesión anterior, de la premura de tiempo.

En esta ocasión lo significativo fue que la maestra Martha Irene, una de las de mayor edad y que se quejan padres y alumnos de que es muy exigente, intransigente, poco tolerante y de las que generalmente les "sugieren" a los padres de niños problemas se lleven a sus hijos a otra escuela. Comentó casi al final de la exposición que " fue muy importante ver todo esto, porque muchos no lo sabemos y a veces podemos cometer errores con los muchachos" (esto lo dijo con dificultad y ya no pudo continuarla, pues la voz se le quebró y comenzó a llorar), esto fue muy significativo ya que es una maestra muy fuerte, exigente, tiene hemiplejía, y es muy dura de carácter.

- Es importante comentar que no se les informo a los maestros, que el taller era una Propuesta de Innovación, para una licenciatura, ya que en la escuela se maneja un ambiente de envidia y obstaculizar el trabajo de los demás, por lo que la directora propuso no comentarlo y proponerlo como parte del interés de la dirección.

- Cuando se les expuso a los maestros el Taller les pareció adecuado sobre todo el trabajo con los padres, en cuanto al de los alumnos fueron muy exepticos.
- Sin embargo propusieron continuar el próximo año con este trabajo y felicitaron a la dirección del plantel.

# REPORTE DE APLICACIÓN ALUMNOS

**19 Sesiones.**

El trabajo con los alumnos fue compartido con una compañera manual que esta estudiando la licenciatura en Psicología, se mostró interesada en el tema y decidió participar como parte de un trabajo de su escuela. Junto con ella se elaboró el cuadernillo de ejercicios, con 120 paginas. El cual fue llenado en las 19 sesiones, complementándolo con técnicas grupales, la coordinadora del proyecto no pudo estar en el 100% de las sesiones.

Se comenzó con 37 alumnos y se termino con 17, ya que no se les obligo a permanecer en el taller si no lo deseaban, aunque si se les aviso a los papás cuando ya no estaban entrando.

La actitud de los alumnos fue adecuada, ya que no había presión ni mal trato, aquellos que no querían entrar  o trabajar eran remitidos por los prefectos a su grupo y si ya no iban a entrar entregaban su credencial y el material.

# EVALUACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Definitivamente el propósito general del proyecto era la sensibilización de padres y maestros ante el Trastorno por déficit de atención e Hiperactividad.

Por lo que se concluye que el objetivo central se logró en mayor medida con los padres de familia, que aunque pocos, considerando que se pretendía trabajar con 40, y solo 17 de ellos se mantuvieron en todas las sesiones, es un numero importante significativo tomando en cuenta que la asistencia va disminuyendo.

También se logro gran empatía con la coordinadora del proyecto, finalizando en un trato amigable (hablar de tu, beso en la mejilla como saludo, y hasta algunas comentaron que ya había amistad y propusieron ir a tomar un café).

Aunque es importante mencionar que la mayoría de mamás que asistieron a todo el taller tienen la mayoría hijos diagnosticados y canalizados, las que no, se acercaron para darles la canalización (tres). Y algunas para asistir a otra institución.

En cuanto a los maestros, el primer problema fue las pocas sesiones y la premura del tiempo, así como la actitud de los maestros que son muy renuentes al cambio y aceptar el Taller por parte de una compañera y mas si es de orientación, sin embargo fue muy significativa la actitud de la maestra Martha Irene, sobre todo por su personalidad y la petición especifica de cuatro maestros de continuar este trabajo para el siguiente año.

En cuanto a la Dirección de la escuela hubo apoyo en cuanto al material, trabajo, etc. solo estuvo limitado el tiempo para las sesiones ya que originalmente había ofrecido seis.

Al completar el trabajo con las sesiones para alumnos se logro, un trabajo integral (padres-maestros-alumnos) aunque es indudable la necesidad de mejorar el Taller, los tiempos, etc.

# GLOSARIO

**Afasia**.- Daño sobre el hemisferio izquierdo del cerebro que es el centro del habla, que lleva al menoscabo de la capacidad del habla coherente o de comprender el lenguaje hablado. Trastorno del lenguaje oral y escrito.

**Ansiedad**.- Sentimiento displacentero que implica la idea de un peligro inminente, totalmente indeterminado, no cristalizado todavía. Es acompañado de una serie de síntomas físicos que dan al sujeto ansioso la sensación de desorganización y aniquilamiento ante el peligro.

**Antígeno**.- Sustancia extraña al cuerpo que suscita la formación de anticuerpos específicos en el organismo.

**Antidepresivos tricíclicos**.- medicamentos de efecto antidepresivo, el primero de los cuales fue la imipramina, cuyo nombre comercial en México es tofranil. Químicamente contiene dos anillos benzénicos ligados a otra cadena genéricamente llamada dibenzazepina y de ahí el nombre de *tricíclicos.*

**Ataxia**.- Literalmente: pérdida de orden. En neurología significa disminución de la capacidad para coordinar los movimientos de los músculos más importantes, como los que se usan en la deambulación ( ataxia locomotriz).

**Axón**.- Prolongación filiforme que inicia de la célula nerviosa y termina formando una ramificación terminal. Sinónimo de cilindroeje, neuroeje o neurilema.

**Atonía**.- falta de tono en los músculos. El tono o tonicidad muscular es una cierta tensión o contracción que normalmente se tiene, aun estando en reposo absoluto.

**Congénito**.- Que existe desde el nacimiento o antes.

**Convulsiones clónicas**.- Serie de contracciones breves y rítmicas que responden a una tensión muscular mantenida. Se presentan en las lesiones piramidales.

**Depresión**.- En un sentido general no psiquiátrico, es un sentimiento de tristeza, desesperación e infelicidad que ocurre normalmente en el ser humano en relación con los hechos vitales. En psiquiatría este término designa un síndrome específico que consiste en la baja del tono afectivo, dificultad del pensamiento y retardo psicomotor acompañado de angustia, ideas obsesivas y sentimientos de culpabilidad y de autodevaluación.

**Disartria**.- Trastorno del lenguaje hablado debido a defectos que impiden coordinar la musculatura de la fonación, y, en consecuencia, la correcta articulación de las palabras.

**Discalculia**.- Dificultad para el aprendizaje del cálculo y de los conceptos matemáticos básicos en sujetos que presentan un nivel de inteligencia normal. La perturbación afecta tanto a la interpretación y utilización de símbolos numéricos como a la adquisición de la noción de cantidad y número así como a la automatización de los mecanismos operatorios.

**Disfasia.-** Trastorno del lenguaje más leve que la afasia, originado por causas neurológicas de tipo congénito o por causas psicológicas. En la niñez, se presenta como una incapacidad parcial para usar correctamente el lenguaje simbólico, principalmente en su aspecto comprensivo que se puede traducir en pobreza de vocabulario, errores gramaticales, dificultades de comprensión, confusión de conceptos verbales, etc. En la edad escolar origina dificultades en el aprendizaje de la lectura y la escritura pudiendo dar lugar a otras alteraciones del lenguaje como dislexia y disgrafía y comprometer su éxito futuro en el medio escolar

**Disfonía.-** Trastorno de la fonación.

**Disforia**.- Estado de tristeza y ansiedad asociado a excitación y excitabilidad aparentemente inexplicables (de *disforein:* estar triste).

**Disfunción**.- Funcionamiento trastornado u obstaculizado de un órgano específico: disfunción glandular, disfunción cerebral (*dis:*dificultad). En general cualquier alteración o anomalía en el funcionamiento de cualquier área corporal. Modificación o trastorno de las actividades o funciones normales de un órgano o sistema.

**Disgrafia**.- Dificultad para la escritura.

**Dislalia.-** Literalmente , dificultad para hablar (del griego *laleo*: hablar). Es un impedimento parcial para pronunciar adecuadamente las palabras.

**Dislexia**.- Dificultad para leer o para entender lo que está escrito. Se designa con este término a un trastorno que se manifiesta en la dificultad para aprender a leer, a pesar de la enseñanza escolar, de una inteligencia normal y de buena oportunidad social; depende básicamente de un trastorno cognoscitivo.

**Dispraxia**.- Alteración motora desorganizada e imprecisa de movimientos o secuencias de movimientos. Conocida como desordenes práxicos, como rasgo común en todas las dispraxias, existe confusión entre las partes del cuerpo. Dificultad para efectuar ciertos movimientos y de reconocer acertadamente los objetos y su uso. Es un grado moderado de apraxia.

**Distocias**.- Partos complicados por diversas causas.

**Distonia**.- Estado anormal de tensión o tonacidad (tono) muscular. Puede ser generalizado, como en la catatonia, o limitado a un grupo de músculos.

**Dopamina**.- Es una de las catecolaminas, sustancias llamadas genéricamente aminas biogénicas, que intervienen como neurotransmisores sinópticos en el sistema nervioso central.

**Electroencefalograma**.- Representación gráfica de los potenciales eléctricos del cerebro, registrados por electrodos que se fijan en el cuero cabelludo. Se emplea para el diagnóstico de trastornos neurológicos y neuropsiquiátricos, así como para la investigación neurofisiológica.

**Encefalopatía**.- Daño o disfunción del cerebro, etiología no especificada.

**Encopresis**.- Falta de control del esfínter anal, que hace que el sujeto vacíe su intestino involuntariamente. El término se reserva, generalmente, para el caso de que la defecación involuntaria no se deba a un defecto orgánico o a una enfermedad específica.

**Endógeno**.- En psiquiatría, dícese de los padecimientos que tienen su origen en el interior del organismo y afectan directamente al sistema nervioso. El término se usa en la clasificación de los trastornos mentales, cuando se tienen datos para suponer que aquellos dependen de factores hereditarios y constitucionales.

**Enuresis**.- Falta de control del esfínter urinario, que da por resultado que el sujeto se orine involuntariamente.

**Epilepsia.-** Desorden crónico de diferente etiología, caracterizado por accesos de inconsciencia que suelen acompañarse de convulsiones y otros signos y síntomas.

**Estructuras corticales**.- Células nerviosas de la corteza cerebral.

**Etiología**.- Estudio de las causas de los fenómenos y, en medicina, de las enfermedades. También puede referirse a las causas mismas.

**Etiopatogenia**.- Estudio de las causas de las enfermedades y de los mecanismos que dan lugar a éstas. Es un término que comprende a otros dos: etiología y patología.

**Exógeno**.- Se aplica este término a los factores causales (etiológicos) que inciden desde afuera para producir estados patológicos.

**Fonología**.- Disciplina que estudia los sonidos del lenguaje.

**Genético**.- Ciencia biológica que estudia la herencia y los fenómenos referentes a la variación de las especies.

**Hiperactividad**.- Aumento patológico de la actividad física.

**Hiperquinesia**.- Literalmente, movimiento excesivo. El uso va dejando este término para aplicarse a una actividad física excesiva, francamente patológica.

**Hiperreactividad**.- respuesta exagerada a los estímulos.

**Historia clínica**.- Documento que se obtiene a través del interrogatorio y la exploración clínica de un sujeto, en relación con su estado de salud. Contiene los antecedentes patológicos personales y familiares, el estudio de la situación actual, los resultados de la exploración, el diagnóstico, el pronóstico y las indicaciones sobre el tratamiento.

**Homeostasis**.- Es la tendencia de un organismo a mantener la constancia y estabilidad de su medio interno, como resultado de varios mecanismos autónomos que ajustan y adaptan el cuerpo, como un todo, a los cambios ambientales.

**Incidencia.-** En medicina, el número de casos de una enfermedad durante un periodo específico.

**Kernícterus.-** Trastorno del recién nacido, debido a la presencia de anticuerpos en la sangre materna que provocan intensa hemolisis (destrucción de las células sanguíneas) en el niño. La bilirrubina que se produce es causa de severa ictericia en el recién nacido, síntoma que conduce al diagnóstico.

**Labilidad**.- Deficiente estabilidad. La labilidad afectiva se refiere a la inconstancia y los rápidos y sucesivos cambios que ciertos individuos muestran respecto a sus emociones.

**Mesencéfalo**.- Parte media o central del encéfalo.

**Mórbido**.- Que padece enfermedad o la ocasiona, presa de un desequilibrio enfermizo.

**Neurilema**.- Prolongación filiforme que inicia de la célula nerviosa y termina formando una ramificación terminal. Sinónimo de cilindroeje, axón o neuroeje.

**Neoplasia**.- Tumoración, crecimiento celular.
**Neurolépticos**.- Drogas psicotrópicas que producen efectos antipsicóticos y sedantes. También se les conoce con los términos siguientes: antipsicóticos, ataráxicos y tranquilizantes mayores.

**Neurología**.- Rama de la medicina que estudia los padecimientos que afectan al sistema nervioso.

**Nosología**.- Rama de la medicina que describe, distingue y clasifica las enfermedades, dándoles el nombre más adecuado.

**Núcleo caudado**.- Es uno de los ganglios básales del cerebro. Junto con el putamen, constituyen el llamado neostriatum (novo estriado) que recibe fibras del tálamo y de la corteza cerebral; a su vez, envía eferentes principalmente al globo pálido, otra estructura cerebral importante.

**Ocitócicos**.- Sustancias que se usan para provocar contracciones más efectivas de la matriz durante el parto.

**Oligofrenia**.- Deficiencia mental. En general, se aplica este término a los casos de retardo mental de origen orgánico demostrable, pero originalmente no hacia referencia a la etiología.

**Organicidad**.- Que tiene el carácter de orgánico; que depende de un cambio estructural.

**Organicistas**.- Los organicistas atribuyen directamente a los cambios estructurales (orgánicos) del cerebro las manifestaciones psicopatológicas y los cambios en la conducta. Sin negar los otros factores (psicológicos y ambientales o culturales), conceden mayor importancia a los cambios orgánicos, aun reconociendo que éstos ocurren a veces a niveles bioquímicos y no pueden ser demostrados.

**Paidopsiquiatría.-** Rama de la psiquiatría ( y por lo tanto de la medicina) que se ocupa del estudio de la psicopatología infantil; es sinónimo de psiquiatría infantil y de la adolescencia.

**Paligrafía**.- Escritura en espejo que el sujeto efectúa cambiando la posición de las letras, dibujándolas como se verían ante un espejo (d por b, por ejemplo).

**Patogenia**.- Mecanismo por el cual los agentes causales de las enfermedades actúan para producirlas.

**Patognomónico**.- Signo o síntoma característico de una enfermedad, que por sí solo conduce al diagnóstico.

**Patología**.- Parte de la medicina que estudia las enfermedades. También se usa el término para referirse a la misma situación de enfermedad o anormalidad.

**Placenta previa**.- Trastorno del embarazo que consiste en que la placenta tiene una implantación baja en el útero e impide la salida del niño durante el parto. Es causa de graves complicaciones.

**Posología**.- Dosis y frecuencia con que deben administrarse los medicamentos.

**Propiedades antigénicas**.- Son las que tienen ciertas sustancias y gérmenes para provocar la formación de anticuerpos en el organismo.

**Psicodinamia**.- De acuerdo con Freud, es el estudio de las *fuerzas mentales* en acción. En esencia, es una formulación o descripción del *cómo* se desarrolla la psique a partir de una energía hipotética (la libido), que se distribuye mediante diversas maniobras adaptativas a lo largo del desarrollo infantil.

**Psicologistas**.- los psicologistas sostienen que en la etiología de los trastornos psicológicos, lo más importante es la vida psíquica, las vivencias y los contenidos emocionales del paciente. En otras disciplinas el psicologismo tiene un significado diferente.

**Psicopatía**.- Etimológicamente este término significa *afecciones morbosas del espíritu en general* ; así, todo trastorno psicopatológico sería una psicopatía. En la moderna psiquiatría es sinónimo de sociopatía. Se refiere a un cuadro específico que cursa con trastornos caracterológicos y perversiones que parecen

constitucionales y que se caracterizan por una conducta permanentemente antisocial.

**Psicopatología**.- Rama de la medicina que estudia las causas y manifestaciones de las llamadas *enfermedades mentales*. También se usa el término para referirse a las manifestaciones mismas de esos trastornos.

**Reforzamientos positivos**.- Son las recompensas que se dan para que se repita una conducta deseada.

**Secuelas neuropsiquiátricas**.- Consecuencias inmediatas y/o a largo plazo, de los trastornos neurológicos y psiquiátricos de carácter agudo.

**Signología**.- Conjunto de signos que corresponden a un cuadro clínico. Los signos son indicios de trastornos físicos; a diferencia de los síntomas, se recogen por la exploración y no mediante el interrogatorio.

**Síndrome.-** Conjunto de síntomas que caracterizan un cuadro patológico reconocible. Término médico usado en Psicopatología para referirse a ciertos cuadros que no constituyen verdaderas *enfermedades.*

**Síntoma.-** En medicina es un indicio, habitualmente comunicado en forma verbal por el paciente, de un trastorno patológico.

**Sintomatología.-** Conjunto de síntomas que ocurren en un caso particular.

**Sistema reticular**.- Es un conjunto de células y fibras nerviosas entrelazadas que están en el centro del tallo cerebral. Su funcionamiento es esencial para mantener el estado consciente, la atención concentrada, la introspección y la asociación perceptiva.

**Sistemas perceptuales**.- Los que hacen posible los mecanismos mentales por medio de los cuales se reconoce la naturaleza y significado de los estímulos sensoriales, que son interpretados al compararlos con otros relativos a experiencias pasadas.

**Stress**.- Este término designa a la vez tanto a la reacción no específica del organismo ante cualquier agresión (traumática, tóxica, infecciosa, psicológica), como el propio agente de la agresión (un germen, un tóxico, un suceso).

**Tálamo óptico**.- Constelación de núcleos o ganglios cerebrales situada entre el mesencéfalo y el cuerpo estriado. Tienen funciones somáticas y de asociación sensorial.

**Terapéutica**.- Que pertenece al tratamiento médico, o este mismo.

**Tolerancia**.- Es la resistencia a los efectos de una droga que se produce por su uso prolongado. Característicamente ocurre con los derivados del opio, con las anfetaminas (en el adulto) y en menor medida con los barbitúricos.

**Toxemia del embarazo**.- Síndrome causado por la aparición de albuminuria, edemas e hipertensión arterial en la embarazada. Sinónimo: toxemia gravídica.

**Toxoplasmosis**.- Enfermedad causada por la infección *in útero* con toxoplasma gondii, microorganismo protozoario que afecta tanto al hombre como a los animales y que puede producir deficiencia mental.

**Trastorno**.- Alteración leve de la salud.

**Trauma.-** Literalmente, herida o lesión. En psiquiatría, es toda experiencia inesperada que el sujeto es incapaz de asimilar. Por extensión, en psicoanálisis es una experiencia que genera ansiedad y es manejada por el sujeto mediante los *mecanismos de defensa.*

# BIBLIOGRAFÍA


- AMOR Monroy, Eunice. MIRANDA Gonzalez, Graciela. **El niño hiperquinetico en la escuela primaria.** Tesis para obtener el título de Licenciatura en Educación Básica. México, D.F. 1996 Secretaria de Educación pública. Universidad Pedagógica Nacional. Unidad UPN 099, Poniente. 68 pp.

- ALVAREZ Picallo, Maricel. Conferencia **La neuropsicología y su campo de acción en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad.**UNAM, Facultad de Psicología. División de Educación Continua. s/f.

- ARAGÓN Borja, Laura Edna. **Intervención con niños disléxicos**. Editorial Trillas, 2001. México, D.F.

- BENASSINI Felix, Oscar. **Trastornos de la Atención. Origen, diagnóstico, tratamiento y enfoque psicoeducativo**. Editorial Trillas, S.A. de C.V. México, D.F. 2002 172 pp.

- CAJIAO Restrepo, Francisco. **En las fronteras de la normalidad, un llamado ético para evitar el maltrato en la escuela**. Grupo Editorial Norma Educativa. Biblioteca del Educador Norma Colección, construcción y cambio. Segunda reimpresión 2000, Bogotá, Colombia. 182 pp.

- Centro de Servicios y Asistencia Ciudadana, Azcapotzalco, (CESAC) Delegación Política Azcapotzalco.

- Centro de Terapia para niños y adultos con déficit de atención e hiperactividad. (CETNADAN).Folleto. **Trastorno hiperactivo de déficit de atención.** s/f.

- **Contexto y Valoración de la Práctica Docente.** UPN, Universidad Pedagógica Nacional. Licenciatura en Educación, Plan 1994. Antología Básica. 122 pp.

- **Corrientes Pedagógicas Contemporaneas**. UPN, Universidad Pedagógica Nacional. Licenciatura en Educación, Plan 1994, Antología Básica. pp76-92.

- **Declaración de Salamanca de principios, política y práctica para las necesidades educativas especiales**. UNESCO, Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas. Salamanca, España 7-10 de Junio de 1994.

- DSM – IV **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.** Editorial Masson, S.A. Reimpresión 1996. Barcelona, España. 908 pp.

- JARAMILLO Cancino, Martha Lizbeth. RUIZ Saúl, Alma Rosa. **Padres y Profesores ante el Trastorno por Déficit de la Atención en la niñez**. Tesis para obtener el titulo de Licenciada en Educación. SEP Universidad Pedagógica Nacional. Licenciatura en Educación, Plan 94. Unidad UPN 099, D.F. Poniente. Diciembre 2002 114 pp.

- LÓPEZ Padilla, Carlos. **Ortografía didáctica**. Editorial Larousse, 1995. México, D.F.

- MARTINEZ Cárdenas Georgina. CHAVEZ De Pérez Gil, Patricia. **Aprender a vivir con TDAH. Guía para padres sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad**. Grupo Editorial Norma. Primera edición: enero de 2003. Tlanepantla, Estado de México. 162 pp.

- National Institute of Mental Health. Internet. **Trastorno hiperactivo de déficit de atención**. s/f.

- OBIOLS Guillermo A. DI SEGNI De Obiols, Silvia. **Adolescencia. Postmodernidad y escuela secundaria.** Grupo Editorial Norma Educativa. Kapelusz. Primera Edición 1997 240 pp.

- RODRÍGUEZ Orozco, Magdalena. **Problemas de Aprendizaje. Una guía práctica para conocer y ayudar al niño con problemas de aprendizaje**. Ediciones Euroméxico, S.A. de C.V. Edición 2003. Tlanepantla, Estado de México.

- **Técnicas participativas para la educación popular**. Alforja, publicaciones de Educación Popular. 3ª edición, CEDEPO. Editorial Humanitas. Buenos Aires 260 pp.

- THOMPSON L., Merita. **Creceremos sin drogas**. Ed. Prentice Hall. México, D.F. 1ª Edición 2000.

- **Trastorno hiperactivo de déficit de atención**. Centro de Terapia para niños y adultos con déficit de atención e hiperactividad. CETNADAN. Folleto. s/f.

- VELASCO Fernández, Rafael. **El niño hiperquinético. Los síndromes de disfunción cerebral.** México, Trillas. 1990 (reimpr.200) 131 pp.

# CORREOS ELECTRONICOS

http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/epilepsia-4.html

http://www.knoll.com.mx/epilepsia/bb2.html

http://www.knoll.com.mx/epìlepsia/trata5.htmal

www.deficitdeatencion.org/congresotdah

http://www.ruidos.org/prensa/2003feb/030204correo.htm

http://www.jccm.esledu/cp/ajcruzprado/metodología.htm

www.salud.gob.mx/unidades/conadic

# APENDICE

ESCUELA SECUNDARIA DIURNA No. 207 *ESTADO DE ISRAEL* T.M.
SERVICIOS DE ASISTENCIA EDUCATIVA (SAE)
DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN

Buenos días (tardes)

Estamos trabajando en un estudio sobre niños y jóvenes con Trastorno por Déficit de Atención e hiperactividad , con el objetivo de *Informar y sensibilizar a padres y maestros en el manejo de niños con TDA.*

Quisiéramos solicitar su ayuda para contestar unas preguntas que no le llevarán mucho tiempo. Las cuáles nos brindarán información muy valiosa y serán confidenciales y anónimas.

Le pedimos conteste con la mayor sinceridad posible, ya que no hay respuestas correctas ni incorrectas. Agradecemos de antemano su colaboración, en beneficio de nuestra comunidad escolar.

INSTRUCCIONES : Conteste de acuerdo a su opinión.

1.- ¿ Cuáles son los principales problemas de aprovechamiento y conducta, que usted ha notado en su hijo (a) ?

_____
_____
_____
_____

2.- ¿ De que manera considera usted que afectan estos problemas (los mencionados en la pregunta anterior) las relaciones familiares con su hijo (a) ?

_____
_____
_____
_____

3.- ¿ De que manera creé usted que afectan estos problemas (rebeldía, distracción, etc.) su desempeño escolar ?

_____
_____
_____
_____

4.- ¿ Cuáles creé usted, que son las causas de dichos problemas (los relacionados al TDA) ?

_____
_____
_____
_____
_____

5.- ¿ Qué considera usted que necesitan los niños con problemas de TDA, dentro del núcleo familiar ?

_____
_____
_____
_____
_____

6.- ¿ Qué trato considera usted que necesitan los niños con problemas de TDA dentro del salón de clases ?

_____
_____
_____
_____
_____

7.- ¿ Considera necesario un tratamiento médico para estos jóvenes ?

SI ( ) NO ( )

8.- ¿ Considera necesario ofrecer información, para padres de familia, con niños que presentan estos problemas(TDA) ?

SI ( ) NO ( )

ESCUELA SECUNDARIA DIURNA No. 207 *ESTADO DE ISRAEL* T.M.
SERVICIOS DE ASISTENCIA EDUCATIVA (SAE)
DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN

Buenos días (tardes)

Estamos trabajando en un estudio sobre niños y jóvenes con Trastorno por Déficit de Atención e hiperactividad , con el objetivo de *Informar y sensibilizar a padres y maestros en el manejo de niños con TDA.*

Quisiéramos solicitar su ayuda para contestar unas preguntas que no le llevarán mucho tiempo. Las cuáles nos brindarán información muy valiosa y serán confidenciales y anónimas.

Le pedimos conteste con la mayor sinceridad posible, ya que no hay respuestas correctas ni incorrectas. Agradecemos de antemano su colaboración, en beneficio de nuestra comunidad escolar.

INSTRUCCIONES : Conteste de acuerdo a su opinión.

1.- ¿ Cuáles son los principales problemas de aprovechamiento y conducta, que usted ha detectado en sus alumnos ?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

2.- ¿ De que manera considera usted que afectan estos problemas (los relacionados a TDA) el desarrollo de su clase ?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

3.- ¿ Cuáles creé usted, que son las causas de dichos problemas ?

_____
_____
_____
_____
_____

4.- ¿ Qué trato considera usted que necesitan los niños y jóvenes que presentan estos problemas, dentro de su clase ?

_____
_____
_____
_____
_____

5.- ¿ Considera necesaria la canalización a un servicio médico, para estos niños ?

SI ( ) NO ( )

6.- ¿ Considera usted necesaria una capacitación para maestros, sobre niños con estos problemas ?

SI ( ) NO ( )

# PRESENTACIÓN

El presente cuadernillo de actividades *DIVIÉRTETE, APRENDIENDO Y JUGANDO CON EJERCICIOS PARA TDA",* está diseñado con la finalidad de apoyarte en la realización de tus deberes escolares, ofreciéndote ejercicios entretenidos.

El Trastorno por Déficit de Atención (TDA), se manifiesta en dificultades emocionales, sociales y familiares. Emocionales como: tristeza, enojo, ansiedad o comportamiento alterado. Sociales como: mala relación, especialmente con maestros y padres, quejas con respecto a tu comportamiento, por lo que las relaciones se vuelven difíciles.

Este trastorno también interfiere en la lectura, escritura, matemáticas, etc. Precisamente este cuadernillo pretende mejorar esas habilidades.

Encontraras una rica variedad de ejercicios que mejoraran tu proceso Enseñanza-Aprendizaje, a través del juego, sopa de letras, refranes, etc.

Queridos alumnos esperamos sinceramente que el esfuerzo realizado para la elaboración de este cuadernillo, rinda frutos en tu aprendizaje y facilite la labor del docente.

# INDICE

DISLEXIA Y DISORTOGRAFIA

Consiste en la dificultad que tiene el niño para lograr la exacta expresión ortográfica de la palabra o de la frase, como en los errores de puntuación.

Dominio Verbal

- Puntuación.
- Ortografía.
- Refranes y su significado.

Palabras en Desorden

- Verbos en pospretérito.
- Verbos en infinitivo.
- Verbos en copretérito.
- Palabras con **m** antes de **b**.
- Sustantivos abstractos.
- Palabras con **h** intermedia.
- Palabras con **nv**.
- Preposiciones.
- Pronombres demostrativos.
- Nombres de entidades.

Sinónimos

Antónimos

Oraciones Incompletas

Enunciados en desorden

DISCALCULIA

Se manifiesta por la dificultad para calcular, manipular los símbolos numéricos o hacer operaciones aritméticas simples.

Dominio Lógico Matemático

- Dominio numérico.
- Problemas.
- Razones y proporciones.
- Problemas de proporción.
- Problemas de razonamiento numérico.
- Operaciones incompletas.

Series

- Series con números decimales.
- Series con números romanos y arábigos.
- Series de fracciones.

Sopa de Letras

Bibliografía.

# BIBLIOGRAFIA DEL CUADERNILLO PARA ALUMNOS


- ARAGÓN Borja, Laura Edna. Intervención con niños disléxicos. Editorial Trillas, México, 2001.

- BENASSINI Félix, Oscar. Trastornos de la Atención. Origen, diagnóstico, tratamiento y enfoque psicoeducativo. Editorial Trillas. México, D.F. 2002.

- PADILLA López, Carlos. Ortografía Didáctica. Editorial Larousse. México, D.F. 1995.

- RODRÍGEZ Orozco, Magdalena. Problemas de Aprendizaje. Editorial Euroméxico. Tlanepantla, Estado de México. 2003.