

SECRETARIA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL
UNIDAD AJUSCO

EL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION DENTRO
DE LA UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL
ESTUDIO TRANSVERSAL EN ALUMNOS DE OCTAVO SEMESTRE DE LA UPN

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PEDAGOGIA

PRESENTA

MARIA TERESA RIVERA GALLARDO

DIRECTOR DE TESIS: RAUL E. ANZALDUA ARCE

INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: Atención e hiperactividad, concepto y generalidades	6
1.1 Definición del concepto atención.....	6
1.2 Evolución del concepto “problema atencional”.....	12
1.3 Orientaciones metodológicas.....	14
1.4 Concepto de hiperactividad.....	15
1.5 Criterios para la hiperactividad según el DSMIV TR2.....	16
CAPITULO II: ¿Qué es el TDA con o sin hiperactividad?	18
2.1 Antecedentes del TDA/H.....	18
2.2 Concepto de TDA.....	21
2.3 TDAH.....	23
2.4 Causas diversas del TDA/H.....	24
2.4.1 Factores hereditarios.....	24
2.4.2 Encefalopatía hipóxica/isquémica.....	25
2.4.3 Traumatismo craneal.....	25
2.4.4 Radiación.....	26
2.4.5 Toxinas externas.....	26
2.4.6 Tiroides.....	27
2.4.7 Medicamentos.....	27
2.5 Detección del TDA/H.....	27
2.5.1 Inatención.....	29
2.5.2 Hiperquinesia o hiperactividad.....	29
2.5.3 Irritabilidad.....	30
2.5.4 Impulsividad.....	30
2.5.5 Incoordinación muscular o inmadurez motora.....	31
2.5.6 Labilidad afectiva.....	32

2.5.7 Desobediencia patológica.....	32
2.5.8 Trastornos del aprendizaje.....	33
2.6 Algunos tratamientos para el TDA/H.....	34
2.6.1 Introducción.....	34
2.6.2 Tratamiento para el TDA/H en la infancia.....	34
2.6.3 Tratamiento global.....	35
2.6.4 Tratamiento farmacológico.....	37
2.6.5 Tratamientos alternativos.....	38
2.6.5 Tratamientos conductual.....	38
2.6.6 Tratamientos Alternativos.....	39
CAPITULO III: Técnicas y estrategias de trabajo sobre el TDA/H como sugerencias para el profesor.....	41
3.1 Preámbulo.....	41
3.1.1 El profesor.....	41
3.2 Estrategias y técnicas para facilitar la labor del profesor en el aula.....	44
3.2.1 Modificar las condiciones del ambiente del aula para favorecer la concentración en clase.....	45
3.2.1.1 Algunas recomendaciones.....	45
3.2.2 Estructuración de la tarea en tiempos cortos para ayudar al niño a terminar las tareas.....	46
3.2.2.1 Técnicas comportamentales aplicadas en el salón.....	46
3.2.3 El autorrefuerzo positivo colectivo, para el control del comportamiento y la mejora del rendimiento escolar.....	48
3.2.4 El profesor como modelo de conductas reflexivas y de autocontrol...55	
3.2.5 La utilización de las autoinstrucciones en el salón.....	50
3.2.6 El papel de los coterapeutas.....	50
3.2.7 El “protagonista de la semana”.....	51
3.2.8 La “técnica de la tortuga”.....	55
3.3 Los padres.....	58

CAPITULO IV: Trabajo de investigación y resultados	59
4.1 Generalidades.....	59
4.2 Planteamiento del problema.....	60
4.3 Justificación.....	61
4.4 Hipótesis.....	63
4.5 Objetivos.....	63
4.6 Material y métodos.....	64
4.7 Resultados.....	65
4.8 Discusión-interpretación.....	76
Conclusiones	80
Bibliografía	85
ANEXOS	87
Criterios DSMIV para TDAH.....	88
Escala de Conners para maestros.....	89
Escala de Conners para padres.....	91
Cuestionario aplicado a alumnos de octavo semestre de pedagogía.....	93
Hoja de recolección de datos.....	95

Introducción

Existe un alto índice de alumnos que al concluir la licenciatura dentro de la UPN fungen como maestros en diferentes centros educativos, especialmente en los niveles de preescolar, primaria y secundaria.¹ En estos niveles de educación, los docentes esperan lograr adaptar a los alumnos al grupo escolar y social en el que se encuentran insertos, en donde se establecen normas para poder tener seguimiento a lo que se pretende enseñar de acuerdo con lo establecido en cada institución escolar y en el plan de estudios.

Estamos conscientes del número de alumnos a cargo de cada profesor, en su mayoría es una cifra elevada, cuyo nivel de tolerancia a los malos comportamientos, no puede ser la mejor. Ante esta situación la aplicación de normas de conducta dentro del salón, por lo que en ocasiones se establecen patrones de dirección, generalizando a todo un grupo por igual, y sancionando a todo alumno que no cumpla con el régimen que se ha establecido. Hay alumnos que con trastornos diversos rompen con todo este patrón de conductas de manera inconsciente, la cual a futuro o desde su inicio comienza a convertirse en problemas tanto para él como para el grupo en el que se encuentra.

En ocasiones este comportamiento inconsciente es desconocido por los profesores, y comienzan a etiquetar a este tipo de alumnos por su mal comportamiento, como flojos, distraídos, inquietos o intolerantes, a los que con frecuencia se les castiga pretendiendo incorporarlos al patrón establecido, sin darse cuenta de que ni el peor castigo ha de funcionar.

Existen diferentes tipos de trastornos que afectan al desarrollo del niño, perturbando cualquier ámbito social al que se le exponga: dentro de la familia, la escuela y su comunidad. Estos trastornos pueden ser de conducta, de personalidad, de aprendizaje o mentales, por mencionar algunos. El Trastorno por Déficit de Atención con o sin hiperactividad (TDA/H), es uno de los trastornos más frecuentes en la actualidad, que imposibilitan al estudiante a tener un buen

¹ CARRANZA P. Ma. Guadalupe. *Jornadas pedagógicas de otoño*. Memorias 1998. UPN. SEP.pag.50

rendimiento y un buen control de sus movimientos para mantenerse y comportarse de la manera en que se le indica.²

Este trastorno es cada vez más habitual dentro del salón de clases y afecta a todas las poblaciones aun cuando sean de muy diversas áreas geográficas, estratos socioeconómicos o razas.³

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad(TDAH) constituye muy probablemente el problema neuroconductual más común en la edad pediátrica, pues afecta a 5% de los niños en edad escolar. Interfiere con muchas áreas del desarrollo y funcionamiento de los menores; afecta la dinámica de las familias y repercute en su vida escolar y social, pues quienes lo presentan se encuentran en riesgo de sufrir fracasos académicos y desarrollar problemas psiquiátricos diversos: conducta negativista, antisocial, abuso de alcohol y drogas, cuadros depresivos y ansiosos, etc.⁴

En los niveles de educación básica es en donde se presenta este trastorno con más frecuencia, pero no por el hecho de trabajar en otros niveles educativos, significa que no se encuentren con este tipo de casos; este trastorno se presenta en cualquier etapa del ser humano. Sus síntomas o características son parecidas, pero entre más grande sea el niño, en este caso adolescente o adulto, más complicado será una oportuna canalización y sobre todo un adecuado tratamiento.

Este trabajo está enfocado a conocer el nivel de información que tienen alumnos de octavo semestre acerca del tema, para poder identificar necesidades en la formación del futuro pedagogo, de tal manera que al ser atendidas, el estudiante esté mejor preparado para hacer frente a estos problemas, ya sea como pedagogo o docente, frente a este tipo de dificultades que se presentan en un salón de clases.

Nosotros como profesionales de la educación debemos estar al tanto de estos temas para poder brindar apoyo a estudiantes en general, ya sea teniendo

² LÓPEZ-Ibor Aliño y M. Valdés Miyar DSMIV-TR Brev. *Diagnósticos*. Edic. española.. Edit. Masson; Barcelona 2003.

³ VAN-WIELLINK Guillermo. *Déficit de atención con hiperactividad*..Edit. Trillas 2ª edic. México 2004.

⁴ BRIONES M. PAC Pediatría I. *Programa de actualización continua en pediatría*. Tpmo I. Edic. actualizada. Academia Mexicana de Pediatría 2004-2005.pág. 453

relación directa con el alumno ó proporcionando alternativas al profesor que esté requiriendo de este apoyo.

Los niños que padecen este tipo de trastornos pareciera que requieren de educación especial por los tratamientos que pueden llegar a requerir, pero no es así, cualquier alumno con TDA/H, puede desempeñarse en cualquier institución educativa realizando cualquier tarea que se le indique, siempre y cuando el niño sea canalizado y tratado correctamente.

La ayuda que se le puede proporcionar al pequeño no sólo depende del docente que se encuentra a cargo, sino de la comunicación que pueda existir con padres, profesores y especialistas en este trastorno.

Es aquí, en el ámbito educativo, donde el pedagogo puede llegar a tener una participación, ya que este trastorno puede provocar serios problemas en el rendimiento escolar del niño, y a pesar de que sea una minoría de alumnos con TDA/H en un salón de clases en su inicio, puede acarrear que sus compañeros adopten los mismos comportamientos del trastorno, convirtiéndose en un serio problema para el grupo en general, o por el contrario, el mismo grupo pueda rechazar al compañero con este trastorno, por sus comportamientos, no permitiéndole su integración al mismo.

Este trastorno puede influir básicamente en el bajo rendimiento escolar del alumno, y nosotros como pedagogos o como docentes podemos estar más preparados frente a este tipo de casos para encaminar mejor al estudiante. Al encontrarnos como asesores potenciales ante posibles problemas que enfrentan los docentes frente al salón de clase, debemos estar más informados para poder apoyar de la mejor manera al docente y al mismo tiempo ofrecer alternativas de aprendizaje de mayor calidad a los alumnos, permitiéndoles tener un excelente desempeño académico dentro del salón de clases, para que tengan las mismas oportunidades a futuro, sin ser excluidos de lo que tienen derecho como pequeños y como individuos.

Uno de los impulsos para realizar esta investigación fue conocer, como se señaló anteriormente, el porcentaje tan importante de alumnos egresados de este

plantel que deciden desempeñarse profesionalmente como maestros en alguna institución educativa, según datos recolectados en sondeos anteriores.⁵

Cabe mencionar que esta investigación incluye las posibles posturas que pueden llegar a tener pedagogos o docentes frente a este tipo de temas, en donde el bajo rendimiento escolar puede llegar a hacer presencia dentro de un salón de clases.

Otro objetivo más de este trabajo consiste en ofrecer una reseña completa en cuanto a las características, identificación y manejo de este trastorno, a fin de que a nuestros compañeros les sea útil como introducción al tema.

Este trabajo de investigación está formado por cuatro capítulos. En el primer capítulo se habla sobre la atención y la hiperactividad, para describir un poco la importancia de la atención en cualquier persona, y señalar al mismo tiempo, lo que puede provocar que esta atención sea interrumpida, alterando una serie de actividades que se desempeñan a diario ubicando esta problemática directamente en el alumno y dentro de un salón de clases.

El segundo capítulo hace una descripción detallada acerca del Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA/H), en donde se incluyen las diversas causas que pueden originar el trastorno. Se habla sobre su detección y se describe cada síntoma que se puede presentar en el TDA/H. Dentro del mismo capítulo se mencionan algunos tratamientos que hay para su atención, por lo que se remarcan beneficios y contraindicaciones que tienen cada uno de ellos, con base en diferentes autores.

El tercer capítulo es un apartado que incluye estrategias y técnicas de trabajo para el profesor de educación básica, para la corrección de diversas conductas que puedan estar afectando al alumno con TDA/H, esto es como sugerencia a la labor que desempeña el docente frente a este tipo de conductas que se pueden llegar a presentar en el salón de clases y que podrían interferir en el desempeño escolar. Asimismo estas sugerencias se pueden adecuar de acuerdo con las edades y necesidades que vayan surgiendo.

⁵ idem CARRANZA

En el cuarto y último capítulo se expone detalladamente la investigación que se realizó de acuerdo con el seguimiento y estructura de la metodología, en donde se dan a conocer resultados y conclusiones que se desprendieron de la tesis.

Por último, esta información hace referencia a diversos problemas que pueden presentarse en un aula; en donde el conocimiento es necesario por parte de docentes y pedagogos para la canalización, y el manejo del TDA/H.

Las propuestas aquí presentadas son viables, en tanto estén en manos de los pedagogos o docentes ponerlas en práctica.

CAPITULO I: Atención e hiperactividad, conceptos y generalidades.

1.1 Definición del concepto de atención.

Los seres humanos nos adaptamos continuamente al medio ambiente mediante las conductas y actividades mentales que desarrollamos. Ello se consigue gracias a la actuación conjunta de diversos procesos psicológicos tales como la percepción, atención, aprendizaje, memoria, pensamiento, lenguaje, etcétera. Todos estos procesos interactúan entre sí, y a la vez cada uno de ellos cumple una función específica y concreta.(cita pendiente)

La capacidad nerviosa superior que está afectada por el déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA/H) es, precisamente, la atención, que se define como la concentración continua de la mente en objeto o estímulo. Son síntomas de la atención la reflexión y la meditación, en tanto que en su contrario es la distracción.⁶

En términos generales, a finales de los noventas, se describe la atención como un mecanismo que pone en marcha una serie de procesos u operaciones en los cuales podemos ser más receptivos a los sucesos del ambiente y llevamos a cabo una gran cantidad de tareas de forma eficaz.

Los procesos implicados pueden ser de tres tipos:

- *Procesos selectivos*, que se activan cuando el ambiente nos exige dar respuesta a un solo estímulo o tarea en presencia de otros estímulos o tareas variadas y diversas.

- *Procesos de distribución*, que se ponen en marcha cuando el ambiente nos exige atender a varias cosas a la vez y no centrarnos en un único aspecto del ambiente.

- *Procesos de mantenimiento* o sostenimiento de la atención, que se produce cuando tenemos que concentrarnos en una tarea durante períodos de tiempo relativamente amplios.

Desde estas consideraciones, la atención se define como el mecanismo implicado directamente en la activación y el funcionamiento de los procesos y/u

⁶ VAN-WIELLINK Guillermo. *Déficit de atención con hiperactividad*. México 2004, pag. 192

operaciones de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica. Dicha actividad psicológica se caracteriza por el funcionamiento conjunto e interactivo de los distintos mecanismos y procesos entre los cuales se encuentra la atención.

La atención se relaciona directamente con la percepción, la memoria, la inteligencia, la motivación y la emoción; en el caso de estas dos últimas, ambas determinan qué aspectos del ambiente se atienden de forma prioritaria. Se indica que el proceso cognitivo que más estrechamente se ha vinculado con la atención, ha sido la percepción pues su propiedad selectiva produce dos efectos principales: que se perciban los objetos con mayor claridad y que la experiencia perceptiva no se presente de forma desorganizada sino que, al excluir y seleccionar datos, éstos se organicen en términos de figura fondo.⁷

Se puede decir que la **atención selectiva** es la actividad que pone en marcha y controla los procesos y mecanismos por los cuales el organismo procesa tan sólo una parte de toda la información, y/o da respuesta tan sólo a aquéllas demandas del ambiente que son realmente útiles o importantes para el individuo. La atención selectiva implica dos aspectos: a) selección de los estímulos que se presentan en el ambiente y, b) la selección del proceso (s) y/o respuesta (s) que se van a realizar.⁸

La atención selectiva, ya sea en las primeras etapas del procesamiento de la información o en la fase de respuesta, conlleva dos aspectos distintos que tienen lugar de forma conjunta:

- 1) Centrarse de forma específica en ciertos aspectos del ambiente y/o en las respuestas que se han de ejecutar (atención focalizada).
- 2) Ignorar cierta información o no llevar a cabo ciertas respuestas.

Por otra parte, se menciona que la **atención de distribución** hace referencia a la actividad mediante la cual se ponen en marcha los mecanismos que el organismo utiliza para dar respuestas ante las múltiples demandas del ambiente, se trata de atender a todo lo que se pueda al mismo tiempo. Al igual que en el caso

⁷ Véase GARCIA S.J *Psicología de la atención*.. Madrid España 1997. págs 66-83

⁸ id GARCÍA

de la atención focalizada, ésta atención simultánea puede tener lugar tanto en las primeras etapas del procesamiento o en la respuesta.⁹

Por último, la **atención de mantenimiento o sostenimiento**, se define como la actividad que pone en marcha los procesos y/o mecanismos por los cuales el organismo es capaz de mantener el foco atencional y permanecer alerta ante la presencia de determinados estímulos durante períodos de tiempo relativamente largos de acuerdo a la edad del sujeto. Es una actividad que exige esfuerzo por parte del sujeto, en la práctica se produce un deterioro en la ejecución, el cual se expresa por el declive progresivo de la actuación de la tarea a lo largo del tiempo y por un declive en el nivel de vigilancia.¹⁰

Al estar realizando alguna actividad de forma sostenida, durante un período de tiempo, se tiende a disminuir la atención sobre esa tarea. En ocasiones porque hacen que éstos a veces tengan lugar de forma involuntaria; en otras porque favorecen o entorpecen el funcionamiento de la atención en términos generales.

Tradicionalmente se ha establecido una diferenciación entre factores determinantes externos (también conocidos con el nombre de factores determinantes exógenos o extrínsecos) relativos a las características de los estímulos; y factores determinantes internos (denominados también factores determinantes endógenos o intrínsecos) que se definen como el conjunto de factores que se relacionan directamente con el estado de nuestro propio organismo.

Ambos tipos de factores suelen actuar de forma conjunta e interdependiente. En ocasiones, ciertas características de los objetos pueden influir sobre factores motivacionales o emocionales y, paralelamente, éstos pueden modular en parte los primeros.

En el caso del sueño, uno de los efectos principales de la privación del sueño es el descenso del nivel de activación, en consecuencia, disminuye la capacidad para enfocar la atención sobre los estímulos relevantes o críticos, aumenta la

⁹ id GARCÍA

¹⁰ LÓPEZ S.C. y García S.J *Problemas en el niño*. Editorial pirámide, Madrid, España 1999. págs 45-62

susceptibilidad a los efectos perturbadores de los distractores y disminuye la intensidad de la atención.

Así mismo, la percepción incluye la interpretación de las sensaciones, dándoles significado y organización; la percepción se relaciona con un proceso interpretativo complejo denominado cognición el cual involucra la adquisición, el almacenamiento, la recuperación y el uso del conocimiento. Desde el momento en que los mecanismos atencionales se ponen en marcha, la actividad atencional pasa por tres momentos: inicio, mantenimiento y cese.

La fase de inicio, también conocida con el nombre de captación de la atención, tiene lugar cuando se producen ciertos cambios en la estimulación ambiental, o bien cuando comenzamos la ejecución de una tarea. En el primero de los casos, las propias características de los objetos captan involuntariamente nuestra atención, y la manifestación conductual más típica suele ser la orientación de los receptores sensoriales a la fuente de estimulación; en el segundo, según el tipo de habilidades y/o destrezas que demande dicha tarea se activarán unas u otras estrategias atencionales. Para poder procesar la información que se nos presenta, o para desarrollar eficazmente una tarea, la atención ha de permanecer focalizada durante un cierto tiempo.

Se considera que el mantenimiento de la atención comienza cuando han transcurrido 4-5 segundos desde que se inicia la fase de captación, la duración de éste período de tiempo es por supuesto variable. Ahora bien, cuando el período de tiempo es considerablemente amplio, entonces hablamos de atención sostenida.

Finalmente, por mucho tiempo que mantengamos nuestra atención en una información o en una actividad, llega un momento en que se produce un cese de la atención. Esta fase tiene lugar, como su propio nombre lo indica, cuando desaparece la atención prestada a un objeto, o cuando dejamos de concentrarnos en la tarea que estábamos desempeñando.¹¹

¹¹ Véase LÓPEZ y García

A nivel perceptivo, una de las manifestaciones más claras de cese de atención tiene lugar cuando los objetos se presentan en el ambiente de forma repetida, en estos casos la sensibilidad neuronal del organismo disminuye y se manifiesta una falta de interés para seguir prestando atención al objeto. A nivel de respuesta, si la tarea ha sido excesivamente larga y hemos mantenido la atención mucho tiempo, uno de los efectos más típicos es la sensación de cansancio y fatiga.¹²

Del mismo modo otros autores, resaltan cuatro características importantes de la atención las cuales se identifican como: amplitud, intensidad, oscilamiento, y funciones de control:

- La amplitud, hace referencia a la cantidad de información que el organismo puede atender al mismo tiempo y el número de tareas que podemos realizar simultáneamente.

- La intensidad se define pues, como la cantidad de atención que prestamos a un objeto o tarea y se caracteriza por estar relacionada directamente con el nivel de vigilia y alerta de un individuo.

- La tercera característica de la atención es que cambia u oscila continuamente, ya sea porque tenemos que procesar dos o más fuentes de información o porque tenemos que llevar a cabo dos tareas y se dirige alternativamente de una a otra.

- Finalmente, cuando la atención se pone en marcha y despliega sus mecanismos de funcionamiento de una manera eficiente en función de las demandas del ambiente hablamos del control atencional.

Manifestaciones de la atención. La atención como proceso psicológico o actividad psicológica posee una serie de manifestaciones, destacando lo siguiente:

En primer lugar, el sistema nervioso genera una actividad de tipo endógeno, donde estas respuestas internas producidas por el organismo no pueden ser observadas directamente pero, tienen lugar en las distintas situaciones en las que al sujeto se le exige atención. Este tipo de respuestas recibe el nombre de respuestas fisiológicas.

¹² id LÓPEZ y García

La atención también provoca una serie de respuestas externas, que implican cierta acción o movimiento por parte del individuo, son las denominadas respuestas o actividades motoras. Las más importantes asociadas a los procesos atencionales son la orientación de los órganos hacia la fuente de estimulación, algunos ajustes posturales del organismo y los movimientos oculares.¹³

Otro tipo de actividad es el rendimiento que el sujeto muestra en una serie de tareas en las que se supone que típicamente están implicados de forma importante los mecanismos atencionales. Estas actividades reciben el nombre de actividades cognitivas, la mayor parte de estas tareas son relativamente complejas, exigen un cierto esfuerzo por parte del sujeto en niveles de concentración y permanencia de la atención.

La atención va acompañada en la mayoría de los casos de una experiencia subjetiva, dicha actividad responde a la claridad de conciencia, es decir los estímulos a los que se atiende son percibidos y analizados de forma más clara y precisa que aquéllos que no son atendidos.¹⁴

En cuanto al efecto de las drogas y psicofármacos, los medicamentos que más claramente afectan a los problemas de atención son dos cuyos efectos son totalmente distintos: los tranquilizantes (drogas que inhiben la actividad) y los estimulantes (drogas que incrementan la actividad). Dentro de los primeros, unos de los que más sistemáticamente han sido estudiados son las benzodiazepinas, que no influyen directamente en tareas atencionales, pero sí influyen en los oscilamientos de la atención, que los hace más lentos, y niveles de alerta del individuo sobre los cuales se produce una disminución.

Entre los estimulantes de mayor renombre en el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención se encuentra el psicofármaco denominado Ritalín o clorhidrato de metilfenidato.¹⁵ El cual se asocia con mejorar en el cumplimiento de instrucciones del docente o los padres, reducción de la agresividad y mejora en las relaciones sociales.

¹³ ibid LÓPEZ y García. pág. 98-123

¹⁴ FELDMAN S.R *Psicología con aplicaciones para iberoamérica* Mac graw hill. México 1995. págs 76-101

¹⁵ ARMSTRONG T *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad*. Editorial paidós. Buenos Aires. Argentina 2001. pág 132-152

El Ritalín tiene efectos adversos, ya que puede debilitar sutilmente el sentido de responsabilidad del niño, al hacerlo atribuir su conducta positiva y negativa a una droga. Además, aunque no hay pruebas evidentes de que el Ritalín u otros psicoestimulantes conduzcan al abuso de drogas, es imprudente recurrir de inmediato a una droga como solución del problema. Cada día crece más la problemática por el uso del Ritalín, y los especialistas no llegan a un acuerdo; existen tanto los que están a favor de la tendencia médica y psiquiátrica como los que están en contra.

Se ha intentado ofrecer una visión más o menos amplia y sistemática de qué es la atención y de cuáles son sus principales mecanismos de funcionamiento. Ahora bien, todos tenemos la experiencia de que en ocasiones no prestamos atención a las cosas, aún sabiendo que es necesario, o que nos distraemos fácilmente, en éste apartado nos centraremos en dificultades de atención. Podemos hablar de un problema de atención cuando existen fallos en los mecanismos de adaptación a las exigencias del ambiente o a las nuestras propias, cuyo origen es la incapacidad de regular la atención o concentración durante el desarrollo de una tarea y la incapacidad de esperar y planificar respuestas o acciones.¹⁶

1.2 Evolución del concepto *problema atencional*.

Se sostiene que el estudio de los Trastornos por Déficit de Atención han ido cobrando cada vez mayor importancia en las últimas décadas; sin embargo, sus inicios se remontan al año de 1902 cuando Still describió una serie de características conductuales en los niños y adultos que presentaban lesiones cerebrales; las más relevantes era la falta de atención, la impulsividad, la irritabilidad y la inquietud psicomotriz.¹⁷

Dos décadas más tarde, se observó que los niños que habían padecido una encefalitis endémica sufrían posteriormente cambios drásticos de carácter, y otros profesionales médicos informaron de la existencia de patrones conductuales

¹⁶ Op. cit GARCÍA pág. 112-114

¹⁷ ibid LÓPEZ y García. pág. 145

similares cuando el paciente sufría un trauma neurológico. Todo ello se tomó como base para inferir que la falta de atención, la impulsividad y la inquietud, entre otras, eran consecuencias secundarias de ciertas lesiones neurológicas; así todas estas alteraciones conductuales comenzaron a etiquetarse con el epígrafe de síndrome orgánico cerebral, más tarde se conocería como disfunción cerebral mínima.

Se define el término disfunción cerebral mínima como el cuadro clínico que presentan ciertos niños cuya inteligencia es normal, que sufren trastornos de aprendizaje que van de moderados a severos, asociados a discretas anomalías del sistema nervioso central. La expresión sintomatológica de la disfunción cerebral mínima es variable, pero puede agruparse en cuatro áreas fundamentales, desde una óptica neuropsicológica:

- Trastornos del comportamiento motor y emocional.
- Trastornos perceptivos-cognitivos.
- Alteraciones del pensamiento.
- Dificultades de atención.

En ese momento y bajo este enfoque muchos de los escolares con problemas de aprendizaje presentaban buena parte de los síntomas enumerados, de tal forma fueron diagnosticados con disfunción cerebral mínima, a pesar de que en una gran mayoría de casos no existía la evidencia científica que lo apoyara.¹⁸

A finales de los años sesenta surgió en psicología un modelo comportamental que se centró en un enfoque descriptivo de los trastornos mentales y/o conductuales, cuyo diagnóstico no se realizaba en función de ninguna supuesta causa orgánica. Como consecuencia de ello comenzó a delimitarse grupos específicos de síntomas propios y específicos para cada trastorno infantil, así como el grado de primacía que cada uno de ellos tenía. Surgieron así las diferentes clasificaciones oficiales de los trastornos mentales, CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades), documentados en un manual revisado por consenso entre especialistas denominado DSM IV (Manual Diagnóstico y

¹⁸ TALLIS J. *Enfoque neuropsicológico. Disfunción cerebral mínima*. Editorial Paidós Buenos Aires Argentina, 1982. pág 57

Estadístico de los Trastornos Mentales); ante la necesidad de distinguir entre los subgrupos de problemas hasta entonces mezclados en la disfunción cerebral mínima se distinguieron tres trastornos diferenciados en cuanto a su posible etiología, curso y características; a saber, los trastornos del aprendizaje, los trastornos de la conducta y la hiperactividad.

Es también en estos momentos cuando comienza a resaltarse con mucho más énfasis la importancia e influencia de los problemas atencionales en dichos trastornos. El auge de los estudios sobre alteraciones atencionales permitió el paso de una concepción del trastorno en base a la sobreactividad a otra cuyo síntoma cardinal es el déficit atencional. En la tercera revisión del DSM en 1980 se habló ya del Trastorno por Déficit de Atención (TDA) atribución originada por las investigaciones de Douglas y Peters, quienes dicen que el trastorno está centrado en la falta de atención o distracción.¹⁹

1.3 Orientaciones metodológicas.

La falta de atención, es uno de los problemas más habituales en todos los ciclos educativos, especialmente en la educación primaria, aunque con toda probabilidad es en los dos primeros ciclos donde este problema resulta más acuciante. Esta falta de atención impide un aprendizaje normalizado; ello puede ser debido, entre otras causas, a que la tarea a realizar no sea del agrado del alumno (escasa o nula motivación) o que su historial de aprendizaje se caracterice por la **hiperactividad**. Ante esta doble casuística, la intervención psicopedagógica debe motivar hacia las actividades de clase, intentar que les resulten interesantes las actividades a los alumnos y alumnas a través de ejercicios con un elevado componente visual, novedoso, y que estén bien estructurados (variados, breves, concretos...). Principalmente en aquellos niños y niñas que continuamente se están moviendo, distrayendo u “olvidando”, la tarea a realizar.²⁰

¹⁹ Véase VAN-WIELLINK pag. 192-201

²⁰ ROSAS María. *Niños diferentes. Cómo dominar el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*. México 2002. pág 78-83

1.4 Concepto de hiperactividad.

La hiperactividad se refiere a un cuadro sintomatológico de base neurológica que puede degenerar en problemas importantes, pero poco tienen que ver con el niño travieso o malcriado al que nos referimos y que, solo en algunos casos, puede ser asociado a problemas de conducta. En realidad cuando se habla de un niño hiperactivo se refiere a lo que la Asociación Americana en Psiquiatría (APA) en su Manual de Diagnostico Estadístico ha denominado más específicamente como: DESORDEN POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

A la hiperactividad también se le llama hipercinesia o hiperkinesis, y es la actividad psicomotora exagerada. Esto significa que tanto los pensamientos como la actividad física ocurren a una velocidad que consideramos aumentada para la edad del sujeto. Es típico que los niños muevan constantemente las manos y los pies molestando tanto a los adultos como a sus compañeros, “como si tuvieran un motor por dentro”.²¹

La hiperactividad consiste en la realización de acciones excesivas o inadecuadas, ya sea motoras (movimientos con el cuerpo) o vocales (emisión de ruidos con la boca, tarareos, silbidos, etc.). Estas expresiones corporales o vocales se producen en momentos en los que no deberían ser realizadas (por ejemplo, durante una clase) y por lo general son actividades motrices o verbales que no se relacionan con la actividad que en ese momento debería realizar el chico (por ejemplo, escribir su nombre o dar golpecitos en el pizarrón con una tiza, mientras da una lección).

En muchos casos, a medida que el niño crece, la hiperactividad motriz en el aula se manifiesta por medio de excusas constantes para levantarse (mostrarle la tarea al profesor, ir a buscar algo, ir al baño) y exceso de actividad motriz fina (rascarse, cambiar la manera de estar sentado, jugar con el lápiz) o vocal (hablar con el compañero, preguntarle cosas innecesarias al docente, etc.).²²

En las niñas, el grado de hiperactividad suele ser más leve y se manifiesta por actividad motriz fina, no obstante exagerada respecto a su sexo y edad.

²¹ ibid VAN-VIEELINK. pág. 16

²² ASOCIACIÓN DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN.

Estudios realizados en este campo indican que la cantidad de casos de TDAH del sexo femenino es mucho menor que en los varones (la proporción es de 1/4: una niña/adolescente por cada 4 varones con TDAH).

La hiperactividad es el síntoma más evidente y llamativo del trastorno y sus consecuencias incomodan a la mayoría de los docentes, ya que es el que más afecta negativamente al resto de la clase. Si la conducta hiperactiva es muy exagerada, puede interferir ostensiblemente en el aprendizaje y la adaptación escolar y/o social del chico con TDAH.

Los chicos con TDAH se mueven o hablan por su imposibilidad o dificultad para evitarlo y no por falta de respeto o por disfrutarlo en forma deliberado. Si no se “quedan más quietos” o “no se callan”, es porque NO PUEDEN HACERLO y no PORQUE QUIEREN.²³

1.5 Criterios para la hiperactividad según el DSM IV TR2.

- Con frecuencia juguetea con las manos, los pies, o se retuerce en el asiento.
- Con frecuencia se levanta de su asiento en el aula o actividades en las que se espere esté sentado.
- Con frecuencia corre o trepa en situaciones donde esto es inapropiado.
- Con frecuencia tiene dificultad para jugar o realizar actividades de ocio tranquilamente.
- Con frecuencia esta haciendo algo o actúa como motor.
- Con frecuencia habla excesivamente
- Con frecuencia salta al contestar antes de que se hayan terminado de hacer las preguntas.
- Con frecuencia tiene dificultades para esperar su turno.
- Con frecuencia interrumpe o se entromete en actividades de otros.

(ver anexo 1)

Este capítulo describe un panorama en general referente a lo que es la atención y la hiperactividad, para podernos involucrar un poco más en el tema

²³ Véase Asociación del Déficit de Atención.

central, Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H), donde se irán describiendo algunas características que involucran directamente a la atención y la hiperactividad con el TDA/H. Es por lo cuál el interés por iniciar este trabajo de investigación con dicho capítulo llamado: Atención e hiperactividad, concepto y generalidades.

En capítulos siguientes se proporcionará información sobre diversas alternativas o recomendaciones de diferentes autores para el seguimiento de niños que presentan TDA o TDAH; información obtenida por especialistas en el tema, para pedagogos, docentes, padres y todas aquellas personas que deseen emplear esta orientación metodológica.

Cabe señalar que la información que se proporciona no pretende centrarse en una sola postura acerca del tema, para imponer o afirmar el seguimiento de niños que padecen TDA/H, ya que como se mencionó con anterioridad, la información es de diversos autores y diferentes posturas; con la finalidad de que se exponga la importancia del tema y así mismo, sea conocido.

CAPITULO II: ¿QUÉ ES EL TDA/TDAH?

2.1 Antecedentes del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/TDAH).

Es difícil decir con seguridad quién fue el primero que definió el trastorno por déficit de atención, normalmente se le atribuye éste mérito al pediatra George Federic Still, quien en una serie de conferencias impartidas ante el Royal Collage of Physicians en 1902, describió 43 casos de niños que se caracterizaban por ser frecuentemente agresivos, desafiantes y resistentes a la disciplina; mostraban dificultades para controlarse, y manifestaban síntomas de “descontrol”, y falta de “inhibición volitiva”; en general tenían un carácter escandaloso, poco sincero y obstinado. Asimismo, quedó impresionado por las dificultades que estos niños tenían para mantener la atención. Este médico británico lanzó la hipótesis de que ese trastorno no era debido a una mala crianza ni a una bajeza moral, sino producto de una herencia biológica, de una lesión en el momento del nacimiento.

La hipótesis de la lesión en el momento del nacimiento y el daño cerebral continuó vigente durante los años treinta y cuarenta, plasmada en la idea de los “niños con daños cerebrales”. Incluso cuando no se encontraba ninguna prueba de lesiones neurológicas, se invocaba al “daño cerebral” para explicar los comportamientos incontrolados. Durante esas décadas se emplearon por primera vez, de forma satisfactoria, los fármacos estimulantes (anfetaminas), para ayudar a contener el comportamiento de esos niños.

Empezaron también a aparecer otros términos, algunos bastante descriptivos, como “descontrol orgánico”, otros muy vagos y deprimentes como “trastorno cerebral mínimo”, en el que no quedaba claro si la característica de “mínimo” se predicaba del cerebro o de la propia disfunción, o quizás el carácter de mínimo correspondiera a la comprensión de lo que sucedía.²⁴

²⁴ MENDOZA E. Ma. Teresa. *Qué es el trastorno por déficit de atención? una guía para padres y maestros*. editorial Trillas, México 2003. págs. 12-27

En los años 50 y 60, tras observarse algunos signos de afectación neurológica (hipotonía, torpeza motora...), y después de una larga historia de discusiones sobre la posible existencia de una lesión cerebral tan mínima que no podía objetivarse, el cuadro clínico pasó a denominarse “Daño cerebral mínimo”. Posteriormente, se cambió por un término menos organicista y más funcionalista como el de “Disfunción cerebral mínima” lo que curiosamente inducía a una confusión neurológica máxima.²⁵

En la década de los 60, Stella Chess y otros investigadores aproximadamente del mismo año, separaron los síntomas de la hiperactividad de cualquier noción de lesión cerebral y empezaron a escribir sobre el “síndrome del niño hiperactivo”, que hace hincapié en la excesiva actividad del motora del trastorno. Para Chess, esos síntomas eran una parte de la “hiperactividad fisiológica”, cuyas causas eran más de origen biológico que ambiental.

Por entonces, también aparece por primera vez el trastorno en las clasificaciones diagnósticas psiquiátricas (DSM-II, 1968) en las que en un simple párrafo se describe “la reacción hiperquinética de la infancia” resaltándose su carácter benigno (habitualmente tendente a desaparecer en la adolescencia).²⁶

Durante la década de los 70's los principales investigadores estudiaron el síndrome de la hiperactividad. Virginia Douglas en Canadá, empezó a analizar con algún detenimiento los síntomas asociados a la hiperactividad y descubrió cuatro características básicas que debían considerarse en un cuadro clínico: 1) déficit en la atención y el esfuerzo; 2) impulsividad; 3) problemas en la autorregulación del nivel de excitación sexual; y 4) necesidad de reafirmación inmediata.²⁷

Más tarde comienza a destacar el déficit de atención, reconociendo ya el DSM-III (1980) una subdivisión del trastorno en “Déficit de atención con o sin hiperactividad”.

Sin embargo, en la versión DSM-III-R (1987) sólo se estipulan criterios diagnósticos para el “Déficit de atención con hiperactividad” y el déficit de atención

²⁵ STEIN. B, David. *Mi hijo se distrae en la escuela. Mitos y realidades sobre el déficit de atención*. Editorial Grijalbo. México 2004. pág. 43

²⁶ id MENDOZA

²⁷ JAVALOYES Sanchís A. *Valoración psiquiátrica en niños y adolescente. Valoración y tratamiento del enfermo mental*. Madrid 2002. págs. 63-78

sin hiperactividad no se reconoce como entidad clínica, quedando relegado a una categoría mínimamente definida (“Déficit de atención indiferenciado”).

En el momento actual el DSM-IV sólo utiliza la denominación “Trastorno por déficit de atención e hiperactividad”(TDAH) y con relación a la predominancia de síntomas distingue tres tipos de TDA:

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo predominio hiperactivo-impulsivo (en el que predomina la dificultad de autocontrol).
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo predominio déficit de atención (en el que predomina la dificultad de atención).
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo combinado (que presenta síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad).

Además de la clasificación americana de trastornos psiquiátricos (DSM), existe una clasificación mundial (CIE; OMS), cuya última edición (CIE-10) utiliza el término de “Trastornos hipercinéticos” para referirse a estos trastornos.

Existen casos, especialmente en adolescentes y adultos, donde los síntomas ya no cumplen todos los criterios y entonces se considera que el trastorno se encuentra en remisión parcial. Cuando hay datos del trastorno, pero no se reúnen los síntomas mínimos para llegar al diagnóstico completo, se dice que se trata de un trastorno por déficit de atención no especificado.⁴

El TDA representa una condición compleja que no tiene una causa única o fácil de entender. En la mayoría de los casos estudiados (70-80%), el TDA se considera primario, o sea que no existe una causa que lo explique en su totalidad, por lo que se supone que tiene un origen genético, es decir que se hereda. En el resto de los casos (20-30%) sí se encontró la causa, por lo que se le llama secundario.

Estos factores causales son: parto prematuro, uso de tabaco y alcohol por parte de la madre, daño cerebral por traumatismo, uso de medicamentos, entre otros.

Sin bien los factores antes mencionados han sido demostrados en forma incontrovertible como causa del TDA, hay otros que no han podido relacionarse directa o indirectamente. Entre éstos están los factores dietéticos, por ejemplo el

uso del azúcar. Los padres no informados pueden tener ideas erróneas, por decir lo menos, sobre el origen del TDA, como la incompetencia de la madre para educar o la falta de “buenos profesores” en la escuela.

El TDA radica en el funcionamiento irregular del cerebro, impidiendo realizar sus funciones adecuadamente o simplemente realizándolas de una forma deficiente. Esto debido a una función alterada de ciertas estructuras cerebrales aun no determinadas y no causado por un problema psicológico o emocional como se creía anteriormente.

Es importante señalar que no todos los sujetos que se estudian tienen la misma anomalía, ya que algunos solo presentan problemas neuropsicológicos (detectados con pruebas psicológicas), otros manifiestan cambios neuroanatómicos (en estudio de imagen), neuroquímicos (estudios funcionales por imagen) o en su biología molecular (estudios de mapeo genético).

Esto evidencia que no existe una teoría unificada (o una causa única) que explique que el TDA, y en los años por venir conforme avancen las neurociencias tal vez se pueda dividir el TDA en diversos tipos, con bases en el mejor conocimiento de su origen biológico.

Estos son los síntomas centrales del TDA: la hiperactividad, problemas de atención sostenida e impulsividad, mismos que se revisarán más adelante.

Estos síntomas tienen dos características básicas según Shafer, Fisher, y Dulcan, en 1995; Sleator y Ulman 1996 coinciden en que:

- Son incisivos, es decir se presentan en la mayoría de los entornos del niño como en la escuela, el hogar y su desempeño social (amigos).
- Son de duración prolongada, porque se manifiestan por un periodo mayor a los seis meses.²⁸

2.2 Concepto de TDA

EL Trastorno por Déficit de Atención TDA con o sin hiperactividad, está constituido por un conjunto de fenómenos neuropsicológicos, cuyos síntomas principales son los periodos cortos de atención y la hiperactividad.

²⁸ VAN-WELLINK. Op.cit págs. 15-18

Al TDA se le llama trastorno porque es un conjunto de síntomas que tienen una causa (etiología) común y siguen una evolución (curso pronóstico) igual. No se usa la palabra enfermedad ya que esta denota la existencia de una cierta lesión en algún órgano que en este caso sería el cerebro, lo cual no es correcto.

Es decir, el TDA es una alteración en lo que consideramos como el comportamiento “normal” de un niño, adolescente o adulto.

El déficit de atención se refiere al hecho de que los periodos en los que puede mantenerse la atención tiene una duración insuficiente, lo cual impide al niño realizar actividades académicas en forma efectiva.

Para leer, por ejemplo, un renglón necesitamos unos segundos de atención; sin embargo para leer una página requerimos unos minutos más y para un capítulo, unos 10 minutos o más de atención. Si un niño no puede mantenerse más de unos segundos, entonces no podrá leer una página completa y menos aún un capítulo en una sola ocasión y, por consiguiente, le será muy difícil entender e incluso recordar lo que intenta aprender.²⁹

Se cree que el TDA sólo se le relaciona directamente con la hiperactividad, ya que muchas personas lo conocen como TDAH, excluyendo a este tipo de personas que igualmente tienen este problema, pero que por no presentar los síntomas tan visibles de la hiperactividad, no son detectados a tiempo.

El TDA *sin hiperactividad*, se caracteriza por una motricidad lenta, incluso lánguida. Se trata de personas soñadoras. Son niños, frecuentemente niñas (lo opuesto a lo que es el TDAH) que se sientan en un extremo del aula y juegan con su cabello, al mismo tiempo que observan por la ventana y mientras están sumidos en largos pensamientos. Adultos que se separan de una conversación que mantienen o que empiezan a divagar mientras están leyendo, son personas a menudo muy imaginativas. Especialmente cuando no hay hiperactividad es fácil no acertar el diagnóstico de TDA, la persona parece simplemente *desorganizada*, como muchas otras.³⁰

²⁹ id VAN-WIWLLINK

³⁰ HALLOWELL, Edward M. *TDA: controlando la hiperactividad*. (cómo superar el déficit de atención con hiperactividad (ADHD) desde la infancia hasta la edad adulta.) Editorial Paidós, España 2001.págs 181-211

2.3 TDAH

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) constituye muy probablemente el problema neuroconductual más común en la edad pediátrica, pues afecta a 5% de los niños en edad escolar. Interfiere con muchas áreas del desarrollo y funcionamiento de los menores, afecta la dinámica de las familias y repercute en su vida escolar y social, pues quienes lo presentan se encuentran en riesgo de sufrir fracasos académicos y desarrollar problemas psiquiátricos diversos: conducta negativista, antisocial, abuso de alcohol y drogas, cuadros depresivos y ansiosos, etc. Las conductas características del trastorno son: inatención, hiperactividad, impulsividad y desorganización.³¹

A los niños que son inatentos se les dificulta mantener la mente enfocada en cualquier tarea, y se aburren y se distraen fácilmente. Los niños que son hiperactivos parecen estar continuamente en movimiento, son francamente impulsivos y no controlan sus reacciones automáticas, parece que no piensan antes de actuar y frecuentemente dan muestras de desorganización y olvidos.

Existe un TDAH cuando el niño muestra múltiples síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad en comparación con niños de la misma edad, por lo menos durante seis meses.³²

Por definición se inicia antes de los 7 años, casi siempre alrededor de los 5, y frecuentemente es notorio retrospectivamente desde los 2 años; si bien las dificultades se hacen más patentes durante el inicio de la educación primaria, en la que la permanecía en la escuela exige mayores niveles de atención y mayor capacidad para permanecer sentado.

La relación entre géneros es de 3:1 a 9:1, a favor de los varones, según la rigidez de los criterios diagnósticos; existe además relación familiar. Las niñas suelen tener mayor afectación cognitiva y atencional, en tanto que los niños presentan mayores tasas de trastornos de conducta asociados.

Los criterios europeos de la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud), para el diagnóstico de

³¹ PAC Pediatría-1. *Programa de actualización continua en pediatría*. Academia de Pediatría 2004-2005.

pág.453

³² id PAC

Síndrome Hiperquinético exigen la coexistencia de las tres dimensiones del problema (atención, hiperactividad e impulsividad). La disfunción debe manifestarse en distintas situaciones (hogar, escuela, etc.) y no debe existir comorbilidad.³³

2.4 Causas diversas del TDA/TDAH.

2.4.1 Factores hereditarios.

La frecuencia del TDAH en familias de niños y niñas con el trastorno es más de siete veces observada en familias control sin trastornos psiquiátricos. Hay evidencia clara de susceptibilidad genética al TDAH, derivada de estudios en familias, gemelos, niños adoptados y estudios moleculares. Los parientes con TDAH tienen un riesgo aumentado de sufrir el trastorno, riesgo que es doble o triple en los hermanos que en controles sanos. Sin embargo otros mecanismos no genéticos también ejercen alguna influencia etiológica, como se muestra en estudios sobre ambientes compartidos y no compartidos, lo cual sugiere la importancia de las interacciones genético-ambientales.³⁴

La existencia de un factor hereditario como causa del TDA primario es clara. Los datos y estimaciones surgidos de la población estudiada indican que, de 55 a 92% de los casos se adquiere por los genes maternos o paternos.

Cuando los padres tienen TDA de inicio, en la infancia, la probabilidad de que sus hijos presenten el trastorno es de 57%, y de estos, la mayoría ha estado, o está en tratamiento así lo afirman Biederman, Faraone, Mick, y Spencer,

En el TDA de tipo genético ocurren diversas desviaciones del desenvolvimiento normal del cerebro, mismas que se inician desde etapas muy tempranas del desarrollo, cuando el producto se encuentra aún en el útero.³⁵

³³ ibid PAC. pág.456

³⁴ VAN-WIELLINK op.cit. 21

³⁵ id VAN-WIELLINK

2.4.2 Encefalopatía hipóxica/isquémica.

Es el daño al cerebro ocasionado por la falta parcial de oxígeno y una pobre circulación de la sangre que ocurre antes, durante o después del parto. Este tipo de daño es especialmente frecuente en los pequeños que nacen en forma prematura, y debido a que cada vez sobreviven más bebés prematuros, hoy día tenemos un mayor número de niños vivos con algún tipo de daño cerebral.

2.4.3 Traumatismo craneal.

La posibilidad de que se manifieste algún tipo de cambio en la personalidad, o en las habilidades intelectuales, después de un golpe de cabeza, es sumamente conocida. Respecto a ello, es importante señalar que, en ciertas ocasiones, el golpe no causa pérdida del estado de conciencia pero sí daño cerebral.

Entre las consecuencias de un traumatismo craneal está el TDA, en especial cuando el daño se registra en la parte anterior al cerebro (corteza prefrontal). Ello se debe a la importancia que esta región anatómica tiene en la capacidad de atención, así como en las funciones ejecutivas. Es interesante anexar que en la aparición del TDA en niños y adolescentes, durante los dos primeros años después del traumatismo, se relaciona con la severidad de dicho traumatismo. Es interesante anotar que en la aparición del TDA, además del golpe, son factores importantes: la presencia o no de disfunción familiar y el estado socioeconómico de la familia.

Al analizar el trauma craneal como factor de riesgo para padecer TDA nos encontramos con que la población que padece este trastorno, es más propensa a los golpes de cabeza que la población en general.³⁶

Esto nos obliga a considerar que la prevalencia alta de TDA en pacientes traumatizados puede ser consecuencia, y no causa de esta condición. Dicho de otra forma, los pacientes con TDA sufren más golpes en la cabeza, que la población sin TDA y, por lo tanto, se sobre-diagnostica a los pacientes cuando después de un golpe se descubre que tienen TDA postraumático. Una confirmación de lo anterior, estriba en el hecho de que en poblaciones

³⁶ Véase VAN WIELLINK

seleccionadas, sin antecedentes de traumatismo, la prevalencia de TDA es de 4.5%, en tanto que en pacientes con golpe en la cabeza es de 20% antes del traumatismo, y de 19% un año después.³⁷

2.4.4 Radiación.

El daño al cerebro por exposición a los rayos X depende de dos factores: por la cantidad de radiación recibida y por la edad del individuo. Se sabe que el embrión en desarrollo es más sensible a los rayos X que el adulto, ya que en el primero, el cerebro está en formación, y por lo mismo, esta es una causa potencial de TDA.³⁸

Lo anterior se ha demostrado mediante los animales de experimentación (ratones) que han sido sometidos a rayos X durante sus primeros días de vida, pues ello les ha causado atrofia (hipoplasia severa) en el lóbulo temporal (células granulares del hipocampo). Estos ratones tienen grandes déficits en pruebas de aprendizaje basadas en la memoria, y presentan una conducta “similar” a la del niño con TDA.

2.4.5 Toxinas externas.

La intoxicación crónica por plomo puede producir TDA, lo que puede ocurrir en niños que raspan y comen pintura hecha a base de plomo, comen en cerámica vidriada, o por la inhalación de los humos que emanan de la combustión de la gasolina que contienen dicho metal carburante (Trites, 1979). Por fortuna, hace ya algunos años que en la Ciudad de México se aplicó un programa de sustitución de gasolinas, y en la ciudad sólo se usa gasolina sin plomo, por lo que es raro encontrar niños con niveles altos de este metal en la sangre.

Existe suficiente evidencia científica como para afirmar que el abuso de drogas durante la gestación, tiene efectos dañinos sobre el sistema nervioso central del feto. El problema es serio, ya que se ha estimado que entre el 16% y

³⁷ id

³⁸ Véase VAN WIELLINK

20% de las mujeres embarazadas fuman tabaco, 16% beben alcohol, y de 1 a 10% consumen cocaína.

El tabaco tiene cerca de 3000 toxinas, entre ellas plomo y monóxido de carbono, por lo que es una causa potencial de TDA. Existe una clara relación entre madres que fuman durante el embarazo y la presencia de TDA en sus productos.

El uso de alcohol por parte de la madre durante el embarazo.

Asimismo, el uso de cocaína en el periodo prenatal es potencialmente una causa del TDA.³⁹

2.4.6 Tiroides.

La resistencia a la hormona tiroidea (RHT) se ha asociado con el TDA, hasta 70% de los individuos que padecen este trastorno endocrino. Se trata de una enfermedad hereditaria, autonómica dominante, en la mayoría de los casos, porque esta ligada a un gene. Sin embargo, la prevalencia de RHT en niños con TDA es de 1:2500, por lo cual es extremadamente rara.⁴⁰

2.4.7 Medicamentos.

En la actualidad se ha descubierto que existen diversos medicamentos que producen trastornos del comportamiento idénticos al TDA como los agonistas B-adrenérgicos (albuferol, propanolol) que se usan como preventivos en la migraña; los anticonvulsivos, especialmente el fenobarbital, y fármacos utilizados en enfermedades respiratorias, por ejemplo, la teofilina, que se utiliza sola o en combinación, como broncodilatador en el asma y en cuadros de bronquitis, que son tan frecuentes en los niños.⁴¹

2.5 Detección del TDA/TDAH.

Hay que identificar sobre qué se está trabajando. El primer elemento son las Conductas-objetivo que pueden ser vistas y escuchadas. Los malos

³⁹ id

⁴⁰ id

⁴¹ id

comportamientos ocasionales son característicos de todos los niños, pero nos centraremos específicamente en los comportamientos inadecuados, de los niños con TDA. Los enfoques actuales se centran básicamente en comportamientos que ocurren sobre todo en la escuela, que son los comportamientos señalados por el DSMIV.⁴²

Estos niños presentan un conjunto de variados signos y síntomas, todos ellos expresiones clínicas de falta o impedimento en el desarrollo neurológico, que al desorganizar la normal evolución biológica, impiden un adecuado orden físico, emocional, cultural y social, que se expresa en comportamientos y síntomas como los siguientes:

- **INATENCIÓN:** hiperactividad sensorial, distracción.
- **HIPERQUINESIA:** hiperactividad motora, hiperactividad verbal, trastornos del sueño, agresividad, destructividad.
- **IRRITABILIDAD:** conducta impredecible, baja tolerancia a la frustración: rabietas, berrinches y reacciones catastróficas.
- **IMPULSIVIDAD:** conducta antisocial, enuresis, encopresis, temeridad.
- **INCOORDINACION MUSCULAR (DISPRAXIA):** torpeza corporal, disgrafía, Ineptitud deportiva, disartria, dislalia.
- **LABILIDAD AFECTIVA (DISFORIA):** deficiente autoestima, ansiedad, depresión.
- **DESOBEDIENCIA PATOLÓGICA;** incomprensión de órdenes, repetición de la falta, incomprensión del castigo.
- **TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE:** dislexia, problemas visomotores, disociación, inversión del campo visual, perseveración, memoria deficiente, pobreza de la imagen corporal.

Estas características no se presentan habitualmente en forma tan florida y completa, pero el conocerlas permitirá detectar adecuadamente a los niños aquejados por este trastorno.⁴³

⁴² CAKE, Johny “(Trastornos de la atención, su relación con el aprendizaje, aspecto médico biológico del síndrome ADHD”); en: *Rev. Foundation for Attention Déficit Hyperkinetic disorder Research*, vol. 6 no. 4 2002 pág. 35-49

⁴³ id

2.5.1 Inatención.

La inatención sería el resultado de una perturbación del proceso cerebral normal que impide y obstaculiza este mecanismo tan importante para el aprendizaje. La inatención está relacionada con la actividad sensorial. El niño con TDA reacciona ante todos los estímulos ofrecidos.

Tal situación refleja una incapacidad para organizar jerárquicamente los preceptos y las ideas, con lo que éstos adquieren una importancia uniforme, porque el niño presta la misma atención tanto a lo esencial como a lo secundario. No parece escuchar las indicaciones y en general, no completan la tarea escolar.

Al no poder concentrarse en el trabajo y en diversas tareas que le imponen sus obligaciones, esto es reflejado en sus calificaciones y conceptos de sus maestros y profesores. Pero también en los juegos, les es muy difícil adaptarse a los códigos y normas de cada uno de ellos.

Esto hace mostrar al niño ante sus maestros como si fuera deficiente mental, cuando en realidad son niños con inteligencia normal.⁴⁴

2.5.2 Hiperquinesia o hiperactividad.

Es un estado de movilidad casi permanente que el niño manifiesta desde pequeño. Se origina en su interior y se manifiesta en todas las actividades de su vida.

Hay autores que explican la hiperactividad a partir de la perturbación de la atención, mencionando que el niño no puede dejar de responder a los estímulos que percibe y de allí los movimientos y acciones cambiantes e incesantes, que lo tornan conductualmente molesto e irritante, a la vez que es de difícil contención organizativa, social y escolar.

La Hiperactividad motora no conlleva realizar acciones productivas, sino al contrario no termina nada de lo mucho que inicia.

Es corredor y trepador, no elige estar sentado y es muy difícil mantenerlo entretenido. Hemos observado que si los estímulos son muy intensos e

⁴⁴ id

interesantes, como por ejemplo, la computación o programas televisivos elegidos por él, puede llegar a concentrarse algún tiempo y sacar conclusiones útiles.⁴⁵

2.5.3 Irritabilidad.

Tanto los estímulos placenteros como los frustrantes provocan respuestas exageradas de júbilo o enojo.

Se observan dos formas sintomáticas derivadas de su tendencia irritativa. Por un lado, el niño muestra escaso control sobre su conducta y ésta se vuelve impredecible a la vista de los adultos. Pero también observamos una baja tolerancia a las frustraciones que se manifiestan con rabietas y berrinches exagerados.

Al no ser complacidos en lo que desean, pueden terminar en crisis de tanta importancia, que los padres pierden muchas veces la paciencia y los reprenden o castigan, generando reacciones agresivas y no buscadas por sus progenitores.⁴⁶

2.5.4 Impulsividad.

Es la pérdida de la capacidad para inhibir la conducta. El niño hace lo que el impulso le indica, sin medir las consecuencias de sus actos.

Da la impresión de no poder tolerar la menor demora en la satisfacción a sus demandas. Actúa sin pensar ni evaluar el resultado de su proceder.

La impulsividad incluye lo que podríamos denominar "conducta antisocial", que está integrada por agresividad y destructividad.

Es notorio que interrumpa las conversaciones, se adelante en las respuestas y que en los juegos grupales no espere su turno.

También vemos como valor agregado, sintomatología relacionada a la patología emocional, como lo son la enuresis y algunas veces encopresis.

Al cometer actos que deriven en agresividad, son niños demasiado frecuentemente castigados y muchas veces confundidos con psicópatas, aunque

⁴⁵ id

⁴⁶ id

no lo son; requieren estar sujetos a constante supervisión y aún así, no podremos garantizar un control en su conducta.

2.5.5 Incoordinación muscular o inmadurez motora.

No siempre es efectiva. Algunos de los niños hiperquinéticos tienen un desarrollo motor aceptable, pero lo habitual es que exhiban torpeza general, la que involucra tanto a los movimientos gruesos como a los finos.

Son frecuentes las caídas y golpearse contra muebles. Su poca seguridad para retener cosas entre las manos, los hace poco confiables para transportar objetos frágiles, etc.

La incoordinación para los movimientos finos se descubre fácilmente en la caligrafía, así como también dificultades para abotonarse la camisa, recortar figuras, etc. Hay alteraciones en el rendimiento general y en la coordinación ojo-mano, y se perciben dificultades en el equilibrio.

La dispraxia como conviene llamar a esta forma de incoordinación, cuando acompaña a los síntomas más frecuentes de la disfunción, adquiere una significación importante y su reconocimiento contribuye sin duda al diagnóstico.

La tendencia de estos niños a responder forzosamente a todos los estímulos, se refleja en su interés y atracción por detalles mínimos e irrelevantes.

Se manifiesta de esta forma una incapacidad para organizar jerárquicamente los estímulos, de tal manera que todos adquieren una importancia similar, y con frecuencia la atención se dirige más hacia lo superfluo que a lo esencial.

A partir de esta incapacidad el niño puede adoptar una actitud de OBSESIVIDAD, que se traduce como una conducta PERSEVERATIVA.

La perseveración puede pasar desapercibida, pero habitualmente está presente.

La demanda de atención que exhiben, se traduce en una conducta repetitiva, estereotipada y a veces compulsiva.

2.5.6 Labilidad afectiva.

Es el resultado de la conducta imprevisible. La irritabilidad, la hiperactividad y la agresividad son síntomas pertenecientes a la esfera afectiva.

Entre otros trastornos del campo de lo emocional podemos citar la disforia, la cual se caracteriza por la anhedonia, la depresión, la deficiente autoestima y la ansiedad.

La anhedonia es la incapacidad para experimentar placer. Los niños pueden mostrarse sobreexcitados, pero la cualidad misma de la vivencia no es la adecuada para la situación que se vive. Difícilmente se le puede satisfacer completamente, siempre quiere más u otra cosa.

Es frecuente observar la presencia de los llamados equivalentes depresivos o bien de la depresión enmascarada que juegan un papel importante en la evolución y el pronóstico del TDAH.

Con referencia a su baja autoestima, se observa que los niños mayores y los preadolescentes con TDAH, frecuentemente se consideran a si mismos incapaces, diferentes, malos e inadecuados, generando alteraciones importantes en la estructura de su personalidad.

2.5.7 Desobediencia patológica.

Son desobedientes, pero su actitud y limitaciones establecidas por los adultos que tienen autoridad sobre ellos, no es la de quien desobedece a sabiendas de que comete una falta que habrá de ocultar, sino la de quien no ha comprendido la prohibición y su significado, ni mucho menos la necesidad de acatarla.

El niño comete una y otra vez la misma falta sin tratar de ocultarla y sin comprender por qué se le castiga. De hecho, se muestra sorprendido cuando se le llama la atención, considerándose injustamente tratado y responde con conductas desmedidas a los ojos de los demás.

Las madres suelen decir "mi hijo no es capaz de obedecer después de una explicación y una amenaza"; "apenas me doy vuelta, ya está haciendo lo que

prohibí". "Con mi hijo no valen los golpes, ni los castigos, simplemente no registra lo que prohíbo".

Cabe decir que ni siquiera es una verdadera desobediencia, ya que difícilmente se desobedece una orden que NO se ha comprendido. Esto se corresponde con la incapacidad que tienen muchos de estos niños para comprender órdenes verbales.

2.5.8 Trastornos del aprendizaje.

Están casi siempre presentes. Generalmente hacen que un maestro que desconoce el cuadro clínico, llegue a la conclusión prematura de que el niño sufre un retardo mental verdadero. Se pueden mencionar dos tipos de obstáculos para el aprendizaje que inciden es este pseudo retardo.

La hiperquinesia misma asociada a la incapacidad para la focalización de la atención y que reduce el tiempo que el niño dedica útilmente a su trabajo escolar y a las tareas en su casa. La existencia de verdaderos desórdenes en el proceso cognoscitivo, como lo es la disociación y la falta de concentración.

Se reconoce fácilmente en los test visomotores, porque está relacionada con otras incapacidades como la de traducir estímulos visuales en actos motores. El niño no integra los detalles de un precepto en una totalidad o "figura acabada", por eso es que no puede dibujar correctamente las formas que se le presentan como estímulos visuales.

La gran mayoría de los niños con TDAH presentan problemas relacionados con su desempeño escolar, lo cual conduce a problemas con sus padres y autoridades escolares, ya que la falta de aplicación sostenida en las labores académicas es interpretada como flojera, negativismo o irresponsabilidad. Pero no se puede generalizar a todos los niños por igual, no todos los que presentan un desempeño escolar pobre o tienen dificultades para aprender, pueden ser considerados portadores de un trastorno del aprendizaje.

Según el DSMIV los trastornos específicos del aprendizaje se refieren a problemas en la lectura (dislexia), la escritura (disgrafía), la aritmética (discalculia),

o el lenguaje. Entre los niños con trastornos específicos del aprendizaje aproximadamente 17% presentan TDAH.⁴⁷

2.6 Algunos tratamientos para el TDA.

2.6.1 Introducción.

Involucrarse en el tratamiento del niño, adolescente o adulto con TDA/H puede ser muy reconfortable porque en la mayoría de los casos se presenta una evolución hacia la mejoría, y en consecuencia, se cambia para bien la vida del individuo.

En el tratamiento deberían estar involucrados pacientes, familia, profesores, terapeutas, psicólogos y/o otros profesionales que se requieran según sea el caso.

El mejor tratamiento que se recomienda es el multidisciplinario, de acuerdo al caso que se refiera, requerirá de técnicas especializadas para la conducta, terapia emocional, terapia neuropsicológica, terapia del lenguaje, aprendizaje y audición, así como la utilización de fármacos señalados por el médico a cargo.

2.6.2 Tratamiento para el TDA/H en la infancia.

Algunos aspectos concernientes al diagnóstico, la patogénesis, la comorbilidad, el examen físico y la entrevista clínica son relevantes para el diseño de un plan terapéutico integral. Dado que la mayoría de los niños presentan muchos problemas, suele estar indicado el tratamiento multimodal. Este tratamiento incluye intervenciones psicológicas, educativas y farmacológicas. La terapia cognitiva-conductual puede ser eficaz en muchos casos.

Debe darse medicación si la hiperactividad persiste a pesar de abordajes psicológicos adecuados. Como regla general, el metilfenidato es de primera elección. En caso de ineficacia, intolerancia o comorbilidad, se planteará una mono-terapia alternativa con antidepresivos u otros medicamentos.

Por otro lado, la medicación con psico-estimulantes puede producir un beneficio inespecífico en niños si la manipulación ambiental y psicológica fallan.

⁴⁷ PAC Pediatría Op. Cit. pág.476

La *evaluación clínica* en salud mental infanto-juvenil incluye: la entrevista familiar, la exploración psicopatológica del niño así como la recopilación de información relevante de otros profesionales (profesores, pediatras, asistentes sociales. etc.).

Los objetivos de la evaluación se concretan en: la identificación del problema y su intensidad; el establecimiento de una relación terapéutica tanto con el niño como con los padres; el estudio de posibles factores biopsicosociales que contribuyan a agravar o a mantener el problema; la planificación conjunta del tratamiento con la familia y la observación del comportamiento del niño y del resto de la familia durante la entrevista.

Es importante señalar que esta patología, si tiene una intensidad moderada, puede no manifestarse en una consulta con atención individualizada, por lo que debe evaluarse en ambientes con estímulos (por ejemplo en la sala de espera) y en distintos ámbitos (escolar, doméstico, recreo, durante el sueño, etc.). Debe realizarse un examen físico completo descartando deficiencias sensoriales, anomalías congénitas, así como debemos recoger la historia prenatal, el desarrollo evolutivo, la exposición a tóxicos, etc.⁴⁸

2.6.3 Tratamiento global

Desde su descripción y a pesar de décadas de investigación y publicación de numerosos artículos en el ámbito científico, persisten *cuestiones clave* en el manejo de estos niños:

- ¿Qué tratamiento funciona mejor (fármacos vs. psicoterapia cognitiva conductual vs. tratamiento multimodal o combinado)?
 - ¿Cuándo deben combinarse?
 - ¿Cuál es el mejor tratamiento para cada enfermo?
 - ¿Son aplicables tratamientos multimodales en el mundo real?

En un intento de respuesta los resultados de un amplio estudio en Estados Unidos, denominado M.T.A. (tratamiento multimodal) y financiado por el Instituto de

⁴⁸ Tratado Nelson de Pediatría 17ed. En español Editorial Trillas México 2004.pág 1206-1208

Salud Mental de Estados Unidos, demostraron que la farmacoterapia con estimulantes es eficaz en todos los casos.

La presencia de ansiedad y de trastorno negativista desafiante exigen tratamiento combinado (fármacos y terapia cognitivo-conductual). Un trastorno de ansiedad severo con síntomas pseudo-hiperquinéticos puede responder a psicoterapia cognitivo-conductual sin fármacos. En el tratamiento integral, existen aspectos relevantes de manejo.

A pesar de que hasta la mitad de los niños, con un diagnóstico con criterios americanos (DSM IV) Tabla I, son adultos normales, la evolución natural, sin tratamiento, del trastorno nuclear es hacia la incorporación de los trastornos comórbidos, al ir aumentando las exigencias educativas, familiares y sociales.

Las dificultades académicas, el rechazo social y la frecuente agregación familiar conllevan ansiedad (34%), trastorno opositorista desafiante (40%), trastornos de conducta (14%) y trastornos depresivos (4%). Interés específico como predictor de psicopatología adulta, especialmente trastorno de personalidad antisocial, merece el antecedente de TDAH infantil, habiéndose referido en estudios americanos que hasta el 25% de la población reclusa en USA padecen un TDAH adulto.

En España el único fármaco con esta indicación es el *metilfenidato*, no estando disponibles otros de liberación prolongada. Entre las desventajas del metilfenidato encontramos que su semivida corta, condiciona un empeoramiento a las 11 de la mañana (suponiendo que la primera dosis la tomen con el desayuno) y un deterioro a las 5 de la tarde, complicando la convivencia familiar y la conclusión de las tareas escolares.

Por otra parte, se ha constatado que tras 24 meses de tratamiento los niños miden 2 cm. menos de lo que cabría esperar según su curva de crecimiento. El ajuste de dosis y la evaluación de respuesta que presentan los niños, pareciera que es más fiable la información que proporcionan los profesores que la de los padres, teniendo en cuenta que los profesores tienen como referencia un grupo amplio de alumnos. La adaptación al medio escolar depende en gran medida del profesor, y debería de evitarse la hiperestimulación, las tareas deben ser muy

estructuradas y organizadas, teniendo en cuenta que estos niños son muy desordenados e impulsivos. Los periodos de máxima atención intelectual pueden ser muy breves (10 minutos).

Los refuerzos positivos se centrarán en la obediencia, en la planificación de las tareas en tiempo real, en auto-instrucciones tales como pararse a pensar antes de actuar y en el manejo de las emociones (la relajación puede ser muy útil, cuando sienten rabia cuya exteriorización subyace al oposicionamiento y al fracaso social).⁴⁹

En la normalización de su comportamiento en todos los ámbitos se debe enseñar al niño a seguir una serie de *pasos*, como si se tratara resolver un problema complejo:

- Identificación del problema: ¿Qué debo hacer?
- Evalúa posibilidades de actuación con sus ventajas e inconvenientes.
- Tómate tu tiempo para esperar y concentrarte
- Escoge una respuesta
- Comprueba tu respuesta

Estos refuerzo de planeación y estructuración de actividades deberán ser planteados por los pedagogos, psicopedagogos, u especialistas a cargo.

2.6.4 Tratamiento farmacológico

Una medicación óptima para niños debería ser eficaz, bien tolerada, de acción prolongada y no debería empeorar la psicopatología comórbida o producir oscilaciones en el estado de ánimo. Las medicaciones actuales actúan sobre los sistemas noradrenérgicos y/o dopaminérgicos, cuya disfunción se postula actualmente que subyace al TDAH. Los fármacos con demostrada eficacia en TDAH pertenecen a la familia de los estimulantes, pero conllevan riesgo de abuso, son eficaces de 4 a 12 horas y pueden incrementar los tics o inducir alteraciones emocionales. En años recientes se han intentado tratamientos alternativos: en

⁴⁹ BORREGO Hernández “Tratamiento del síndrome hiperquinético en la infancia”; en: Información terapéutica del sistema Nacional de Salud. México 2003. págs. 145-150

determinados casos, los antidepresivos tricíclicos han mostrado una eficacia similar a los estimulantes, pero pueden causar estreñimiento, boca seca, temblores, cambios en la tensión arterial y potencialmente efectos adversos graves que incluyen alteraciones en la conducción cardiológica y retrasos en la polarización. Los inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO) pueden mejorar los síntomas del TDAH, pero exigen restricciones dietéticas de complicado cumplimiento.

Los inhibidores de la recaptación de serotonina tienen muy poco efecto en los síntomas nucleares del trastorno, pero mejoran la depresión comórbida habitual. El bupropion, aunque menos eficaz que los estimulantes, puede mejorar de modo conjunto los síntomas TDAH y la depresión. Los agentes antihipertensivos (clonidina, guanfacina) pueden aliviar la impulsividad, la hiperactividad y los tics, pero suelen producir sedación e hipertensión rebote.

La atomoxetina, en este momento en estudio para los TDAH, se cree que es bien tolerada, no empeora las condiciones comórbidas y como efectos adversos se han descrito hasta la fecha discretos cambios en la tensión arterial y frecuencia cardíaca. Desde el mismo planteamiento teórico, la venlafaxina (bloqueante de la recaptación de la serotonina y de la noradrenalina), pudiera ser eficaz tanto en los síntomas del TDAH, como en la depresión y ansiedad comórbida. Los tratamientos dietéticos y otras modalidades de medicina mal llamada “natural”, a la que recurren muchos padres por rechazo cultural a la intervención médica o psicofarmacológica en niños además de ineficaces, pueden hacer peligrar la salud de los niños.⁵⁰

2.6.5 Tratamiento conductual.

Existen diferentes tratamientos que abordan el problema de la conducta, en los que se refuerzan aspectos específicos como el de organizar una serie de labores a realizar diariamente en el niño, ya sea dentro o fuera de la escuela.

El tratamiento conductual requiere de una interacción con el niño, en el momento del mal comportamiento. Esta interacción proporciona un refuerzo social que mantiene y fortalece la corrección de un adecuado comportamiento.

⁵⁰ id

En ocasiones estos tratamientos son acompañados de fármacos, pero no siempre es el caso, ya que hay manejos en donde se descarta cualquier tipo de medicamentos, aplicando algún programa específico al problema.

El Dr. David B. Stein en una de sus publicaciones referentes a niños con TDA/H propone: el programa de habilidades para cuidadores (PHC).

Este programa como lo menciona el autor, intenta habilitar a los niños afectados. Hace que el niño preste atención, se desempeñe bien y depende de sí mismo sin la necesidad de medicamentos.

El PHC está diseñado para aumentar los comportamientos apropiados, mejorar la conciencia, y el pensamiento activo, eliminar los comportamientos inapropiados y aumentar la autosuficiencia sin reforzar involuntariamente los comportamientos de TDA/H.

2.6.6 Tratamientos alternativos.

Con demasiada frecuencia los padres del niño con TDA/H se dejan llevar por tratamientos que no tienen una base científica demostrada, lo cual constituye una actitud irresponsable. Estos tratamientos pueden ser peligrosos para la salud del pequeño, aun los llamados medicamentos naturistas, podrían llegar a ser tóxicos (algunos de estos tratamientos llegan a utilizar venenos naturales como la cicuta, la belladona y muscarina, que requieren ser manejados con sumo cuidado). Se recomienda llevar a cabo tratamientos que tienen utilidad demostrada y de los que se reconocen los riesgos y beneficios.

Dentro de este capítulo se hace una descripción más detallada acerca del TDA/H, señalando las posibles causas que generan este trastorno, y al mismo tiempo mencionando lo que se puede confundir con el mismo.

Igualmente se describen diferentes tratamientos que existen, por mencionar algunos en donde se detallan beneficios y/o posibles consecuencias, según la postura de cada autor sugerente.

Cabe señalar que este tema provoca incertidumbre en quienes se interesen en él, ya que conforme se va conociendo el tema, siguen surgiendo incógnitas, y

es válido, porque coincide con las personas que están estrechamente ligadas al estudio del mismo; pero éstas dudas no invalidan la importancia que tiene este trastorno, dentro y fuera de un salón de clases, y mucho menos las alternativas que tiene un pequeño para desarrollarse mejor física y mentalmente en su vida diaria en cualquier área social o familiar en donde pretenda estar.

Estamos concientes de que no todos los niños que padezcan TDA/H se pueden acoplar al mismo tratamiento, ya que cada niño es diferente y no se puede estandarizar a todos por igual. Así mismo en la educación, hay técnicas y estrategias educativas, las cuales se adaptan a las necesidades de cada individuo para obtener mejores resultados.

Este capítulo pretende acercar más al lector a conocer el TDA/H y sobre todo a darle la importancia que requiere el tema dentro de un salón de clases, ya que un mal manejo o desconocimiento del mismo por parte de las personas que estén a cargo, pueda ocasionar en el pequeño un bajo rendimiento escolar, atrayendo una serie de problemas o complicaciones que él mismo no pueda solucionar.

CAPITULO III: Técnicas y estrategias de trabajo sobre el TDAH sugeridas para el profesor.

3.1 Preámbulo.

Este capítulo se centrará en abordar el papel del profesor dentro del salón de clases, donde en algunos casos se puede enfrentar a comportamientos que parezcan de tipo TDA/H, o que sólo sean momentáneos; esto lo podrá determinar el profesor de acuerdo al conocimiento que tenga acerca del tema, ya que con anterioridad se señaló que éste, en ocasiones es desconocido por profesores.

Es importante aclarar que estas estrategias o técnicas son sugeridas por los distintos autores que se manejan dentro de este trabajo de investigación, y que en general coinciden en su mayoría, por lo que nuestra postura ante esta investigación no es mostrar esta información como lo que se debe de hacer rigurosamente ante este trastorno, sino mostrar esta información para que se valore el contenido del mismo para su conocimiento, que es uno de nuestro objetivos en este trabajo de investigación.

Cabe mencionar que al final de éste capítulo se introduce un apartado en el se refiere a los padres de familia (o personas que estén encargadas del(os) niños), para reafirmar la importancia que debe haber en cuanto a la comunicación y participación de los mismos al involucrarse directamente con el profesor para así, favorecer el avance y mejoramiento de la conducta del niño.

3.1.1 El profesor.

El profesor contribuye en la evolución de cualquier niño no sólo en el sentido académico, sino también en el sentido afectivo, los profesores desempeñan para los niños pequeños un rol semejante al de un segundo padre o madre. Por este motivo ven en él o ella un modelo a contrastar con la familia, una nueva fuente de autoridad, un nuevo punto de referencia sobre su escala de valores y un nuevo reflejo de su propia imagen.⁵¹

⁵¹ Véase ORJALES Villar Isabel. *Déficit de atención con hiperactividad*. Manual para padres de familia y educadores. 6ª ed. Editorial CEPE. España 2002.

Ante la responsabilidad que tiene el profesor dentro de un salón de clases, se podría facilitar un poco los posibles enfrentamientos que se pueden tener dentro del salón, adquiriendo información sobre el TDAH, y otros trastornos que involucran el comportamiento dentro del mismo, para tener un panorama más enriquecedor en cuanto a conocimiento y así poder determinar las causas que estén desencadenando el problema.

El profesor al conocer del tema puede:

Detectar a tiempo el cuadro de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. Por lo general los profesores tienden a percatarse cuando las cosas no marchan bien, puesto que tienen como punto de referencia al resto de los niños del grupo.

- Lograr que los padre atiendan y acepten las señales de alerta. Un profesor debe ser lo mas objetivo y riguroso posible en el momento de dar la información a los padres, relajando la angustia si ve que es desmedida y alertando si los padres parecen quitar demasiada importancia al problema.

- Mejorar el comportamiento en el aula.
- El control de los efectos negativos que el comportamiento del niño pueda tener sobre los demás alumnos del curso, sin culpabilizar o estigmatizar a ninguno.

Para ello se sugiere:

- Asesorar a los padres para que busquen ayuda.
- Informarles de los progresos de su hijo y sugerir pautas de actuación común para el colegio y la casa.

- Solicitar a los padres información del especialista y ponerse en contacto con él para un trato más directo si éste es necesario.

- Conocer y aplicar técnicas cognitivas y comporta mentales en el aula de forma que maximice el rendimiento del niño y mejore su conducta en el centro escolar.

- Ayudar a generalizar lo que el niño ha aprendido en las sesiones individuales a la situación del aula utilizando las auto instrucciones y las estrategias como marco de referencia para todos los niños.

- Adecuar las exigencias al nivel del niño.
- Favorecer la mejora de la autoestima y el autocontrol.

Para optimizar su labor el profesor requiere:

- Un diagnóstico temprano de la situación en que se encuentra su alumno(a) (a partir del informe de psicopedagogo y el neurólogo).
- Información clara de qué es el TDA (información que puede recoger de los especialistas y de libros sobre el tema)
- Información sobre el grado de afectación de su alumno(a) (qué conductas deben modificarse, el nivel académico que tiene, el nivel de atención que puede prestar a una conducta concreta, si puede exigirle que trabaje 15 min. o 1 hora, etc.)
- Tener presente que el problema tiene solución y que la evolución del niño depende en gran medida de su actitud y de la colaboración con los padres.
- Disponer del asesoramiento adecuado sobre la mejor forma de generalizar algunas técnicas empleadas en el tratamiento individual en el aula (a través del contacto continuo con el psicopedagogo).
- Colaborar con el neurólogo en el registro del comportamiento del niño durante la toma de medicación con el fin de ajustar la dosis adecuada. Los neurólogos recetan medicamentos para estimular la atención del niño y controlar su conducta. Al tratarse de estimulantes los especialistas sólo recetan la dosis necesaria para que el niño pueda mantener la atención durante la jornada escolar. Por este motivo de poco sirve que los padres intenten valorar las mejoras en la conducta del niño. Ellos no pueden objetivar las mejoras del producto de la medicación porque cuando el niño está en casa los efectos de la medicación han desaparecido. El profesor puede aportar valiosa información valiéndose de un sencillo registro siguiendo una escala de 0 a 2 puntos basándose en el siguiente cuadro.

<p>0: No está más inquieto que el resto de los niños en clase. Se centra y trabaja. 1: se encuentra algo inquieto. Le cuesta trabajo centrarse. 2: se encuentra muy inquieto. Se levanta o molesta en clase. No se centra.</p>
--

Para hacer el registro más fácil, el profesor puede utilizar el mismo horario de clases. El profesor valorará cada clase o cada tiempo de trabajo según la escala de 0,1, ó 2 y la entregará a los padres al finalizar la semana. Es conveniente que el registro se encuentre de forma discreta en la mesa del profesor para que pueda ser valorado por todos los profesores en el caso de que el niño tenga varios.

En caso de que el profesor no cuente con la ayuda de los padres o de un equipo especializado, el profesor puede darse a la tarea de modificar la conducta dentro del aula, aplicando diversas técnicas para que el niño pueda tener un mejor rendimiento dentro del mismo.⁵²

3.2 Estrategias y técnicas para facilitar la labor del profesor en el aula.

Aspectos generales para enfocar el trabajo en clase:

- Para cada una de las conductas que se quiera cambiar en el alumno, hay que tratar de utilizar el mayor número de aproximaciones diferentes al problema.
- Hay que retirar la atención ante malas conductas cuando éstas se produzcan con mucha frecuencia y reforzar (premiar) con atención las contrarias.
- Hay que plantear las normas de clase para todos, no sólo para el niño hiperactivo.
- Se trata de evitar aquellas situaciones que el niño hiperactivo no puede controlar.
- No se pueden cambiar todas las conductas al mismo tiempo. Hay que comenzar por cambiar las menos difíciles de modificar.
- Adaptar la tarea a cada niño y programar un sistema de registro para que éste compruebe de forma visible que mejora.
- Modificar alguna conducta, mediante el reforzamiento de pequeños pasos que conduzcan a ella.
- Evitar la competición de unos niños con otros.

⁵² id ORJALES

3.2.1 Modificar las condiciones del ambiente del aula para favorecer la concentración en clase.

Estas son las modificaciones en el espacio, distribución de los muebles, localización de pupitres, etc. que pueden favorecer el cambio de conducta del niño hiperactivo.

3.2.1.1 Algunas recomendaciones.

1. Brindar al niño hiperactivo la posibilidad de trabajar solo en un pupitre aislado cuando necesite realizar tareas que requieran concentración. Si es viable podemos brindar al niño la posibilidad de ser él quien decida cuándo ponerse con sus compañeros y cuándo trabajar solo. Esta medida nos evitará problemas de relación con los compañeros, llamadas de atención y, sin duda, aumentará el rendimiento académico.

2. Situar el pupitre cerca del pizarrón en un lugar libre de distractores.

3. Acercar al niño hiperactivo cerca de la mesa del profesor para que se le puede tener mejor control, no con la intención de decirle que trabaje cuando se distrae sino para poderlo animarlo cuando trabaje bien, una sonrisa, una caricia, o una palabra.

4. Utilizar una carpeta abierta y colocarla de pie sobre la mesa a modo de pantalla mientras trabaja puede ser una alternativa para momentos en los que son muy factibles los cambios.

5. Situar en la clase un cesto para meter los juguetes, dulces o cualquier distractor que se encuentre al alcance del pequeño, así se evitará que tenga tentación de sacarlos durante la clase.

6. Permitir al niño escuchar de pie cuando ya se ha caído de la silla varias veces puede darle un respiro a su necesidad de moverse.

7. Nombrarle encargado de cerrar la puerta a la hora del recreo ó en la salida, esto puede evitar que empuje en la fila por ser el último en salir de clase.

8. Asegurarnos de que adquiera la costumbre de llegar al salón a acomodar todo lo que trae en su mochila así evitará tener distractores.

9. Colocar un cartel en la pared donde pueda pintar puntos o estrellas cada vez que termine una tarea, además de funcionar como un registro de buena conducta que aumentará el rendimiento del niño, le permite levantarse y darse un paseo que le ayudará después a concentrarse mejor y mantenerse otro rato sentado.

10. Prohibir estuches, mochilas o accesorios escolares sofisticados, ayudará a reducir la distracción.

11. Tener fichas de laberintos, sopas de letras, de colorear, de razonamiento lógico etc, en la clase para los niños que terminan más pronto permitirá tener a los rápidos controlados y motivar a los lentos para que terminen.

Además de éstos mecanismos de adaptación podemos adecuar las tareas a su capacidad de atención y tolerancia emocional (la mayoría de estos niños(as) se frustran enseguida con el trabajo intelectual) sin necesidades de hacer programaciones especiales.⁵³

3.2.2 Estructuración de las tareas en tiempos cortos para ayudar al niño a terminar las tareas.

3.2.2.1 Técnicas comportamentales aplicadas al aula.

Estas técnicas aplicadas adecuadamente en el aula pueden servir como una herramienta que ayude a solucionar algunos problemas dentro del salón de clases. Cada técnica se debe ajustar a cada niño y a cada necesidad.

- *Los premios:*

Para que las conductas positivas de los niños aumenten (trabajar sentado, no cometer errores, jugar sin pelearse, etc.) los profesores deben buscar formas de recompensar a sus alumnos, las recompensas materiales no son aconsejables en el aula. En primer lugar, porque las recompensas sociales, como la felicitación del profesor o de los compañeros, y la satisfacción del trabajo bien hecho suelen ser suficientes para incrementar estas conductas y son mucho más naturales. En

⁵³ id ORJALES

segundo lugar, porque la cantidad de chicos no permite costear al profesor tal cantidad de refuerzos.

- *El profesor tiene, básicamente las siguientes recompensas a su alcance:*

1. Dar privilegios de clase, como borrar el pizarrón, cerrar con llave, repartir el material, hacer recados, etc.

2. Dedicar especial atención a un alumno (a todos les gusta sentirse atendidos de forma especial respecto de los demás). Otorgar puntos individuales, otorgar puntos de grupo.

3. Otorgar auto-registros de rendimiento (el niño apunta en un registro cada vez que ha conseguido un objetivo propuesto y sólo el hecho de que lo apunte mejorará su comportamiento).

4. Reconocer públicamente al niño, por parte de los compañeros así como de los padres y profesores.

- *El tiempo fuera.*

Es una técnica de control de la conducta que sirve para eliminar todos los comportamientos negativos que están motivados por el deseo del niño por llamar la atención del profesor.

En este caso, el niño se porta mal porque recibe un premio: la atención del profesor y de los compañeros (aunque esta atención se de forma negativa o de castigo).

El objetivo del tiempo fuera consiste en la retirada de la atención o la retirada física del niño del lugar en donde esté recibiendo el refuerzo (la atención) para evitar que una conducta negativa se repita. El mensaje de fondo que el niño debe de recibir es “si actúas bien estaré contigo, te haré caso, participarás, no te llamaré la atención, estaré contigo, etc.” Este mensaje debe de quedar implícito en las actuaciones del profesor.

- *La retirada de atención del profesor.*

Debe aplicarse también en aquellos casos en los que el niño desea llamar la atención del profesor de una forma inadecuada pero sólo en los casos en que al niño no le importa la atención de sus compañeros. Es útil por ejemplo: cuando un niño desea ser el primero en contestar una pregunta y se levanta gritando “yo,

maestra(o), yo, yo...”cuando se levanta constantemente sin terminar la tarea y pregunta tonterías que sabe, para que le hagan caso, cuando la maestra (o) pregunta a un compañero y él da la respuesta en lugar de guardar silencio, etc. En estas condiciones, el profesor puede ignorar al niño sin necesidad de expulsarle de clase (no es necesario porque el niño sólo desea la atención del profesor(a)) y prestarle atención sólo cuando su comportamiento cambie; por ejemplo: si la consigna es “no vengas a mi mesa hasta que hayas terminado este ejercicio”, se puede actuar de la siguiente manera. Si el niño acude a la mesa antes de terminar, se ignorará, no se le dirá absolutamente nada. Si resignado vuelve a su mesa y vuelve a trabajar se reforzará la conducta prestándole atención, por ejemplo, se paseará por el salón observando su trabajo, y el de los demás y animándole a continuar.

- *El castigo como consecuencia directa de la mala conducta.*

Resulta de mucha utilidad porque el niño no valora el castigo como una venganza del profesor sino como consecuencia directa de su comportamiento, consecuencia que deberá evitar en el futuro.

- *La práctica positiva.*

Realizar la conducta que se ha incumplido varias veces o en una intensidad exagerada puede ser muy útil.⁵⁴

3.2.3 El autorrefuerzo positivo colectivo para el control del comportamiento y la mejora del rendimiento escolar.

El niño hiperactivo no suele ser reforzado muy habitualmente. Sus conductas (de atención, comportamiento en clase, rendimiento, autocontrol, etc,) no alcanzan, en la mayoría de las ocasiones lo que el entorno considera normal para un niño de su edad. Sus esfuerzos por controlar y corregir sus conductas, cuando las hay, suelen pasar desapercibidos por los adultos y los compañeros y, por lo general, no se refuerzan como consecuencia se produce una ausencia de refuerzo de las conductas positivas del niño, lo que unido al refuerzo de las conductas negativas, conduce a un empeoramiento progresivo de su comportamiento en el aula. Para

⁵⁴ id ORJALES

corregir esta situación se propone un sistema de contingencias (premios) basado en “estrellas o puntos” que sirva para reforzar a cada niño de forma individual. A este sistema se le ha denominado autorrefuerzo colectivo. Autorrefuerzo, porque es el niño el que anota los puntos que consigue y colabora en la selección de las conductas que quiere mejorar (se auto premia) y colectivo porque debe ser realizado no sólo con los problemáticos sino con todos los niños del salón.

Los objetivos que se persiguen con la siguiente actividad son los siguientes:

- Favorecer los refuerzos de conducta dentro del salón.
- Generalizar al resto de los niños de la clase el beneficio de ésta técnica.
- Integrar el tratamiento del niño hiperactivo dentro de la clase.
- Eliminar, en lo posible, el ambiente de competitividad que generalmente se produce en el salón de clase.
- Favorecer el refuerzo entre compañeros.

El procedimiento será el siguiente:

1. El profesor propondrá a los niños que hagan una lista de aquellas conductas o materias en las que les gustaría mejorar, por ejemplo, no pelearse en recreo, mejorar una calificación pasada, colorear mejor, etc. El profesor recogerá las hojas y cada día se sentará con 5 alumnos para ayudarles a definir operativamente cada una de las conductas de forma que puedan ganarse estrellas si consiguen cumplirlas.

2. Una vez definida las conductas los niños pasarán a un papelito que contendrá la información como se señala en el cuadro.

3. Cada vez que un niño ha conseguido cumplir su objetivo dibuja una estrella en su papel. Cuando el niño haya obtenido las cinco primeras estrellita, el profesor le confeccionará una nota de refuerzo para que la lleve a su casa.

(ver el siguiente ejemplo)

Estoy muy contento(a) porque x niño ha conseguido cinco estrellas por trabajar concentrado en clase.

Estoy seguro(a) de que la próxima vez conseguirá más.

(firma y fecha)

3.2.4 El profesor como modelo de conductas reflexivas y de autocontrol.

Numerosas investigaciones han demostrado que los profesores reflexivos tienen alumnos más reflexivos y los profesores impulsivos tienen alumnos más impulsivos. El niño hiperactivo por su inmadurez y dependencia emocional es extremadamente fácil de influir, por este motivo el profesor puede modelar con éxito actitudes reflexivas en la realización de las tareas de clase.⁵⁵

3.2.5 La utilización de las autoinstrucciones en el aula.

La utilización de auto instrucciones para secuenciar el pensamiento y aumentar la eficacia en la solución de problemas debería ser aprovechado también por el resto de los compañeros de clase. El profesor puede utilizarlas como marco de referencia en la enseñanza en todas las materias escolares. Para facilitar su utilización sería conveniente situarlas en un lugar visible del aula, preferentemente sobre o lado del pizarrón, porque es el centro neurálgico de la actividad de la clase. De este modo el profesor podrá hacer referencia a cada una de las fases del proceso durante sus explicaciones en clase.

3.2.6 El papel de los coterapeutas.

Un coterapeuta es un niño que colabora con el profesor para apoyar a otro niño en su trabajo individual.

La utilización de coterapeutas ofrece las siguientes ventajas:

- Permite al profesor controlar indirectamente más conductas en el aula.
- Permite al profesor tener otra opinión de lo sucedido cuando él no ha estado presente.
- Permite crear cierto distanciamiento entre el niño hiperactivo y el profesor en momentos en los que el distanciamiento es un requisito para la extinción del refuerzo.
- Ayuda al niño coterapeuta a afianzar sus conocimientos.

⁵⁵ id ORJALES

- Ayuda al niño coterapeuta a ser solidario.
- Ayuda al niño coterapeuta a recibir atención del profesor. Algunos niños son buenos estudiantes y no reciben atención individualizada del profesor.
- Ayuda al niño hiperactivo a recordar los objetivos que se ha propuesto y para los que está trabajando para ganarse puntos.
- Ayuda al niño hiperactivo a ser mejor aceptado en el grupo.

El coterapeuta tiene que tener características determinantes como:

- Debe ser un niño admirado o querido por el niño hiperactivo.
- debe ser un niño reflexivo y organizado.
- debe acceder voluntariamente al plan de trabajo.
- su razón para colaborar no debe ser únicamente la búsqueda de su aprobación del profesor (hay niños que se creen obligados por la propuesta del profesor).
- no debe manifestar ansiedad por la tarea encomendada.
- su colaboración tendrá un tiempo limitado (una semana por ejemplo) si transcurrido ese tiempo desea seguir se le aumentará una semana más y así sucesivamente.
- debe recibir los mismos puntos que su compañero obtenga por cumplir sus objetivos.
- se le debe enseñar como ser un coterapeuta (el coterapeuta apoya y orienta, no soluciona).
- debe compartir la mesa del niño hiperactivo durante el tiempo señalado.
- se debe controlar que el coterapeuta no se vuelque tanto en el trabajo del compañero que llegue a olvidar su propio trabajo.

3.2.7 El “protagonista de la semana” para mejorar la autoestima.

El objetivo de esta actividad es doble: por una parte, ayuda a que los niños se conozcan mejor entre sí, y por otra, favorece que el niño hiperactivo se vea valorado por los demás y sea percibido por ellos de una forma positiva y, quizá, muy distinta a la habitual. Todo ello repercutirá directamente en su imagen (¿cómo

soy yo?) y con el tiempo, quizá también en su autoestima (¿me gusto como soy yo?).

Esta actividad comienza cuando el profesor(a) decide mediante un supuesto sorteo, quién va a ser el niño protagonista de la semana. Cada lunes habrá un protagonista de modo que al cabo de unos meses hayan pasado por esta actividad todos los niños de la clase.

Se realiza de la siguiente manera:

1. El viernes anterior, el niño elegido, recibe una carta en la que se comunica a sus padres la finalidad de la actividad y se les pide que colaboren con su realización (véase cuadro 2 al finalizar la información).

2. A partir del lunes, el niño elegido será considerado protagonista. Se colocará en la clase una cartulina que hable de él. Para que el resto de los niños de clase tengan información sobre quién es y como es su vida, el protagonista llevará fotos de su familia y su casa, así como cualquier objeto personal que le apetezca mostrar: un muñeco, una mascota, dibujos de cuando era pequeño, etc.

3. Se anima a los padres a que participen, enviando notas que relaten anécdotas de la vida de su hijo. Todo lo recopilado, se colocará en el cartel de protagonista y estará expuesto hasta el viernes.

4. En la cartulina, se reservarán además, tres espacios que llevarán por título “lo que le gusta comer”, “le gusta jugar a...” y “cosas buenas de...”. En este espacio cada niño de la clase anotará lo que haya observado durante la semana. Para reforzar la participación de los niños, se les sugiere que anoten entre paréntesis su nombre, así el protagonista recordará quién escribió cada una de las observaciones. Se dedica especial atención al apartado “cosas buenas de” en caso de que el cartel contenga algunas observaciones negativas, se dialoga en clase sobre ella. El autor de la misma explicará a los demás, incluido al protagonista, el por qué de esa observación. Luego se debatirá sobre las posibles formas de ayudar a ese niño en ese determinado problema. La actividad de “auto refuerzo positivo” comentada antes, tiene mucha utilidad en estas ocasiones.

Tras el debate se hace notar a todos que el objetivo del cartel de protagonista es recopilar todas las cosas buenas de un niño, puesto que a las características más

negativas hay que ponerles solución. Se considera entonces, si el protagonista debe proponerse algún objetivo más en su cartel de auto refuerzo para eliminar esta conducta. Después se invita al autor del comentario a que lo borre. En ningún momento se critica al niño que ha hecho la observación. Se pretende que el niño protagonista acepte la crítica como algo constructivo y que el resto de la clase se acostumbre a proponer situaciones de ayuda.

5. Al final de la semana el cartel se descuelga, se recorta y se engrapa en forma de álbum que el niño podrá llevarse a casa de recuerdo.

Esta actividad debe ser realizada por el profesor(a) de clase y con todos los niños del salón. Los niños creerán que el orden de aparición se determinará por sorteo, tal y como se ha señalado al inicio, sin embargo el profesor(a) irá eligiendo a los niños en función de las necesidades del momento. En primer lugar se elegirá un niño muy aceptado por la clase, de esta forma los niños podrán entrenarse en su procedimiento. Después participará un niño rechazado o aislado en el grupo, así se conseguirá que la clase haya practicado una situación más difícil cuando le toque el turno al niño hiperactivo, que por lo general es más conflictivo. Se hará coincidir la aparición de este niño como protagonista en un momento adecuado de su programa de intervención individual. A lo largo del curso, el profesor aprovechará para nombrar protagonista a aquellos niños que estén viviendo un momento especialmente crítico como un refuerzo social importante (por ejemplo, aquel niño que acaba de tener un hermano, aquel que parece deprimido, etcétera).

Fecha...

Queridos padres de

Se les escribe esta carta para saludarlos e informarles que su hijo ha sido elegido protagonista de la semana a partir del próximo lunes.

Para realizar esta actividad es necesario que traiga, el lunes sin falta, algo especial para nuestro cartel de protagonista de la semana (tamaño cartulina).

Todo lo que nos quieran mostrar será comentado por él mismo y colocado en su cartel. Son imprescindibles, por ejemplo, algunas fotos de cuando era pequeño y de toda su familia. Luego al colocarlo en el mural tendrá que contar en el salón de clase, cómo es su casa, quién sale en cada foto, cómo era de pequeño y todas aquellas anécdotas que ustedes hayan comentado con él. En el cartel sus compañeros anotarán las comidas, juegos y cosas que más le gustan y podrá pegar cualquier dibujo y objeto personal que desee enseñar.

Se hará especial hincapié en una parte del cartel que dedicaremos a anotar todas las buenas cualidades (nunca malas) que el resto de los niños de la clase vayan observando en él.

Una vez concluidas la semana, el cartel se recortará y con él se confeccionará un libro que el niño podrá llevarse a casa de recuerdo.

El objetivo que se persigue con esta actividad es doble:

- conocer que los niños se conozcan mejor, que el niño protagonista se se vea valorado por los demás.
- Que sus compañeros se esfuercen en verlo de una forma positiva, y quizás muy distinta a la habitual.

Dada la importancia que concedemos a esta actividad, solicitamos su colaboración. Y les recordamos que nos resultará útil todo aquello que pueda colgarse en su cartulina, incluyendo cartas o papelitos con comentarios de ustedes sobre anécdotas positivas de su hijo(a).

Por su colaboración, muchas gracias.

Firma.

3.2.8 La “técnica de la tortuga” para favorecer el autocontrol.

La técnica de la tortuga fue diseñada por M. Schneider (1974) como un método eficaz para el autocontrol de la conducta impulsiva en el aula, revelándose muy útil en situaciones de descontrol por carga emocional. Resulta de mucha utilidad en niños de preescolares y hasta los 7 años de edad. A partir de esta edad, la escenificación de la tortuga se utiliza como un planteamiento lúdico de una técnica de relajación y autocontrol. Los niños mayores de 8 años se divierten con la historia, pero a ellos se les planteará la actividad como una técnica de relajación y autocontrol más que como un juego.

Esta técnica, se aplica con todo el grupo de clase, y se introduce utilizando la historia de una tortuga (ver cuadro no.3) cuyo comportamiento refleja la falta de control emocional de los niños hiperactivos.

El procedimiento a seguir será el siguiente:

1. El profesor(a) leerá la historia de la tortuga a todos los alumnos.
2. Con la imagen mental que provoca el cuento, el terapeuta invitará a los niños a dramatizar la sensación de frustración de la tortuga, su rabia contenida y su intento de introducirse en el caparazón. Cuando la tortuga se introduce en el caparazón para vencer los sentimientos de rabia y furia, los niños escenificarán esta actitud pegando la barbilla al pecho, colocando los brazos a lo largo del cuerpo y presionando fuertemente la barbilla, brazos y puños cerrados, mientras cuenta hasta diez. La desatención posterior provoca una relajación inmediata.
3. Esta sesión que se realiza durante una hora de clase y en presencia por el profesor(a), concluye con la invitación (a todos los niños de la clase) a realizar la tortuga en aquellos momentos en que sientan ganas de resolver una situación agresivamente o sientan que el enojo se desborda.
4. Para motivar la aplicación de esta técnica, se propone a los niños un refuerzo colectivo: una tortuguita de verdad. Si todos los niños aplican la técnica de la tortuga obtendrán puntos para tortuga. Tortuga que todos aprenderán a cuidar y que se llevarán por turnos los fines de semana para que no se quede sola.

5. El profesor dibujará una tortuga grande en una cartulina. El caparazón de la tortuga estará cubierto de “escamas”-casillas que serán los puntos a conseguir (cada profesor, conociendo el grado de control de su clase, podrá poner más o menos “escamas”).

6. Los niños podrán tachar o colorear una de las “escamas” en dos ocasiones: a) si han conseguido hacer la tortuga en un momento difícil o b) si han recordado a otro niño que lo hiciera.

7. Cuando entre otros se consiga rellenar la tortuga, el profesor comprará una tortuguita de verdad para el aula.

8. Los profesores(as) que impartan alguna clase o plática dentro del grupo deberán estar informados de esta técnica para que se le de seguimiento a esta actividad.⁵⁶

Estas estrategias y técnicas que se dan en este capítulo se muestran con el fin de dar una idea de las posibles alternativas que puede tener el docente dentro del salón de clase, utilizándolas como herramientas que faciliten el trabajo con niños con TDA.

Cabe señalar que estas sugerencias se pueden modificar o adecuar según sea el caso del niño al que se refiera, como se ha mencionado con anterioridad, existen niños con o sin hiperactividad, pero es importante que el docente tenga una relación estrecha con la información proporcionada a padres de familia por parte del médico a cargo ya que se pueden emplear estas u otras actividades que se sugieran para el niño, y así obtener mejores resultados.

⁵⁶ id ORJAES

Historia de una tortuga.

“En una época muy remota vivía una tortuga joven y elegante. Tenía ...años de edad y justo entonces acababa de empezar ...curso. Se llamaba Tortuguita.

A Tortuguita no le gustaba ir al colegio. Prefería estar en casa con su madre y su hermanito. No quería estudiar, ni aprender nada de nada; solo le gustaba correr y jugar con sus amigos o pasar las horas muertas viendo la televisión. Le parecía horrible tener que hacer cuentas y más cuentas; y aquellos horribles de matemáticas que nunca entendía. Odiaba con toda el alma leer y lo hacía bastante mal y era incapaz de acordarse de apuntar los deberes que le mandaban. Tampoco se acordaba nunca de llevar los libros al colegio.

En clase, jamás escuchaba a la profesora y se pasaba el rato haciendo ruidos que volvían locos a todos sus compañeros. Cuando se aburría, que sucedía muy seguido, interrumpía la clase chillando o diciendo tonterías que hacían reír a todos. En ocasiones intentaba trabajar, pero lo hacía rápido para terminar cuanto antes y se volvía loca de rabia cuando, al final, le decían que lo había hecho mal. Cuando esto sucedía arrugaba las hojas o las rompía en mil pedazos. Así transcurrían los días.

Cada mañana, camino al colegio, se decía así misma que iba a esforzarse en todo lo posible para que no la fueran castigar en todo el día. Pero, al final, siempre acababa metida en algún lío. Casi siempre se enfurecía con alguien, y se peleaba constantemente, aunque sólo fuera porque creía que le habían empujado en la fila o lo habían hecho a propósito. Se encontraba siempre metida en dificultades y empezó a estar harta en el colegio. Además, una idea empezó a rondarle por la cabeza “soy una tortuga muy mala”, se decía. Estuvo pensando esto mucho tiempo, sintiéndose mal, muy mal.

Un día cuando se sentía más triste y desanimada que nunca, se encontró con la tortuga más grande y más vieja de la ciudad. Era una tortuga sabia, tenía por lo menos 100 años y su tamaño era enorme. La tortuga sabia se acercó a Tortuguita y le preguntó que le ocurría. Tortuguita tardó en responder, impresionada por semejante tamaño. Pero la vieja tortuga era tan bondadosa como grande y estaba deseosa de ayudarla. ¡Hola!, dijo con voz profunda y atronadora “voy a contarte un secreto ¿No comprendes que llevas sobre ti la solución para los problemas que te agobian?”.

Tortuguita no sabía de qué se le estaba hablando. “!Tú caparazón, tu caparazón!”, exclamó la tortuga sabia, “!para eso tienes una coraza! Puedes esconderte en su interior siempre que te des cuenta de que lo que estas haciendo o diciendo te da rabia. Entonces, cuando te encuentres dentro de tu concha dispondrás de un momento de tranquilidad para estudiar tu problema y buscar la mejor solución. Así que, ya lo sabes, la próxima vez que te irrites, métete inmediatamente en tu caparazón”.

A Tortuguita le gustó la idea y estaba impaciente por probar su nuevo secreto en el colegio. Llegó el día siguiente y, de nuevo, Tortuguita cometió un error que estropeó su hoja de papel blanca y reluciente. Empezó a experimentar otra vez sentimientos de furia y rabia y, cuando estaba a punto de perder la paciencia y a punto de arrugar la hoja, se acordó de lo que le había dicho la vieja tortuga. Rápida como el rayo encogió sus piernas, brazos y cabeza, apretándolos contra su cuerpo, deslizándose al interior de su caparazón. Permaneció así hasta que tuvo tiempo de pensar qué era lo mejor que podía hacer para resolver su problema con la hoja. Fue estupendo para ella encontrarse allí tan tranquila y confortable dentro de su concha donde nadie podía molestarla.

Cuando por fin salió de su concha se quedó sorprendida al ver que su maestra la miraba sonriente. Tortuguita explicó que se había puesto furiosa porque había cometido un error. La maestra le dijo que estaba orgullosa de ella porque había sabido controlarse. Luego, entre las dos resolvieron el fallo de la hoja. Parecía increíble que con una goma y borrando con cuidado, la hoja pudiera quedar limpia.

Tortuguita continuó aplicando su secreto mágico cada vez que tenía problemas, incluso en el recreo. Pronto, todos los niños que habían dejado de jugar con ella por su mal carácter, descubrieron que ya no se enfurruñaba cuando perdía un juego, ni pegaba por cualquier motivo. Al final de curso, Tortuguita aprobó todo y jamás le faltaron amigos.”

3.3 Los padres.

El papel de los padres resulta imprescindible para la recuperación del niño hiperactivo. Los padres representan la fuente de seguridad, los modelos a seguir, el reflejo mismo de lo que los hijos sienten que son, la base fundamental sobre la que construyen su propia escala de valores y el concepto de disciplina y autoridad. Con la ayuda de los padres existe una mejor evolución en el comportamiento del niño hiperactivo, como la marca la autora Isabel Orjales, haciendo referencia a las necesidades del niño hiperactivo como son:

- Una familia con normas claras y bien definidas.
- Exigencia adaptada a la medida de sus posibilidades.
- Un ambiente ordenado y organizado.
- Que la familia reconozca el esfuerzo realizado por el niño.

Este tercer capítulo describe algunos beneficios para el alumno que se pueden obtener de la ayuda proporcionada por, profesores, padres de familia o personas a cargo y/o especialistas en el seguimiento del niño (pedagogos, psicólogos, médicos tratantes etc.), en las que se incluyen algunas estrategias o técnicas a seguir, sugeridas por diversos autores, las cuales se pueden adecuar según sea el caso que se presente. Esto es con la finalidad de proporcionarle al pequeño alternativas para que pueda desenvolverse y actuar de manera correcta dentro de un grupo de clases, utilizándolas para poder corregir algunas conductas distorsionadas a causa de este trastorno, pudiendo llegar a tener un comportamiento adecuado dentro y fuera del salón de clases.

CAPITULO IV: TRABAJO DE INVESTIGACION Y RESULTADOS

4.1 Generalidades.

La sociedad mexicana vive un momento de transición epidemiológica que impacta necesariamente a la educación. En este contexto se hace presente en México el trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDAH, como un problema de salud pública; que afecta el 4 ó 5% de la población escolar, lo que implica que en nuestro país existen alrededor de 1,500,000 niños portadores de TDA/TDAH. Esta entidad tiene una repercusión definitiva sobre el desarrollo social, escolar y familiar de quienes lo padecen, no solo, como alguna vez se consideró en la etapa escolar, sino dentro de una proporción variable de adolescentes y adultos.⁵⁷

Al hablar de transición epidemiológica nos estamos refiriendo a los sucesos que se presentan en determinado tiempo dentro de nuestra sociedad, y cabe señalar que no por el hecho de manejar este término, se hace referencia a un brote epidemiológico. Este es un trastorno que aunque no se exponga de manera tan marcada dentro de la escuela, tiene que ver con la salud y con la educación, porque su presencia es habitual dentro de un salón de clases; hay inconvenientes que se presentan dentro un aula que el maestro detecta por la forma de comportarse del niño, en donde comienza por descartar dichos actos, utilizando ciertas estrategias que el profesor cree que son las adecuadas, como por ejemplo: cuando el niño presenta problemas de visión el niño empieza a comportarse diferente (más inquieto), el profesor puede darse cuenta del problema y cambiar al niño de lugar, observando la reacción que hay en él, y más tarde avisando a los padres de familia lo que se ha observado para canalizarlo con el oftalmólogo.

Con este ejemplo podemos darnos cuenta de que hay estrecha relación entre la educación y la salud, ya que de alguna manera puede llegar a presentarse algún imprevisto por parte del niño en cuanto a salud afectando su actividad dentro del salón de clases, por lo que el profesor como primer contacto, al percatarse de lo que está sucediendo pueda actuar de la manera que él crea o

⁵⁷ RUIZ García “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad”; en: Consenso de expertos. Morelos 2002. Academia Mexicana de Pediatría

auxiliarse de algún otro profesor (pedagogo, orientador, psicólogo educativo, etc.) que le pueda orientar sobre lo que está sucediendo.

Este trabajo de investigación inicia con el conocimiento que tienen los alumnos de octavo semestre acerca del TDA/H, en donde nosotros relacionamos dicha información desde dos posturas frente al tema:

1. Como **pedagogos**, aportando herramientas sobre qué es lo que pueden hacer frente a un caso que parezca o sea TDA/H en un salón de clases, o como apoyo a profesores que tengan un caso similar.

2. Como **docentes**, se hace la misma interrogación, desde otro papel, en donde la relación con los niños es más directa.

La investigación se centra en alumnos de octavo semestre, para tomar como referencia a estudiantes que estén insertos en el campo laboral, o de no ser así, que se encuentren más próximos a él.

A partir de lo señalado con anterioridad, surge la necesidad de incluir la información que se maneja dentro de esta investigación para conocer el tema y relacionarlo dentro del ámbito educativo, tratando de involucrar a profesores, pedagogos, orientadores, e incluso a padres de familia etc., que puedan proporcionar ayuda para la identificación de este trastorno como primer punto; más tarde la canalización, por parte de los profesores para confirmar dicho trastorno por medio de un médico especialista, y por último el trato que se le puede dar al niño ya confirmado el TDA/H, en unión con padres de familia y el seguimiento que indiquen las personas especializadas en el tema.

4.2 Planteamiento del problema.

Con mi trabajo de investigación pretendo saber si el tema del TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad) es conocido dentro de la UPN, ya que existe un alto índice de alumnos que al terminar la universidad fungen como maestros en diferentes centros educativos, especialmente en nivel preescolar y básico. Es por esta causa que me es interesante saber qué tanto se conoce este padecimiento en alumnos de octavo semestre de la carrera en pedagogía, ya que investigaciones recientes demuestran que este trastorno es

uno de los más frecuentes dentro del salón de clases y cada vez más se incrementa el número de niños afectados con este padecimiento, así mismo la tendencia por parte de nuestros compañeros al egresar de esta institución por desempeñarse como trabajadores dentro del ámbito educativo, ya sea como pedagogos o como docentes.

4.3 Justificación.

Uno de los posibles problemas que se presentan dentro del medio educativo, son los diversos enfrentamientos o rivalidades que se pueden dar dentro de un salón de clases entre profesor-alumno, en donde resalta, el “alumno problema” (inquieto, incontrolable, distraído, etc.), que en muchas situaciones es tratado erróneamente tanto por padres de familia como por profesores. Algunos de estos alumnos se les rechaza de acuerdo a sus diversos comportamientos que sobrepasan el límite de tolerancia en cualquier sentido, y los maestros en ocasiones, no se encuentran totalmente informados o capacitados acerca de diversos trastornos de conducta que se presentan en diferentes etapas del niño.

Mientras que en la escuela se opta por agotar los constantes sanciones hasta concluir con la posibilidad de que el alumno continúe con sus estudios, dándolo de baja definitiva en la escuela y a la vez causándole serios problemas tanto en lo familiar como en lo social, ya que este tipo de comportamiento continuará acarreado infinitos problemas de inadaptación y hasta rechazo en el entorno social si no es detectado y tratado a tiempo. Lo que en ocasiones lleva a la terrible desesperación por parte de los padres en ya no saber que hacer con el niño.

Dentro del ambiente escolar, habitualmente se presentan diversos cambios o trastornos de conducta que afectan al niño, en ocasiones sin que el o los que lo rodean estén concientes del problema.

Existen diferentes tipos de trastornos como son: el autismo, alteraciones motrices en los ojos, alteraciones de lenguaje trastorno de conductas, trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, etcétera; entre estos tipos me es importante resaltar el TDAH, ya que este desorden es uno de lo más frecuentes en

la actualidad, como lo señala el autor HALLOWELL en su libro "Controlando la hiperactividad".

La mayoría de los estudios con referencia al TDA, coinciden en que en los niños en edad escolar la frecuencia es de 5 a 9 por cada 100 niños, por lo que en un salón de 40 niños estadísticamente hay de 2 a 4 pequeños con este padecimiento. También se ha descubierto que el TDA existe en todas las poblaciones estudiadas aun cuando sean muy diversas áreas geográficas, estratos socioeconómicos o razas, a lo que se le identifica como un trastorno mundial, como lo señala VAN-WIELLINK en "Déficit de atención con hiperactividad"

De todo lo señalado con anterioridad podemos resaltar la importancia de conocer este tema dentro de la UPN, ya que es un problema muy cercano a docentes y pedagogos.

Nosotros como pedagogos nos es básico e indispensable conocer este tipo de trastornos, ya que cifras recientes demuestran que en un porcentaje elevado, egresados de la UPN trabajan como profesores en nivel básico, medio y superior.

El propósito de este trabajo se basa fundamentalmente en la recopilación de información proporcionada por alumnos de octavo semestre de la carrera en pedagogía dentro de la Universidad Pedagógica Nacional acerca del conocimiento que tienen sobre el TDAH.

Este trabajo se hace con la finalidad de presentar el impacto que representa este problema dentro de la educación, en donde nosotros como pedagogos o como docentes, nos es imprescindible estar al tanto de temas en los que estén inmersos problemas o beneficios que involucren al niño dentro del ámbito escolar.

Se sabe de antemano que la formación que se adquiere dentro de la UPN, no es tendiente a la capacitación docente en educación básica y media, pero nosotros como pedagogos estamos obligados a identificar ciertos problemas que afecten al alumno en su rendimiento escolar, refiriéndonos en este caso, al TDA/H.

Por otra parte el hecho de egresar como pedagogos, no obstaculiza la idea de trabajar como docentes frente a un grupo, situación originada por diversas circunstancias de las que este trabajo no tiene por objetivo analizar, ya que

nuestro propósito principal es conocer la información que proporcionan alumnos de octavo semestre en relación al tema, y realizar diversos análisis en cuanto a lo que se desprenda de esta investigación.

La posibilidad de realizar un adecuado diagnóstico, posibilita una intervención educativa, social y afectiva realmente acorde a las necesidades de niño. Por otro lado da una visión más real a los padres, por lo que se sienten muy culpables y frustrados por las causas de los trastornos y de su implicación y limitaciones educativas para con sus hijos.

Por tanto resulta indispensable destacar la importancia de conocer el TDA por parte de profesionales de las ciencias medicas y educativas, para poder entender a fondo, diagnosticar a tiempo y tratar correctamente este padecimiento, igualmente ir involucrando a padres de familia sobre el tema, y así mismo evitar que se catalogue erróneamente a los niños, ubicándolos como problema dentro de la misma sociedad.

4.4 Hipótesis.

Las hipótesis que se intentan demostrar son:

HIPOTESIS NULA: El trastorno por déficit de atención no es conocido de una manera satisfactoria en los alumnos del último ciclo escolar de la U.P.N.

HIPOTESIS ALTERNA: El alumno al egresar de este plantel es capaz de reconocer, manejar y canalizar satisfactoriamente a niños con TDAH.

4.5 Objetivos.

Objetivo General.

- Dar a conocer el estado actual de los alumnos de octavo semestre de la carrera de pedagogía en cuanto a sus conocimientos sobre el TDAH.

Objetivos específicos.

- Destacar la importancia de conocer el TDAH.
- Describir las características del TDAH.
- Mencionar alternativas para mejorar la conducta.

- Resaltar la importancia de implementar talleres o cursos enfocados a este trastorno

4.6 Material y métodos.

Este trabajo se realizó por medio de un estudio exploratorio, transversal y de campo durante el periodo comprendido de noviembre del 2004 a junio del 2005 mediante un cuestionario aplicado a los alumnos de sexto y octavo semestre de la licenciatura en pedagogía.

Inicialmente se empleo un cuestionario piloto a alumnos de sexto semestre, del 24 al 26 de enero para poder determinar los posibles errores dentro del mismo y se elaboró el cuestionario definitivo corrigiendo preguntas mal interpretadas o redactadas; el cual, se aplicó a alumnos de octavo semestre de la carrera de pedagogía posteriormente.

Se tomó, como base científica para respaldar este trabajo de investigación las bibliografías más recientes, así como revistas, publicaciones y textos de renombre mundial tomando como base al DSM IV TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales "texto revizado") y las últimas publicaciones referentes al tema obtenidas en OVID y MEDLINE, ARTEMIZA (Paginas electrónicas nacionales e internacionales de publicaciones medicas y de salud.), sin dejar a un lado textos completos de escritores reconocidos principalmente el PAC (Programa de actualización continua en Pediatría) editado por la Asociación Mexicana de Pediatría en el 2005.

El universo se basó en la totalidad de los alumnos que cursaron el octavo semestre de la carrera de pedagogía durante el ciclo escolar 2004, 2005 y se calculo el número de muestra para trabajar a un nivel de confianza del 90%.²¹ El total de los estudiantes dentro de la carrera de pedagogía, en sus diferentes campos fue de 211 alumnos, por lo que (en base al tamaño del universo) el resultado fue de 52.

La cantidad de cuestionarios aplicados a cada campo fue de la siguiente manera:

Comunicación: 11, Orientación Educativa: 17, Proyectos Educativos: 6, Currículum: 6, Docencia: 12.

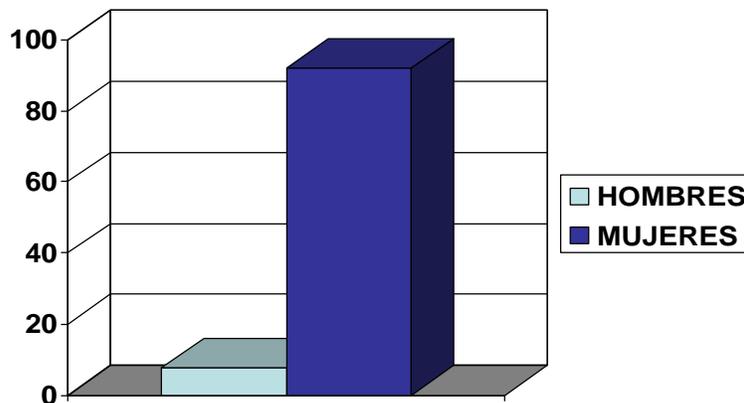
La aplicación de cuestionarios fue al azar y de acuerdo al número de muestra que existía por cada campo.

Obtenidas las respuestas se tabularon y clasificaron (tabla 1. ver anexos), se realizó un análisis porcentual para evaluar la información obtenida en cada uno de los campos explorados.

4.7 Resultados.

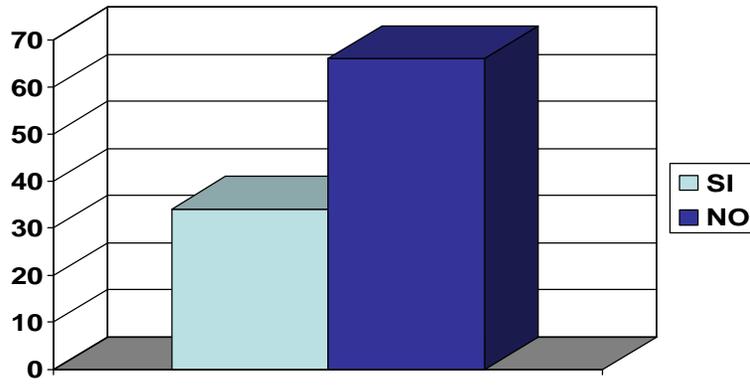
De acuerdo a los resultados obtenidos dentro de la investigación, hubo una participación de 48 mujeres (92.3%) y 4 hombres (7.7%) (gráfica 1). En el total de alumnos que corresponde al sexo femenino, únicamente 14 alumnas laboran en la actualidad, de las mujeres que laboran 9 de ellas trabajan dentro del medio educativo, las 5 restantes se desempeñan en otro ámbito. Por lo que respecta a los varones, todos trabajan, pero de los 4 sólo 1 trabaja dentro del campo educativo (gráfica 2,3).

GRAFICA No. 1



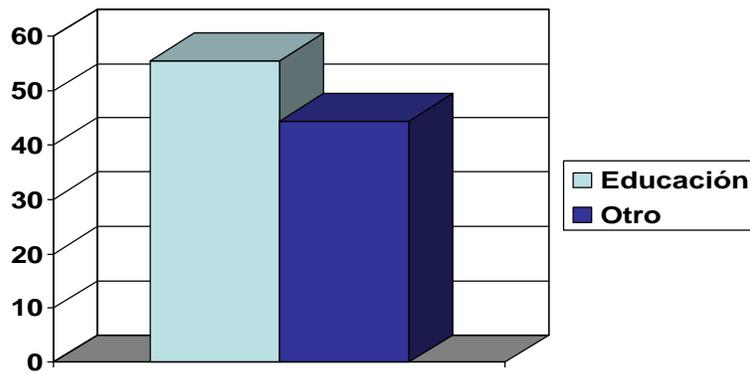
DISTRIBUCION POR SEXO

GRAFICA No. 2



PORCENTAJE DE ALUMNOS QUE TRABAJAN

GRAFICA No. 3

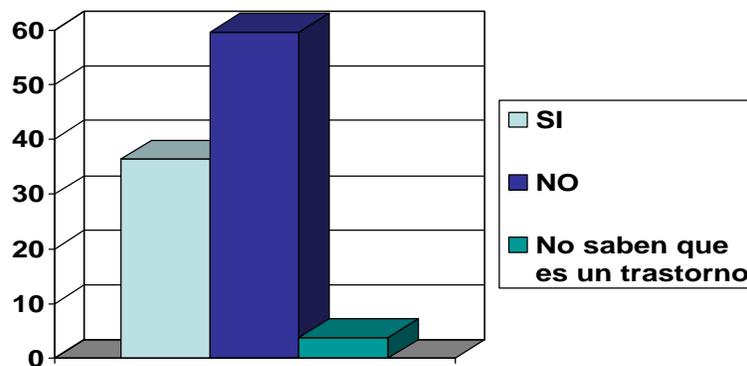


ALUMNOS QUE LABORAN EN AMBITO EDUCATIVO

De los 52 alumnos encuestados, 50 de ellos (96%) respondieron adecuadamente a la definición de trastornos del aprendizaje de acuerdo al PAC

(Programa de Actualización Medica Continua en Pediatría); retomando el número inicial de alumnos en total, sólo 19 de ellos, respondieron que sí conocían algún trastorno del aprendizaje, entre los que se mencionaron fueron los siguientes: dislexia, discalculia, dislalia, problemas matemáticos, trastorno de la lectura, y lento aprendizaje, mientras que el resto del número inicial de la población, que corresponde a 31 personas, dijeron no conocer algún trastorno del aprendizaje. El resto de la población en general, que corresponde a 2 personas (4%) no supo lo que era un trastorno del aprendizaje (gráfica 4).

GRAFICA No. 4

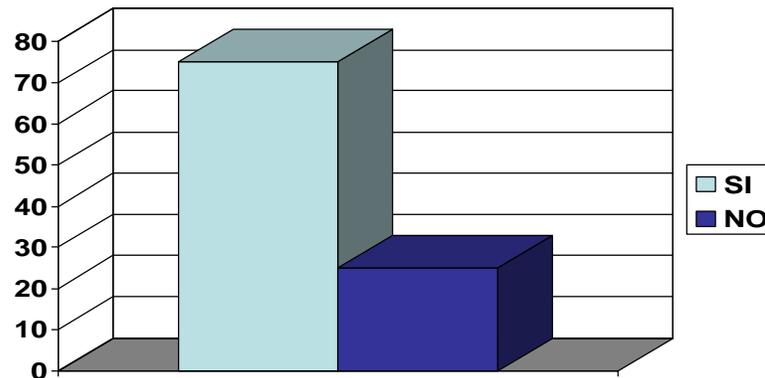


ALUMNOS QUE CONOCEN ALGUN TRASTORNO DEL APRENDISAJE

Se encontró que 39 alumnos (75%) respondieron adecuadamente al significado de las siglas TDA., mientras que el resto de la población que corresponde a 13 alumnos (25%), respondieron incorrectamente (gráfica 5). Los alumnos que conocían el origen o la causa del TDA, fueron 13 alumnos (25%), los cuales mencionaron que era de tipo neurológico, genético, o fisiológico. El resto de

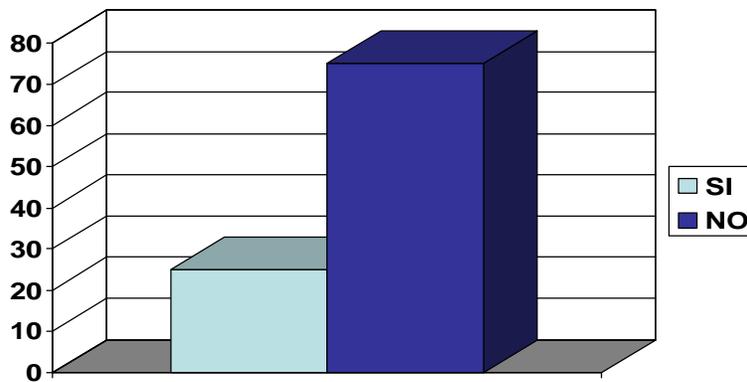
la población que corresponde a 39 personas (75%), desconocieron la respuesta (gráfica 6).

GRAFICA No. 5



ALUMNOS QUE SABEN EL SIGNIFICADO DE LAS SIGLAS TDA

GRAFICA No. 6

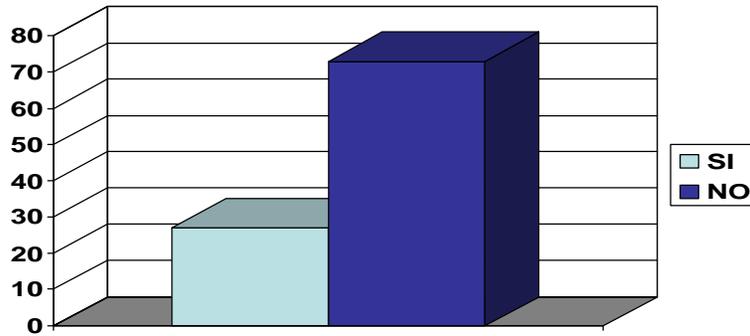


ALUMNOS QUE CONOCEN EL ORIGEN DEL TDA

En una cantidad similar 14 personas (27%) identifican, en qué etapas se presenta el TDA, contestando que, en cualquier etapa del ser humano se puede

presentar este trastorno. El resto de los alumnos que corresponden a 38 (73%), respondieron incorrectamente, ya que la mayoría de ellos enfocaba la respuesta a una sola etapa que era la infancia, y algunos otros simplemente desconocían la respuesta (gráfica 7).

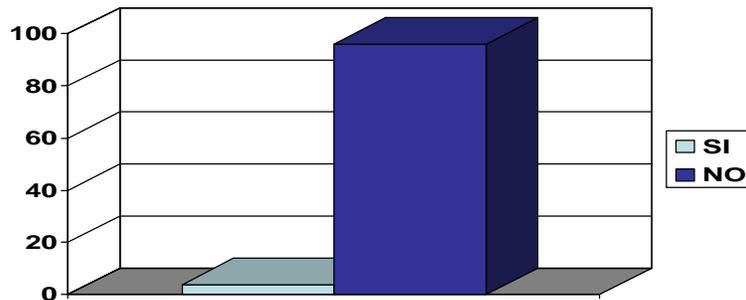
GRAFICA No. 7



ALUMNOS QUE CONOCEN LA EDAD DE APARICION DEL TDA

Ahora bien de 52 alumnos, sólo 5 personas conocen los tipos de TDA que como lo mencionaron son 2, 3 alumnos dicen que no hay tipos de TDA, y el resto de los alumnos, dicen no saber si existen o no (gráfica 8).

GRAFICA No.8

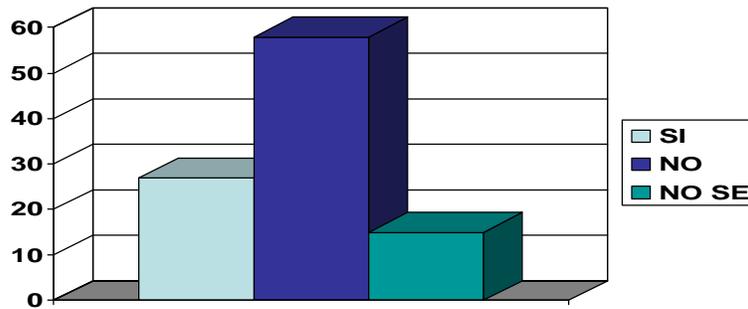


ALUMNOS QUE CONOCEN LOS TIPOS DE TDA

Hay una cifra de 14 del número total de alumnos encuestados (27%), que mencionan que el TDA es una enfermedad por el hecho de tener tratamiento

médico, los 30 alumnos siguientes (58%) mencionan que no lo es, y por último, 8 alumnos (15%) dicen no saber qué es (gráfica 9).

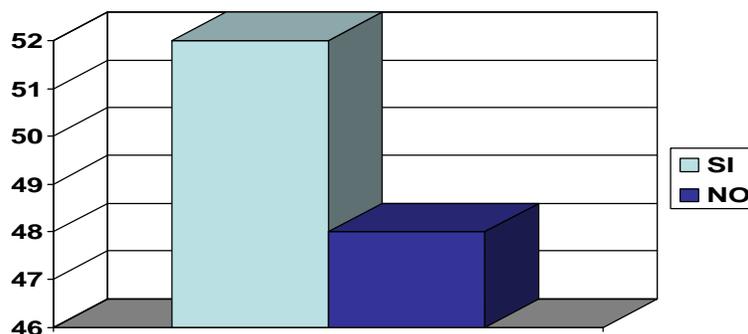
GRAFICA No 9



ALUMNOS QUE RESPONDEN A SI EL TDA ES UNA ENFERMEDAD

25 alumnos (48%) de los 52 encuestados, desconocen alguna solución para el TDA. El resto que son 27 (52%) menciona que sí conoce alguna solución para el TDA, dentro de este mismo número de alumnos, 18 de ellos se inclinan por terapias y tratamiento médico, mientras que el resto de último porcentaje, que son 9, hace mención a actividades específicas para el niño y la aplicación de técnicas de aprendizaje (gráfica 10).

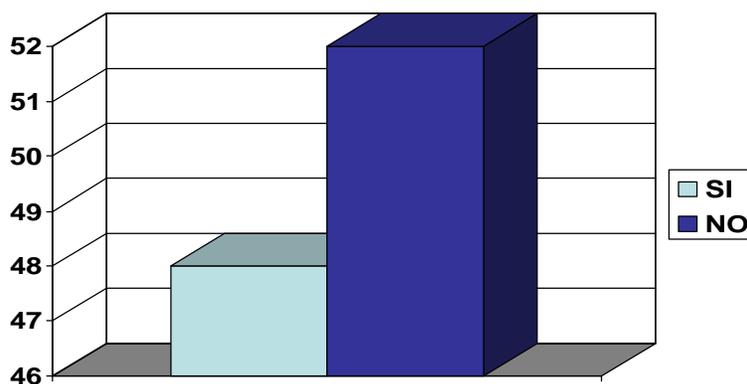
GRAFICA No. 10



ALUMNOS QUE MENCIONAN CONOCER UN TRATAMIENTO PARA EL TDA

De los alumnos encuestados, 27 alumnos (52%) dicen no estar capacitados para identificar a una persona con TDA. El resto de los alumnos, 25 (48%), mencionan que sí son capaces de identificar a estas personas, dentro de esta misma cifra 22, de ellos opinan que referirían a los niños a un psicólogo, pedagogo, neurólogo, o a una clínica psiquiátrica, mientras que los 3 alumnos restantes dentro de este último porcentaje, no saben a donde o con quién canalizar a este tipo de personas (gráfica 11).

GRAFICA No. 11

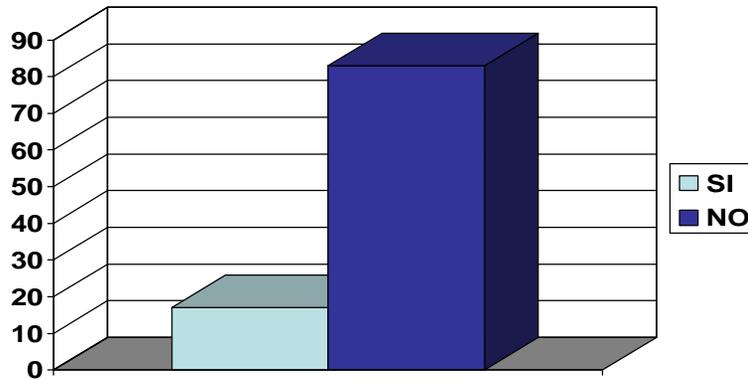


ALUMNOS QUE LOGRARIAN IDENTIFICAR A ALGUIEN CON TDA

Cabe señalar que los alumnos que canalizarían a este tipo de niños a un pedagogo, dicen no estar preparados(as) para desempeñar esta función.

Dentro de los resultados obtenidos, sólo 9 alumnos (17%) de la población encuestada, conocen instituciones en las que se puede tratar o canalizar a personas con TDA, las instituciones mencionadas fueron: el DIF, psiquiátrico infantil, y la clínica de Ramón de la Fuente. Los alumnos restantes, que fueron 43, desconocen por completo alguna institución en referencia al tema (gráfica 12).

GRAFICA No. 12

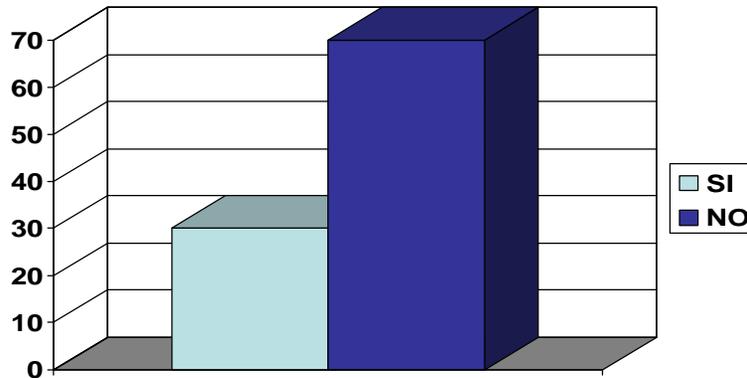


ALUMNOS QUE CONOCEN ALGUNA INSTITUCION DONDE CANALIZAR A ALGUIEN CON TDA

Hay 7 alumnos (13%) que mencionaron que el tema lo conocían antes de entrar a la UPN, 41 personas (79%) contestaron que lo conocieron después de entrar a la UPN, y los 4 restantes (8%) de la población encuestada, dijeron no conocer el tema actualmente.

Dentro de la UPN sí se ha revisado el tema en clases, afirman 16 alumnos (30%), que hacen mención de las siguientes materias: Orientación educativa, Introducción a la psicología, Psicodiagnóstico e Investigación; cabe señalar que dentro de esta cifra en su mayoría los alumnos coinciden en especificar que esta revisión no ha sido formal y mucho menos se le ha dado el tiempo y el espacio necesario para conocer el tema con detalle (gráfica13).

GRAFICA No. 13



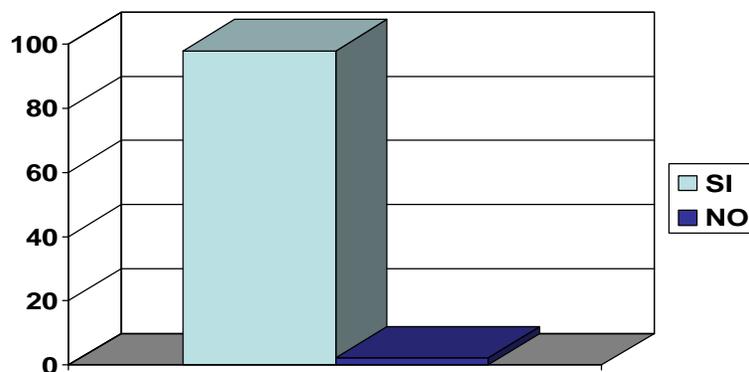
ALUMNOS QUE MENCIONAN SI SE HA REVIZADO ESTE TEMA DENTRO DE LA UPN

El resto de la población que son 36 personas (70%), mencionan que no se ha revisado este tema en ninguna materia, este porcentaje sugiere que este tipo de temas deberían ser incluidos en materias como: psicología, psicodiagnóstico, génesis y desarrollo, problemas de aprendizaje, didáctica, introducción a la pedagogía, o en todo caso que se abriera una materia extra.

32 alumnos (62%) mencionan que han platicado de este tema en la UPN dentro del salón de clases, en la familia, y con conocidos. El resto, que son 20 (38%) dicen no haber platicado con nadie sobre el tema.

Casi la totalidad de los alumnos encuestados, que son 51 personas (98%), mencionan que es importante conocer el tema siendo pedagogos, al igual que se debería abordar este y otros temas similares dentro de la UPN de manera formal, al igual que, les gustaría conocer más sobre el tema. Solo una persona difiere en lo anterior (gráfica 14).

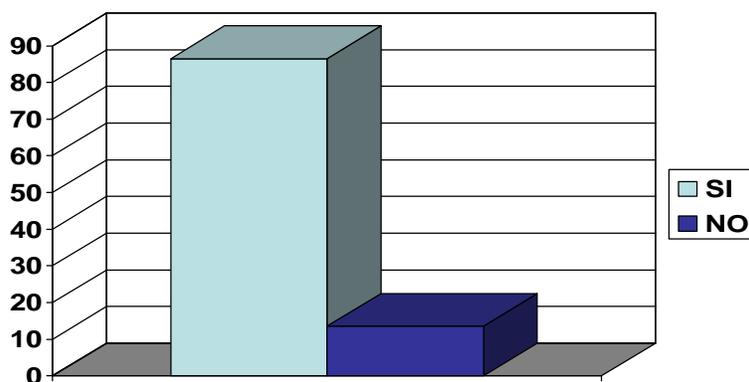
GRAFICA No. 14



ALUMNOS QUE LES PARECE IMPORTANTE REVIZAR ESTE TEMA DENTRO DE LA UPN

De la totalidad de alumnos 45 (86.5%) desean desempeñarse en materia relacionada a la educación (gráfica 15).

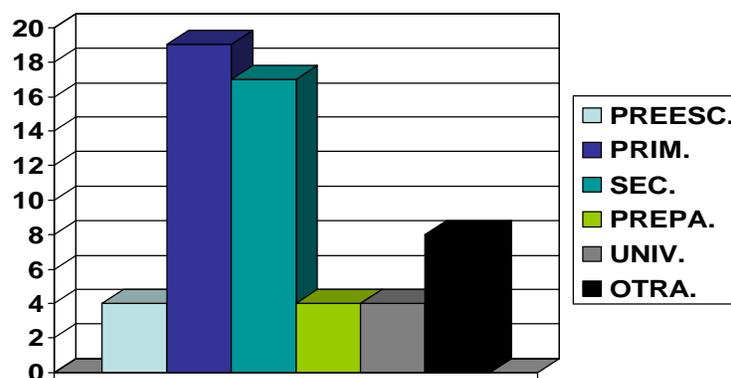
GRAFICA No. 15



ALUMNOS QUE PRETENDEN AL EGRESAR, TRABAJAR EN ALGUNA INSTITUCION EDUCATIVA

Los resultados obtenidos en este segmento describen específicamente en donde les gustaría laborar a los 52 alumnos encuestados al terminar su carrera (gráfica 16):

GRAFICA No. 16



DISTRIBUCION SEGÚN AREA EDUCATIVA CONTEMPLADA PARA LABORAR

2 de ellos (4%) desean trabajar en preescolar.

10 alumnos (19%) en primarias.

9 alumnos (17%) en secundarias.

El 4% (2 alumnos) en preparatorias o bachilleratos.

El 4% (2 alumnos) en alguna universidad.

El 38% (20 alumnos) en cualquier Institución educativa.

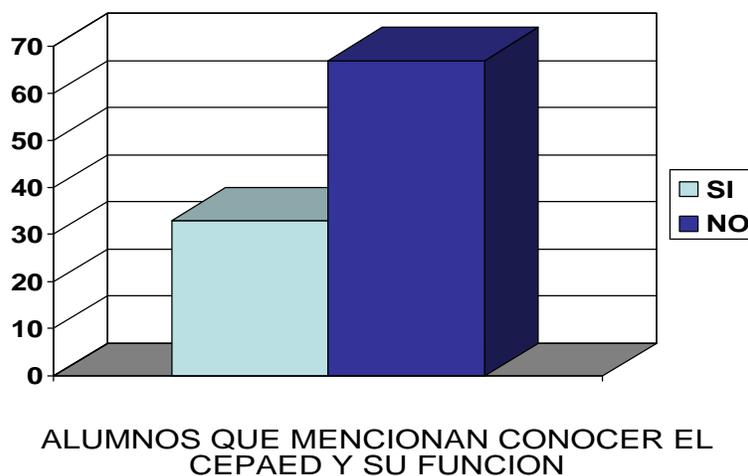
El 8% (4 alumnos) otra

El 6% (3 alumnos) aún no sabe donde le gustaría trabajar.

El 33% (17) de la población menciona que sí conoce el CEPAED y sabe donde se ubica, pero en su mayoría no cuentan con una información correcta acerca de su función.

El resto de los alumnos que son el 67% (35) desconocen su existencia o función (gráfica 17).

GRAFICA No.17



4.8 Discusion-interpetación.

Este trabajo pretende mostrar un panorama más amplio, en el que se expongan diversas formas de pensamiento, en la que cualquier persona que esté preocupada o encargada de la educación, tendrá la opción de rescatar, rectificar o de apropiarse de la información que crea o le sea valiosa de acuerdo a sus propias necesidades, ya que lo que se expone dentro de esta investigación da posibles alternativas a este problema tanto a padres de familia como a los maestros(as), que estén pasando por una situación similar con alguien cercano a ellos, o simplemente para el conocimiento del mismo.

Sin lugar a dudas este trabajo nos proporciona un panorama general del estado actual de los alumnos próximos a egresar de nuestra digna institución, muchos de ellos con la firme convicción de poner en practica sus conocimientos trabajando para nuestros hijos, la deficiencia observada en cuanto al TDAH nos obliga a mirar atrás y a recapacitar la posibilidad de alguna falla en nuestra formación, por tanto resulta imprescindible el darnos la oportunidad de compenetrarnos en las alteraciones de conducta y de aprendizaje mas frecuentes en la niñez.

En los resultados proporcionados por los alumnos de octavo semestre en la licenciatura de pedagogía, se encontraron variantes en cuanto a las respuestas obtenidas, para determinar qué tanto se conocía el tema.

Como primer punto apareció un porcentaje alto (96%), en el que se acercaban a la definición adecuada acerca de qué era un trastorno del aprendizaje, pero que no se correlacionó adecuadamente al pedir que mencionaran alguno, ya que de ese mismo porcentaje, sólo 19 personas identificaron algún trastorno lo que hace suponer que la definición es deducida muy fácilmente sin que ello garantice el conocimiento adecuado de los trastornos.

Otro punto que destaca en la información proporcionada, es que al introducirnos al tema específicamente, hay un porcentaje elevado del 75% (39 personas), en las que contestan de manera adecuada el significado de las siglas TDA, pero al contrastarlo con el apartado de que si se conoce el origen o la causa, sólo 25% (13 personas), lo mencionan correctamente. Y se suma una cifra similar en otro apartado al preguntar en qué etapas del ser humano se presenta el TDA, sólo 27% (14 personas), contestaron adecuadamente; Otro de los resultados que destaca por su imparcialidad es, al preguntar sobre los tipos de TDA, únicamente 10% (5 personas), mencionaron los tipos de TDA.

En esta información resalta la inconsistencia que hay acerca del tema, ya que al englobar toda la información, en el inicio aparecen porcentajes elevados, pero al compararlos con el resto de la información, nos hace pensar que las respuestas se intuyen o se deducen de acuerdo a la pregunta que se les proporcionó, ratificando en los comentarios que hacen dentro del mismo cuestionario, insistiendo en el desconocimiento del tema y en su interés por que se abra un espacio para este tipo de problemas.

A pesar de los porcentajes mínimos que se observaron, hay un resultado que destaca por sobre todos los resultados obtenidos, y es que a pesar de desconocer el tema, el 48% de los alumnos, mencionan que sí son capaces de identificar a una persona con TDA y en caso de detectarlos los canalizarían a un psicólogo, pedagogo, neurólogo o a alguna clínica psiquiátrica, pero las personas que canalizarían a los alumnos seleccionados con otro pedagogo, dicen no estar

capacitadas para desempeñar esta función, esta situación revela en primer lugar que los alumnos responden por intuición o por no evidenciar su carencia de conocimientos ya que al conjuntar toda la información es claro que muy pocos alumnos conocen situaciones básicas del tema. Por último resulta contradictorio y alarmante que se opte por un pedagogo, comprobando la incapacidad de manejar estos problemas.

Englobando la información proporcionada resalta una serie de contradicciones, que en cierto punto, reafirman el desconocimiento del tema, poniendo en riesgo, el trato que se pueda tener frente a un niño con este trastorno en el salón de clases, y ante esta inexperiencia de temas, nuevamente se le etiqueta al niño como problema, encasillándolo y limitando, o en el peor de los casos no canalizar a tiempo a estos pequeños con el médico encargado y generar en el alumno problemas a futuro como podría ser el bajo rendimiento escolar, deserción escolar, baja autoestima, por mencionar algunas de las consecuencias que tiene el no detectar a un niño con TDA a tiempo.

Hay una cifra de 25 alumnos específicamente, que centran su interés en trabajar con pequeños de preescolar hasta alumnos de secundaria, sin mencionar 20 más que desean trabajar en cualquier institución educativa. Estas cifras remarcan cuánto interés existe por parte de los alumnos por desear laborar directamente en el ámbito educativo, en su mayoría como docentes.

La interpretación final de los datos, nos obliga a pensar que los alumnos de octavo semestre de la UPN, no cuentan con las bases mínimas indispensables, para lograr identificar, referir y/o manejar niños con estas características aún a pesar de que un gran número de ellos pretende laborar en sitios que le obligan a mantener una estrecha interacción con estos niños.

Por lo anterior me permito sugerir, el implementar más información acerca del tema, abriendo cursos, talleres, o en todo caso integrar este y otros temas básicos en la formación del pedagogo dentro de los programas establecidos en nuestra institución, con el fin de poder brindar mejores herramientas al egresado, en pro de lo más importante que existe en nuestro país: los niños.

Es importante señalar que existe un departamento dentro de la UPN que podría servir como apoyo a este tipo de temas como lo es el CEPAED (Centro Psicopedagógico de Atención a la Educación). Pero no se sabe con precisión si lo podría hacer o no, ya que la información que se recopiló acerca del mismo fue insuficiente y con poca claridad.

Por otra parte las respuestas obtenidas en referencia a las funciones que desempeña el CEPAED distan mucho de la real labor que se lleva a cabo en dicho organismo, la mayor parte de los alumnos (33 correspondiente al 67%) no conocen su presencia en la UPN, y el resto (33%) los cuales mencionaron estar al tanto de conocerlo, no logran explicar su desempeño en la formación de los alumnos pertenecientes a esta universidad.

Conclusiones.

Actualmente se puede observar, como la educación dentro de las escuelas es cada vez más exigente por parte de los alumnos que se encuentran día a día en un salón de clases; refiriéndonos específicamente a las diversas necesidades que el alumno inconscientemente va requiriendo en su estancia como estudiante, y que al paso del tiempo, pueden ser significativas en su desempeño dentro y fuera del salón de clase, invirtiendo lo adquirido a corto y largo, ya que lo que se adquiere en las primeras etapas o periodos del niño determinan a futuro, un buen desempeño emocional, social y laboral.

Uno de los posibles problemas que se presentan dentro del medio educativo son los diversos enfrentamientos o rivalidades que se pueden dar dentro de un salón de clases entre profesor-alumno, en donde resalta, el típico alumno problema (inquieto, incontrolable, distraído, etcétera.), que en muchas situaciones es tratado erróneamente tanto por padres de familia como por profesores. Algunos de estos alumnos se les rechaza de acuerdo a sus diversos comportamientos que sobrepasan el límite de tolerancia en cualquier sentido, y los maestros en ocasiones no se encuentran totalmente informados o capacitados acerca de diversos trastornos de conducta que se presentan en diferentes etapas del niño. Esta situación, en ocasiones lleva a la terrible desesperación por parte de los padres en ya no saber que hacer con el niño; mientras que en la escuela se opta por agotar las constantes sanciones hasta concluir con la posibilidad de que el alumno continúe con sus estudios, dándolo de baja definitiva en la escuela y a la vez causándole serios problemas tanto en lo familiar como en lo social; ya que este tipo de comportamiento continuará acarreado infinitas complicaciones de adaptación y hasta rechazo en el entorno social si no es detectado y tratado a tiempo.

Dentro del ambiente escolar, habitualmente se presentan diversos cambios o trastornos de conducta que afectan al niño, en ocasiones sin que él o los que lo rodean estén conscientes del problema.

Para atender las necesidades educativas del alumno, resultaría importante e indispensable, que todas las personas que pretendan desempeñar funciones en un ámbito escolar conozcan los principales problemas que aquejan a nuestros niños dentro del salón de clases; de ahí la importancia de indagar sobre estos conocimientos dentro de nuestra institución, para poder tener más herramientas en nuestra preparación como egresados de la UPN.

La información en general se centra básicamente en conocer sobre el TDA con o sin hiperactividad, para que el encargado de la educación pueda identificar las características de un alumno con problemas de conducta que se inclinen hacia este trastorno, canalizando al niño con el médico (pediatra), como primera opción y en unión con él médico, poder confirmar o descartar este trastorno.

Esta información se referirá principalmente al docente, por el interés que hay en egresados de la UPN por ser maestros, pero no se descartara a toda aquella persona que esté encargada o preocupada por la educación (pedagogos y/o padres de familia).

Este trabajo de investigación pretende dar a conocer información para que el educador pueda tener más opciones para enfrentar algún problema dentro del salón de clases.

Cabe señalar que lo que a continuación se menciona, podría servir de guía o como sugerencia, con base en la información recabada.

Hay conductas dentro del salón de clases que simulan un posible TDA en el niño, pero antes habría que descartar problemas de vista, sociales, familiares o algún tipo de trastorno (dislexia, dislalia, disgrafía, etcétera.) por mencionar algunos, en donde pareciera estar frente a un caso de TDA/H, sin así serlo; para ello, es indispensable recabar información en unión con padres de familia y si así se requiere, buscar apoyo de algún médico que se encargue de este trastorno.

Con la información que se pueda dar con base en el diagnóstico que emita el pediatra o médico a cargo, el docente puede planear cómo trabajar directamente con el alumno, si así se requiere, pero sin descartar la comunicación entre padres de familia y el propio docente, para poder dar un mejor seguimiento al comportamiento del pequeño.

En el estudio realizado a alumnos de octavo semestre de la carrera en pedagogía (ciclo 2005), se obtuvo que un número considerable señalan el gusto por desempeñarse como profesionales dentro de una institución educativa, en su mayoría en la educación preescolar hasta la educación media. Y es aquí donde resalta una enorme preocupación por este tipo de temas que se presentan a diario en miles de salones de clases, que en ocasiones son desconocidos y mal orientados.

El TDA, aunque es un tema que al parecer es actual, es un trastorno que se ha investigado desde hace poco más de un siglo, y que a pesar de su existencia, para muchos es algo nuevo, desconocido y, que causa gran polémica, ya que en el presente se desconocen las causas y no hay pruebas palpables e irrefutables que fundamenten con sumo detalle la explicación de este trastorno.

Existen limitaciones en su detección apropiada, ya que todo el trabajo que se requiere para su descubrimiento implica una serie de pruebas que van acompañadas del apoyo tanto de los padres de familia como de las personas que se encarguen de la educación del pequeño, y por supuesto del médico familiar o pediatra. Pero el hecho de que existan limitaciones en el conocimiento del tema, no implica que se aminore la importancia del problema.

Existen diversas pruebas que descartan un TDA o que determinan la aproximación al mismo, el cuál dependiendo de su gravedad requerirá o no de tratamiento médico, acompañado de técnicas especializadas para la modificación de la conducta (educación especializada), para obtener mejores resultados, conjuntando un tratamiento multidisciplinario para el niño con TDA.

Con este trabajo de investigación se dan a conocer diversos puntos de vista en cuanto a la información en general, para dar un panorama más amplio acerca del tema, destacando la importancia del mismo y resaltando la idea de que este es un problema palpable dentro de un salón de clases, que puede verse reflejado principalmente en el bajo rendimiento escolar.

Durante mi estudio me percate de que los alumnos no conocen la información mínima requerida sobre el TDA/TDAH y que en su mayoría desconocen los trastornos del aprendizaje, como son: dislexia, dislalia, discalculia, problemas

matemáticos, etcétera, por mencionar algunos. En general hay desconocimiento sobre el tema, pero igualmente se señala que hay interés por conocerlo dentro de la UPN.

Existe el CEPAED (Centro Psicopedagógico de Atención a la Educación), el cual desde lo que pude recavar de información acerca de él, proporciona espacios dedicados a la difusión de este tipo de temas por medio de pláticas o conferencias dentro de la UPN, aunque no hay una continuidad para el seguimiento a este tipo de temas. Igualmente se encarga de dar apoyo a escuelas que se encuentran en la zona del Ajusco. Pero a pesar de su labor el CEPAED no es conocido por la mayoría de los alumnos a punto de egresar de la UPN, lo que denota poco interés por parte del alumnado en actividades extras o pobre difusión de las actividades realizadas por dicho organismo.

Cabe mencionar que durante la realización de este trabajo de investigación, se buscó en reiteradas ocasiones apoyo directo de este departamento sin encontrar respuesta adecuada del mismo.

El interés por establecer alguna relación con el CEPAED dentro de esta investigación fue que antes de sugerir alternativas dentro o fuera del currículo para el estudio de estos temas habría que encontrar lo que se ofrece dentro de la Universidad, y determinar la necesidad o no de incluirlos dentro de algún programa específico, pues aunque estos tópicos no se contemplen dentro del plan de estudios, habría que examinarlos para una mejor formación del pedagogo, para su propia práctica, ya que en ocasiones sin conocer este tipo de temas, se puede dar un manejo inadecuado perjudicando directamente al niño.

La información resulta imperante para que todos los alumnos egresados de la UPN, cuenten con la preparación suficiente para poder enfrentarse ante cualquier dificultad correspondiente al ámbito educativo, ya sea como docente, asesor, orientador o pedagogo. Es de vital importancia que nosotros como egresados contemos con conocimientos básicos mínimos, para lograr ciertos conocimientos acerca de las variadas personalidades que podemos encontrar en un salón de clases, empresa o institución.

Este trabajo nos permitió indagar acerca de el TDA/H en específico, encontrando resultados desalentadores en lo que se refiere a una capacitación global para alguien que se verá sometido a un sin fin de retos en su desempeño profesional.

Nosotros como pedagogos a pesar de que no somos formados para desempeñarnos como docentes, deberíamos de estar obligados al menos a conocer temas que afecten el desempeño escolar del alumno, para poder proporcionar el apoyo adecuado a profesores y alumnos que requieran de nuestra intervención.

Para concluir me es importante resaltar que dentro de la presente investigación se obtuvieron resultados que podrían tomarse en cuenta para investigaciones posteriores en pro de una mejor educación para egresados de esta institución.

Esto es con la finalidad de diseñar diferentes retos en nuestro desarrollo profesional, con la intención de formarnos adecuadamente en todos y cada uno de los objetivos que se nos plantean al formar parte de esta universidad; los resultados obtenidos en este estudio nos sirven para reflejar aquellas pequeñas carencias o deficiencias a las que nos enfrentamos al concluir nuestra formación profesional, sin que ésta última implique el dominio total del campo de trabajo para lo cual estamos siendo formados, es decir, tenemos carencias o insuficiencias que debemos de tratar de subsanar de la mejor manera, con el fin de perfeccionar nuestra labor como profesionales de la educación, en cualquier terreno al que nos enfrentemos.

Como seres humanos, como docentes y más aún como pedagogos debemos formar parte de la motivación e impulso para seguir innovando y mejorando todos aquellos vacíos que se presenten en el terreno educativo, para así poder ser portadores de una mejor educación, al comenzar por nuestra propia alma mater, nuestra Universidad Pedagógica Nacional.

BIBLIOGRAFIA

- ARMSTRONG T., *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad*. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 2001
- BEHRMAN R. *Tratado de Pediatría Nelson*. 17ed en español 2004 Edit. McGraw-Hill. México 2005.
- BORREGO Hernández. "Tratamiento del síndrome hiperquinético en la infancia", en: *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. Vol.27 no.5 2003.
- BRIONES Zubiría. PAC Pediatría I. *Programa de actualización continua en pediatría*. Tomo I. Edición actualizada. Academia Mexicana de Pediatría 2004-2005. Editores Intersistemas.
- CADENA Agustín *De la imagen a la letra* Ediciones GRAHMA, diseño de colección. México 2000.
- CARRANZA P. Ma. Guadalupe. *Jornadas pedagógicas de otoño*. Memorias 1998. Universidad Oedagógica Nacional. SEP.
- CÁZARES Hernández, Christen E., Jaramillo L. *Técnicas actuales de investigación documental*. Editorial Trillas. Segunda reimpresión, México 1992.
- CERVANTES Pablo. "*Trastorno por déficit de Atención*"; en: NotiFESACATLAN. Boletín informativo de la facultad de estudios superiores Acatlan. Nueva era no. 142 pág. 2-3.
- FELDMAN S.R (1995) *Psicología con aplicaciones para iberoamérica*. Mac graw Hill. México.
- GARCIA S.J (1997) *Psicología de la atención*. Editorial Síntesis, Madrid España.
- HALLOWELL, Edward M. *TDA: controlando la hiperactividad*. (Cómo superar el deficit de atención con hiperactividad (ADHD) desde la infancia hasta la edad adulta.) Editorial Paidós. España 2001.
- JAVALOYES Sanchís A. *Valoración psiquiátrica en niños y adolescentes*. Valoración y tratamiento del enfermo mental. Madrid 2002. Ediciones ARAN.
- JOHNY Cake. *Trastornos de la atención, su relación con el aprendizaje, aspectos médico biológico del Síndrome ADHD*. ADHD Rev.Foundation for Attention Déficit Hyperkinetic Disorder Research, vol 6 No.4 2002.

- JOSELEVICH, Estrella. *AD/HD Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad*. Qué es, qué hacer, recomendaciones para padres y docentes. Ed. Paidós. México 2003.
- LÓPEZ-Ibor Aliño y M. Valdés Miyar. *DSM-IV-TR. Brev. Criterios Diagnósticos* .Edic. Española. JJ. Edit Masson; Barcelona, 2003.
- LÓPEZ S.C. y García S.J (1999) *Problemas en el niño*. Editorial Pirámide, Madrid España.
- MENDOZA E, Ma. Teresa *¿Qué es el trastorno por déficit de atención? Una guía para padres y maestros*. Editorial Trillas. México 2003.
- MÜNCH Lourdes, Ernesto Angeles. *Métodos y Técnicas de Investigación*, decimoprimer reimpresión México 2003, Edit. Trillas
- ORJALES Villar Isabel. *Déficit de Atención con Hiperactividad*. Manual para padres y educadores. 6ª edición. España 2002. Editorial CEPE
- ROSAS María. *Niños diferentes: cómo dominar el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Editorial Norma. México 2002.
- RUIZ García Matilde. "Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad", en: *Consenso de expertos Morelos 2002*. Academia Mexicana de Pediatría.
- STEIN B, David. *Mi hijo se distrae en la escuela*. Mitos y realidades sobre el déficit de atención. Editorial Grijalbo. México 2004.
- TALLIS J. (1982) *Enfoque neuropsicológico. Disfunción cerebral mínima*. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- VAN-WIELLINK Guillermo *Déficit de atención con hiperactividad*. Edit. Trillas 2da Edic. México 2004.

DIRECCIONES EN INTERNET

- www.medline.com
- www.ovid.com
- www.medscape.com
- www.tda-h.com

ANEXOS

DESATENCIÓN	SI	NO
(a) A menudo no presta atención a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.		
(b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.		
(c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.		
(d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe al comportamiento negativista o a incapacidad para seguir intrucciones).		
(e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.		
(f) A menudo evita, le disgusta o le es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).		
(g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (juguetes, ejercicios escolares, libros, etcétera).		
(h) A menudo es descuidado en las actividades diarias.		
TOTAL		

HIPERACTIVIDAD	SI	NO
(a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.		
(b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera permanezca sentado.		
(c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetvos de inquietud).		
(d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.		
(e) A menudo esta en marcha o suele actuar como si tuviera un motor.		
(f) A menudo habla en exceso con impulsividad.		
(g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.		
(h) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (se entromete en conversaciones o en juegos).		
TOTAL		

Escala de Conners para maestros

revisada (L) C.Keith conners, Ph. DHA. Traducida por Orlando L.Villegas, Ph. DHA.

Nombre del niño(a): _____ Sexo: Masculino: _____ Femenino: _____
 Nombre del maestro: _____ Fecha de hoy: _____

Instrucciones: A continuación encontrará una lista de situaciones comunes que los niños(as) tienen. Por favor evalúe los problemas de acuerdo con la conducta de su niño(a) durante el último mes. Por cada problema pregúntese así mismo(a) con qué frecuencia se ha presentado este problema durante el último mes e indique con un círculo la mejor respuesta para cada problema. Si la respuesta es nunca o rara vez, usted hará un círculo alrededor del 0. Si la respuesta es siempre o con mucha frecuencia usted hará un círculo alrededor del 3. Usted hará un círculo alrededor del 1 ó 2 para respuestas intermedias. Por favor responda a todos los ítems.

	NO ES CIERTO nunca, rara vez	A VECES ES CIERTO ocasional- mente	MUCHAS VECES ES CIERTO frecuentmnt	SIEMPRE ES CIERTO con mucha frecuencia
1. Desafiante	0	1	2	3
Incansable en el sentido de no estarse quieto(a)	0	1	2	3
Olvida cosas que ya ha aprendido	0	1	2	3
4. Parece no ser aceptado(a) or el grupo	0	1	2	3
5. Sus sentimientos se hieren con facilidad	0	1	2	3
6. Es un(a) perfeccionista	0	1	2	3
7. (Berrinches, pataletas), explosivo(a) de conducta impredecible	0	1	2	3
8. Excitable, impulsivo	0	1	2	3
9. No presta atención a detalles o comete errores en sus asignaturas escolares y en otras actividades	0	1	2	3
10. Insolente	0	1	2	3
11. Esta siempre moviéndose o actúa como impulsado(a) por un motor	0	1	2	3
12. Rehusa, expresa rechazo, o tiene problemas para realizar tareas que requieren un esfuerzo mental	0	1	2	3
13. Es uno(a) de los últimos en ser escogido(a) para formar equipo	0	1	2	3
14. Es un niño(a) emotivo(a)	0	1	2	3
15. Todo tiene que ser como él/ella dice	0	1	2	3
16. Incansable o demasiado activo(a)	0	1	2	3
17. Nunca termina las actividades que comienza	0	1	2	3
18. Parece no escuchar lo que se le esta diciendo	0	1	2	3
19. Abiertamente desafiante y reusa obedecer a los adultos	0	1	2	3
20. abandona su asiento en el salón de clases o en situaciones donde esperan se mantenga en su asiento	0	1	2	3
21. Pobre capacidad para deletrear	0	1	2	3
22. no tiene amigos(as)	0	1	2	3
23. Tímido(a), se asusta con facilidad	0	1	2	3
24. Revisa una y otra vez las cosas que hace	0	1	2	3
25. Lloro con frecuencia y facilidad	0	1	2	3
26. Desatento(a), se distrae con facilidad	0	1	2	3
27. Tiene dificultades organiando sus tareas y actividades	0	1	2	3
28. Tiene dificultades para mantenerse atento(a) realizar tareas o actividades creativas	0	1	2	3
29. Tiene dificultad para esperar sus turno	0	1	2	3
30. Pobre capacidad para la lectura	0	1	2	3
31. No sabe como hacer amigos	0	1	2	3
32. Sencible a la critica	0	1	2	3
33. Parece prestar demasiada atención a detalles	0	1	2	3
34. Muy inquieto(a)	0	1	2	3
35. Perturba a otros niños(as)	0	1	2	3
36. Habla demasiado	0	1	2	3
37. discute con los adultos	0	1	2	3
38. No se puede esta quieto	0	1	2	3
39. Corre, se sube a las cosas en situaciones donde es inapropiado	0	1	2	3

40. No tiene interés en el trabajo escolar	0	1	2	3
41. Pobre capacidad para socializar	0	1	2	3
42. Tiene dificultad para jugar o entretenerse sin hacer mucho ruido	0	1	2	3
43. Le gusta que todo este pulcro y limpio	0	1	2	3
44. Inquieto(a) con las manos o pies intranquilos(as) en su asiento	0	1	2	3
45. Sus demandas tiene que ser atendidas inmediatamente, se frustra con facilidad	0	1	2	3
46. Da respuestas a preguntas que aún no se han terminado de hacer	0	1	2	3
47. Rencoroso(a) y vengativo(a)	0	1	2	3
48. Poca capacidad para prestar atención	0	1	2	3
49. Pierde las cosas necesarias para sus tareas o actividades(lápices, juguetes, libros, etcétera)	0	1	2	3
50. Presta atención sólo si algo parece interesante	0	1	2	3
51. Tímido(a), introvertido(a)	0	1	2	3
52. Distruido(a) con problemas para mantener la atención	0	1	2	3
53. Las cosas siempre tienen que ser hechas de la misma forma	0	1	2	3
54. Cambios rápidos y drásticos de humor	0	1	2	3
55. Interrumpe o se ntromete con otros (en conversaciones o juegos)	0	1	2	3
56. Pobre capacidad para la aritmética	0	1	2	3
57. No sigue instrucciones y no termina tareas escolares, tareas o responsabilidades en el trabajo	0	1	2	3
58. Se distrae con facilidad con estímulos externos	0	1	2	3
59. Incansable, siempre está haciendo algo	0	1	2	3

Escala de Conners para padres-revisada

revisada (L) C.Keith conners, Ph. DHA. Traducida por Orlando L.Villegas, Ph. DHA.

Nombre del niño(a): _____ Sexo: Masculino: _____ Femenino: _____

Nombre del maestro: _____ Fecha de hoy: _____

Instrucciones: A continuación encontrará una lista de situaciones comunes que los niños(as) tienen. Por favor evalúe los problemas de acuerdo con la conducta de su niño(a) durante el último mes. Por cada problema pregúntese así mismo(a) con qué frecuencia se ha presentado este problema durante el último mes e indique con un círculo la mejor respuesta para cada problema. Si la respuesta es nunca o rara vez, usted hará un círculo alrededor del 0. Si la respuesta es siempre o con mucha frecuencia usted hará un círculo alrededor del 3. Usted hará un círculo alrededor del 1 ó 2 para respuestas intermedias. Por favor responda a todos los ítems.

	NO ES CIERTO nunca, rara vez	A VECES ES CIERTO ocasional- mente	MUCHAS VECES ES CIERTO frecuentmt	SIEMPRE ES CIERTO con mucha frecuencia
1. Enojado(a) y resentido(a)	0	1	2	3
2. Tiene dificultades para hacer o completar sus tareas en casa	0	1	2	3
3. Está siempre moviéndose o actúa como impulsado(a) por un motor	0	1	2	3
4. Tímido(a), se asusta con facilidad	0	1	2	3
5. Todo tiene que ser como él/ella dice	0	1	2	3
6. No tiene amigos	0	1	2	3
7. Dolores de estómago	0	1	2	3
8. Pelea	0	1	2	3
9. Rehusa, expresa rechazo o tiene problemas para realizar tareas que requieren constancia (tareas)	0	1	2	3
10. Tiene dificultades para mantenerse atento(a) en tareas o actividades recreativas	0	1	2	3
11. Discute con adultos	0	1	2	3
12. No termina sus tareas	0	1	2	3
13. Difícil de controlar en las tiendas o mientras se se hacen las compras del mercado	0	1	2	3
14. La gente se asusta	0	1	2	3
15. Revisa las cosas que hace, una y otra vez	0	1	2	3
16. Pierde amigos(as) rápidamente	0	1	2	3
17. Males y dolencias (dolores)	0	1	2	3
18. Incansable o demasiado activo(a)	0	1	2	3
19. Tiene problemas para concntrarse en clase	0	1	2	3
20. Parece que no escucha lo que se le esta diciendo	0	1	2	3
21. Se descontrola, pierde la paciencia, se enoja	0	1	2	3
22. Necesita supervisión constante para completar sus tareas	0	1	2	3
23. Corre, se sube a las cosas en situaciones donde es inapropiado	0	1	2	3
24. Se asusta en situaciones nuevas	0	1	2	3
25. Exigente con la limpieza	0	1	2	3
26. No sabe como hacer amigos(as)	0	1	2	3
27. Se queja de males o dolores de estómago antes de ir a la escuela	0	1	2	3
28. Excitable, impulsivo	0	1	2	3
29. No sigue instrucciones y no termina sus asignaturas escolares, tareas o responsabilidades	0	1	2	3
30. Tiene dificultades organizando tareas y actividades	0	1	2	3
31. Irritable	0	1	2	3
32. Incansable, en el sentido de no estarse quieto(a)	0	1	2	3
33. Le asusta estar solo(a)	0	1	2	3
34. Las cosas siempre tienen que estar hechas de la misma manera	0	1	2	3

35. Sus amigos(as) no lo(a) invitan a sus casas	0	1	2	3
36. Dolores de cabeza	0	1	2	3
37. Nunca termina las actividades que empieza	0	1	2	3
38. Desatento(a), se distrae con facilidad	0	1	2	3
39. Habla demasiado	0	1	2	3
40. Abiertamente desafiante y rehúsa obedecer a los adultos	0	1	2	3
41. No presta atención a detalles o comete errores en su trabajo escolar, en general u otras actividades	0	1	2	3
42. Tiene dificultad para esperar su turno en juegos o actividades de grupo	0	1	2	3
43. Tiene muchos temores, miedos	0	1	2	3
44. Tiene rituales que tiene que seguir rigurosamente	0	1	2	3
45. Distraído(a) o con los problemas para mantener la atención	0	1	2	3
46. Se queja de estar enfermo(a), incluso cuando no le pasa nada	0	1	2	3
47. Berrinches, pataletas	0	1	2	3
48. Se distrae cuando le dan instrucciones para hacer algo	0	1	2	3
49. Interrumpe o se entromete con otros en conversaciones o en juegos	0	1	2	3
50. Olvidadizo(a) con respecto a actividades cotidianas	0	1	2	3
51. Le es difícil entender matemáticas	0	1	2	3
52. Corretea entre bocados durante la comida	0	1	2	3
53. Le asusta la obscuridad, los animales, los insectos	0	1	2	3
54. Se propone metas demasiado elevadas	0	1	2	3
55. Inquieto(a) con las manos o pies, o intranquilo(a) en su asiento	0	1	2	3
56. Poca capacidad para prestar atención	0	1	2	3
57. Quisquilloso, susceptible, se fastidia fácilmente con otros	0	1	2	3
58. Su escritura es ilegible (desordenada)	0	1	2	3
59. Tiene dificultad para jugar o entretenerse sin hacer ruido	0	1	2	3
60. Tímido(a), introvertido(a)	0	1	2	3
61. Culpa a otros por sus errores y mala conducta	0	1	2	3
62. Muy inquieto(a)	0	1	2	3
63. Desordenado(a) y desorganizado(a) en la casa y en la escuela	0	1	2	3
64. Se fastidia si alguien reorganiza sus tareas	0	1	2	3
65. Se apega a su padres u otros adultos	0	1	2	3
66. Molesta a otros niños(as)	0	1	2	3
67. Deliberadamente hace cosas para fastidiar a otros	0	1	2	3
68. Sus demandas tiene que ser atendidas inmediatamente, se frustra con facilidad	0	1	2	3
69. Presta atención solamente si algo le parece muy interesante	0	1	2	3
70. Rencoroso(a) y vengativo(a)	0	1	2	3
71. Pierde cosas necesarias para sus tareas o actividades (lápices, libros, juguetes, etcétera)	0	1	2	3
72. Se siente inferior a otros	0	1	2	3
73. A veces pareciera cansado(a) o lento(a)	0	1	2	3
74. Poca capacidad para deletrear	0	1	2	3
75. Lloro con frecuencia y facilidad	0	1	2	3
76. Abandona su asiento en el salón o en situaciones donde se espera se mantenga en su sitio	0	1	2	3
77. Cambios rápidos y drásticos de humor	0	1	2	3
78. Se frustra fácilmente cuando se esfuerza	0	1	2	3
79. Se distrae con facilidad con estímulos externos	0	1	2	3
80. Da respuestas a preguntas que aún no se le han terminado de hacer	0	1	2	3

UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL.

UNIDAD AJUSCO
8avo Semestre

Edad _____ Sexo _____ Edo civil _____ No. de hijos _____

Campo _____ Trabajo en _____ Función _____

Fecha _____

CUESTIONARIO

Instrucciones: Este cuestionario forma parte de un trabajo de investigación que para obtener el título de Licenciada en Pedagogía se está realizando en la Universidad Pedagógica Nacional.

Sea tan amable de leer cuidadosamente las preguntas y contestarlas en el espacio dedicado para éstas. Toda la información será considerada de carácter estrictamente confidencial. De la veracidad de los datos depende la realización nuestro trabajo. Muchas gracias por su colaboración.

1. ¿Qué es un trastorno del aprendizaje?
2. ¿Conoces alguno? (mencionalo)
3. ¿Has escuchado algo sobre el T.D.A.? ¿en donde?
4. ¿Qué significan las siglas T.D.A?
5. ¿Conoces el origen o la causa del TDA?(mencionala)
6. ¿En qué etapas del ser humano se presenta el T.D.A?(mencionalas)
7. ¿Existen tipos de T.D.A? ¿cuáles?
8. ¿Crees que el T.D.A es una enfermedad? ¿porqué?
9. ¿Conoces alguna solución para el T.D.A? ¿cuál?
10. ¿Tú como pedagogo identificarías a una persona con T.D.A? ¿cómo?
11. En caso de detectarlo, a dónde lo canalizarías o con quién.

12. ¿Conoces alguna institución? (mencionala)
13. ¿Conocías el tema **antes o después** de ingresar a la U.P.N?
14. Dentro del plantel ¿Se ha revisado este tema en alguna materia? (mencionala)
15. De no ser así ¿En qué materia crees que podría ingresar este tema?
16. ¿Alguna vez has platicado sobre el tema con alguien? ¿con quién?
17. ¿Crees que a nosotros como pedagogos nos sirve saber sobre el tema? ¿porqué?
18. ¿Te parece importante abordar éste y otros temas similares dentro de la U.P.N.? ¿porqué?
19. ¿Te gustaría conocer más sobre el tema? ¿porqué?
20. Al concluir tu carrera ¿donde te gustaría trabajar?
21. ¿Conoces el CEPAED Centro Psicopedagógico de Atención a la Educación?
22. ¿Cuál es su función y en dónde se ubica?

COMENTARIOS:

CAMPOS

	CAMPOS																																
	Pregunta 1			Pregunta 2			Pregunta 3			Pregunta 4			Pregunta 5			Pregunta 6			Pregunta 7			Pregunta 8			Pregunta 9			Pregunta 10					
cues	R.A	R.I	Comentario	Si	No	Comentario	Si	No	Comentario	R.A	R.I	Comentario	Si	No	Comentario	R.A	R.I	Comentario	R.I	Si	No	Comentario	R.I	Si	No	Comentario	Si	No	Comentario	Si	No		
ORIENTACIÓN EDUCATIVA	1	x		x		dislexia	x		Universidad	x		x		neuroológico	x		no sé	x		no sé			x		x		trat. médico	x					
	2	x			x		x		Universidad	x		x		neuroológico	x		en todas			x			x				x						
	3	x			x				fuera de la UPN	x		x		nacimiento	x	infancia/adolesc.			x		c/y sn hiperactividad			x		x		activs p/niño y aliment.	x				
	4	x		x		discalculia	x		Universidad	x		x		neuroológico	x		en todas	x		x		c/y sn hiperactividad			x		x		actividades p/niño	x	x		
	5	x			x				Universidad y medios	x			x			x		en todas	x		x			x		x							
	6	x			x				Universidad	x			x			x		infancia	x					x		x		tec. de aprendiz. y atención	x				
	7	x			x				Universidad	x			x			x		infancia	x					x		x		terapia y actividades	x				
	8	x			x				Universidad	x			x			x		infancia	x					x									
	9	x			x				Universidad y medios	x			x		neuroológico	x		infancia	x		x		c/y sn hiperactividad			x		x		terapia	x		
	10	x			x				Universidad	x			x			x		infancia	x					x									
	11	x							salón de clases	x			x			x		no sé	x					x									
	12	x		x			dislexia y dislalia		x				x			x		infancia	x						x		x						
	13	x			x				Universidad y medios	x			x			x		infancia	x					x			no sé	x		terapia	x		
	14	x		x			retardo lectográfico			fuera de la UPN	x			x			x	infancia	x						x		x						
	15	x			x						x			x			x	infancia	x						x								
	16	x		x			dislexia y lento aprend.			Universidad	x	no sé	x		neuroológico	x		en todas	x					x			no sé	x					
	17	x	x		x						x		x		x		no sé	x							x		x		terapia	x			
T=	16	1		5	12		16	1		16	1		6	12		4	13		13	3	1		2	5	10		11	6		10	7		
DOCENCIA	1	x			x				Universidad/medios	x			x			x		en todas	x		x		c/y sn hiperactividad			x		x					
	2	x		x		prob. de lenguaje			Universidad/familia	x			x			x		en todas	x					x		x		trat. médico	x				
	3	x			x				Universidad	x			x			x		no sé	x					x									
	4	x			x				Universidad/medios	x			x			x		infancia	x						x		x		terapia	x			
	5	x			x				Universidad	x			x		neuroológico	x		infancia	x					x									
	6	x		x			dislexia y discalculia			Universidad/familia	x			x		neuroológico	x		infancia	x						x		x					
	7	x			x						x	no sé	x			x		no sé	x							x							
	8	x			x		dislexia			fuera de la UPN				x			x		no sé	x						x							
	9	x			x						x	no sé	x			x		infancia	x							x		x		actividades p/niño	x		
	10	x		x			dislexia y disgrafía			medios de com.	x			x		genético	x		infancia	x						x		x		terapia	x		
	11	x			x						x			x			x		infancia	x													
	12	x			x		dislexia			salón de clases	x			x			x		no sé						x			no sé	x				
T=	12			5	7		9	3		9	3		3	9		2	10		10	1	1		1	3	8		4	8		3	9		
COMUNICACIÓN	1	x			x					x			x			x		en todas	x						x								
	2	x			x				Universidad/familia	x			x			x		infancia			x				x		x		trat. médico	x			
	3	x			x				Universidad/medios	x			x			x		no sé	x						x								
	4	x			x						x	no sé	x			x		infancia	x							x							
	5	x			x						x	no sé	x			x		infancia	x							x							
	6	x			x						x	no sé	x			x		infancia	x														
	7	x			x						x	no sé	x			x		infancia	x							x							
	8	x			x		lento aprend.			Universidad	x			x			x		en todas	x						x			terapia	x			
	9	x			x					Universidad	x			x			x		no sé	x						x							
	10	x			x		dislexia			Universidad	x			x			x		infancia	x						x		x		trat. médico	x		
	11	x			x					salón/medios c.	x			x			x		en todas	x						x							
T=	11			2	9		7	4		7	4		11		3	8		10	1				3	8		5	6		5	6			
CURRÍCULUM	1	x			x					x			x			x		no sé	x						x								
	2		x	no sé		x							x			x		fiológico	x						x			no sé	x				
	3	x			x					medios de com.	x			x			x		en todas	x					x			no sé	x		trat. médico	x	
	4	x			x		prob. matemáticos				x	no sé	x			x		no sé	x							x							
	5	x			x		lento aprend.				x	no sé	x			x		no sé	x							x			no sé	x			
	6	x			x					dent. y fuera de UPN	x			x			x		en todas	x							x			trat. médico	x		
T=	5	1		3	3		2	4		2	4		2	4		3	3		6					4	2		2	4		3	3		
P. EDUCATIVOS	1	x			x				Universidad	x			x			x		infancia	x							x		x					
	2	x			x				salón	x			x			x		infancia	x							x		x		terapia	x		
	3	x			x				salón/medios c.	x			x			x		neuroológico	x							x			trat. médico y terapia	x			
	4	x			x				fuera de UPN	x			x			x		infancia								x			estimulación	x			
	5	x			x				fuera de UPN	x			x			x		infancia	x							x			observación continua	x			
	6	x			x				salón/medios c.	x			x			x		fiológico	x							x			trat. médico y terapia	x			
T=	6			4	2		6		5	1		2	4		2	4		5	1					1	1	4		5	1		4	2	

Pregunta 11		Pregunta 12		Pregunta 13		Pregunta 14		Pregunta 15		Pregunta 16		Pregunta 17		Pregunta 18		Pregunta 19		Pregunta 20		Pregunta 21		Pregunta 22		
R.A	R.I	Comentario		Si	No	Comentario		Si	No	Comentario		Si	No	Si	No	Si	No	Comentario		Si	No	R.A	R.I	
x	x	psicopedagogo		x		DIF		después	x	psicodiagnóstico		x	x	x		x		secundaria		x		x		
	x				x			después	x	psicología		x		x		x		preparatoria		x		x		
x		psicoterap.y pedag.			x			antes	x	Int. a lapsicología		x		x		x		secundaria		x		x		
	x				x			antes	x	investigación		x		x		x		otra		x	x		x	
x		psicólogo			x			después	x	psicología		x	x	x		x		primaria		x		x		
	x	no sé			x			después	x	psicodiagnóstico		x		x		x		secundaria		x		x		
x		psicólogo			x			después	x	psicodiagnóstico		x		x		x		primaria		x		x		
x		psicólogo ó pedag.			x			después	x	Desarrollo		x	x	x		x		primaria		x		x		
	x				x			después	x	Int. a lapsicología		x		x		x		Inst. educativa		x		x		
x		psicólogo		x		Psiq. Infantil		después	x	psicología		x		x		x		otra		x		x		
	x				x			después	x	prob. de aprend.		x	x	x		x		SEP		x		x		
x		psicopedagogo		x		DIF		después	x	psicodiagnóstico		x		x		x		universidad		x		x		
	x				x			después	x	Int. a lapsicología		x		x		x		Inst. educativa		x		x		
x		neurólogo		x		C.N.R.		después	x	psicodiagnóstico		x		x		x		secundaria		x		x		
	x				x			después	x	psicología		x	x	x		x		Inst. educativa		x		x		
x		psicólogo		x		DIF		después	x	O.Educativa		x		x		x		primaria		x		x		
	x				x			después	x	psicología		x	x	x		x		no sé		x		x		
9	8			5	12				7	10			10	7	17	17	16	1			7	10	7	10
	x	no sé			x			después	x	O.Educativa		x		x		x		Inst. educativa		x		x		
x		psicólogo			x			después	x	Génesis y desarrollo		x		x		x		preescolar		x		x		
	x				x			después	x	psicología		x		x		x		primaria		x		x		
x		psicólogo			x	no recuerdo		después	x	salón/familia		x	x	x		x		Inst. educativa		x		x		
x		psicólogo ó neurólogo			x			después	x	salón		x	x	x		x		primaria		x		x		
	x				x			antes	x	O.Educativa		x		x		x		preparatoria		x		x		
	x	no sé			x			después	x	psicología		x	x	x		x		primaria		x		x		
	x	no sé			x			después	x	Génesis y desarrollo		x		x		x		Inst. educativa		x		x		
x		psicólogo ó pedag.			x			después	x	Génesis y desarrollo		x		x		x		Inst. educativa		x		x		
	x				x			antes	x	Génesis y desarrollo		x		x		x		Inst. educativa		x		x		
x		psicólogo ó pedag.			x			después	x	psicología		x		x		x		preescolar		x		x		
	x	no sé			x			después	x	Didáctica		x	x	x		x		primaria		x		x		
7	5			12				2	10			8	4	12	12	12			5	7	5	7		
	x	psicólogo			x			después	x	psicología		x		x		x		secundaria		x		x		
x		psicólogo educativo			x			después	x	psicología		x		x		x		Inst. educativa		x		x		
x		psicólogo educativo		x		Psiq. Infantil		después	x	psicología		x		x		x		otra		x		x		
	x	no sé			x			nunca	x	psicología		x	x	x		x		primaria		x		x		
	x				x			nunca	x	Génesis y desarrollo		x		x		x		Inst. educativa		x		x		
	x				x			nunca	x	psicología		x	x	x		x		Inst. educativa		x		x		
	x	psicólogo u orientador			x			después	x	Int. a lapsicología		x		x		x		Inst. educativa		x		x		
x		psicólogo			x			después	x	O.Educativa		x		x		x		no sé		x		x		
x		psicólogo ó psiquiatra			x			antes	x	Int. a lapsicología		x		x		x		Inst. educativa		x		x		
x		psicólogo ó psicoped.			x			después	x	Génesis y desarrollo		x		x		x		Inst. educativa		x		x		
7	4			1	10				4	7			7	4	11	11	11			1	10	1	10	
	x	no sé			x			después	x	psicología		x		x		x		secundaria		x		x		
x		psicólogo			x			después	x	materia extra		x		x		x		Inst. educativa		x		x		
x		psicólogo educativo			x			después	x	Génesis y desarrollo		x		x		x		Inst. educativa		x		x		
	x	no sé			x			nunca	x	no sé		x	x	x		x		docencia		x		x		
	x				x			después	x	Int. a la pedagogía		x		x		x		Inst. educativa		x		x		
	x	psicólogo			x	no recuerdo		antes	x	fuera/ Universidad		x	x	x		x		primaria		x		x		
3	3			6				1	5			2	4	5	1	5	1	5	1			3	3	
	x	clin.Ramón de la Fuente		x		clin.Ramón de la Fuente		después	x	Génesis y desarrollo		x		x		x		otra		x		x		
x		CNR		x		CNR		después	x	fuera/ Universidad		x		x		x		no sé		x		x		
x		psicólogo			x			antes	x	salón		x		x		x		Inst. educativa		x		x		
x		psicólogo educativo			x			después	x	familia		x	x	x		x		secundaria		x		x		
x		psicólogo educativo		x		clin.Ramón de la Fuente		después	x	O.Educativa		x		x		x		secundaria		x		x		
	x				x			después	x	prob. de aprend.		x		x		x		Inst. educativa		x		x		
6			3	3				2	4			5	1	6	6	6			1	5	1	5		