

**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
UNIDAD UPN 098 D.F. ORIENTE**

**“EL DEFICIT DE ATENCIÓN EN LOS
NIÑOS DEL PRIMER CICLO
DE EDUCACIÓN PRIMARIA”**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN EDUCACIÓN
LE'94**

**PRESENTA:
ROCÍO SÁNCHEZ LIMÓN**

**ASESORES:
RUBÉN GUILLERMO REYES BALDERAS
JAIME RAÚL CASTRO RICO**

MÉXICO, D.F.

2007

Índice

Introducción	1
Apartado I ¿Qué es el TDA /TDAH?	4
1.1 Planteamiento del problema	5
1.2 Tema-Problema	6
1.3 Supuestos hipotéticos	7
1.4 Objetivos	8
1.5 Tipo de estudio	8
1.6 Fundamentación	9
1.6.1 Atención	9
1.6.2 El Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad	20
1.6.3 Falta de Atención	22
Apartado II Elementos teóricos para comprender el TDA /TDAH	28
2.1 Antecedentes del Trastorno Déficit de Atención	29
2.1.1 El esquema: unidad básica de organización de la acción	34
2.2 Los niños TDAH en el aula	45
2.2.1 Recomendaciones	48
2.2.2 Estrategias	53
2.2.3 Material Didáctico	55
2.3 Consecuencias futuras que presentan los niños con hiperactividad	56
2.4 Preguntas frecuentes TDAH	57

<i>Apartado III Enfoque Cognitivo Conductual para incrementar la Atención y Autocontrol en niños con TDA/TDAH</i>	72
3.1 Actividades para incrementar la atención y el autocontrol	73
3.1.1 Entrenamiento en autoinstrucciones	78
3.2. Técnicas a sugeridas	79
<i>Conclusiones</i>	91
<i>Bibliografía</i>	93
<i>Anexos</i>	98

Introducción

Introducción

La presente investigación tiene la pretensión de servir como elemento coadyuvante en la problemática de los niñ@s con Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad TDA /TDAH.

Es un hecho que día a día es más y más evidente que dicha problemática esta presente al interior de nuestras aulas y, se ha convertido en un asunto pendiente, a pesar de la intención del proyecto de integración educativa que intenta resarcir a los niños con necesidades especiales.

El TDA /TDAH es sin lugar a dudas una simple evidencia de las exigencias educativas en los albores del siglo XXI, ya que como es de todos conocido, los profesores de las escuelas regulares, no estamos preparados, ni capacitados, ni actualizados ante dicha problemática.

Si esto es verdad, entonces se requiere de un proceso de sensibilización y capacitación para la intervención de los docentes y padres de familia en la atención profesionalizante del ATD/ATDAH, a partir de una serie de estrategias que permitan la autoayuda y el autocontrol de los niñ@ que padecen dicha problemática.

Bajo esta lógica, me permito presentar el contenido de la indagatoria:

En el primer apartado, el lector encontrará una serie de reflexiones que permiten un acercamiento al TDA/TDAH, mismo que se aborda en calidad de proyecto de investigación, que culmina en la modalidad de tesina, estableciéndose los alcances de la misma, y en ella, una sección especial sobre su fundamentación.

En el segundo apartado, se establece la etiología del TDA /TDAH, asimismo se explicita la postura de una serie de teóricos sobre éste; ubicándose el problema en el ámbito aúlico, pero más aún, ya que representa un reto a resolver tanto en la vida escolar como en su dimensión social.

Finalmente en el último apartado, se recomienda una metodología de trabajo basada en la autorregulación y la autoayuda. Metodología que ofrece estrategias de trabajo tanto para la integración educativa, como en el ámbito de un derecho humano a superar desde una óptica cognitiva.

Creo que la investigación es sólo un intento por sensibilizar al docente y al padre de familia en la comprensión de la problemática que viven algunos niños del primer ciclo de educación primaria que padecen el TDA/TDAH.

Apartado I
¿Qué es el TDA / TDAH?

1.1 Planteamiento del Problema

La presente investigación tiene la intención de abordar la problemática sobre “El Déficit de Atención en niños del Primer Ciclo de Educación Primaria” bajo la idea de en un primer momento, propiciar elementos teóricos sobre dicho fenómeno que ocurre educación primaria; en un segundo momento se pretende realizar una propuesta metodológicas para que los profesores de primero y segundo grado de educación primaria para que logren sensibilizarse, así como identificar y trabajar dicho trastorno al interior del grupo, coadyuvando con ello a un mejor rendimiento de los niños con este problema.

Es evidente que al interior de los centros educativos, día a día se evidencia un incremento porcentual de la problemática de niños con Déficit Atención, lo cual, causa desajustes y retrasos en la mecánica y funcionamiento normal de las actividades dentro del aula, la solución a este problema, demanda una respuesta compleja, debido a que el Déficit de Atención, no posee marca física que lo registre, por lo cual, es difícil su detección por parte de los docentes no especializados en el tema.

De tal suerte que dicho problema se ha convertido en un asunto a tratar de suma importancia, en tal sentido, el estudio de esta problemática puede beneficiar su tratamiento a partir de la sensibilización de los maestros y, de su capacitación para identificar a los alumnos que padecen el trastorno, a fin de procurarles una solución, acaso, por vía de su canalización en su temprana detección y/o la generación de alternativas al interior del grupo bajo la óptica de la pertinencia padre-maestro-escuela.

1.2. Tema- Problema.

Para efectos de una correcta delimitación del tema, hemos recurrido a una serie de rubros, cuya finalidad, tienen la intención de realizar una mejor ubicación de la problemática. De entrada debemos señalar que son pocas las investigaciones que se han trabajado sobre este tópico, en tal sentido proponemos lo siguiente:

- **Identificar el objeto de la investigación**, principio metodológico que necesariamente nos conducirá a los análisis referidos de la indagación.
- Considerar el **aspecto o especificidad de la investigación**, considerando para ello, la importancia teórica y estrategia de detección de alumnos que padecen el Déficit de Atención.
- Tomar en cuenta al **sujeto de la investigación**, mismo que se puede ubicar con ciertas características, condicionadas por el contexto, así como aquellas que determinan su estadio de desarrollo psicogenético, en el cual, se observa la problemática.

En consecuencia los rubros y su vinculación con la problemática que se indagan, quedaron de la siguiente manera:

- Sujeto de investigación: **“alumnos del primer ciclo de educación primaria.”**
- Enfoque de la investigación: **detección e integrar al grupo con Déficit de Atención.**

Como consecuencia de la delimitación del tema efectuado, el planteamiento de la problemática central se enunció de la siguiente manera:

¿Cuáles son los problemas manifiestos que nos permiten identificar a un alumno con Déficit de Atención, con el fin de sensibilizar al maestro y atender por vía de su canalización e integración al grupo.

1.3. Supuestos hipotéticos

En el desarrollo de todas las acciones metodológicas correspondientes a la presente investigación se procedió al planteamiento de la Hipótesis Guía que es inherente al planteamiento problemático, quedando ésta establecida como a continuación se enuncia:

Si los profesores vivencian un proceso de sensibilización y actualización con respecto a los niños con Déficit de Atención, esto coadyuvara en su apropiada canalización, evitando que esta dificultad se convierta en un obstáculo al proceso enseñanza-aprendizaje y así mejorar su desempeño y comportamiento en la cotidianidad.

1.4. Objetivos:

Todo trabajo investigativo posee de suyo una particularidad, referida al planteamiento de objetivos tanto **Generales** como **Particulares**, ya que estos, guían los compromisos a alcanzar como resultado de las investigaciones indagatorias.

- **Objetivo General**

Sensibilizar a los profesores del primer ciclo de educación primaria para la detección de niños con Déficit de Atención con el objeto de desarrollar y aplicar estrategias, técnicas y procedimientos de enseñanza-aprendizaje innovadoras para procurar una temprana detección y atención a dicha problemática y con ello, lograrla integración de estos a su grupo.

- **Objetivos Particulares.**

- Diseñar y aplicar en el aula mediante la capacitación de los profesores de grupo, estrategia conductivo conductual, así como técnicas que permitan detectar alumnos con dicho padecimiento.
- Desarrollar y aplicar estrategias benéficas de autocontrol para niños con TDA/TDAH que beneficien el proceso de enseñanza-aprendizaje al interior del aula

1.5. Tipo de Estudio

Se realizará una investigación documental, cuyo como punto de partida es una indagación bibliográfica, básicamente en bibliotecas, hemerotecas y algunas referencias archivológicas.

Para ello se ha considerado como elemento de interés fuentes primarias documentales, tratando de responder a los postulados inéditos de cada uno de los autores consultados.

La sistematización metodológica, atenderá a los cánones establecidos por la indagación documental e histórica, constituyéndose los siguientes rubros:

- a) Elaboración de fichas bibliográficas.
- b) Revisión bibliográfica relacionada con la temática.
- c) Elaboración de fichas de trabajo
- d) Redacción de un primer borrador
- e) Elaboración de recomendaciones a los profesores de grupo.

1.6. Fundamentación

A continuación presentamos en forma sintética alguno de los enfoques que permiten acceder a la información sobre el Trastorno de Atención (TA) , así como algunas posturas que permiten su comprensión e importancia.

1.6.1 Atención

Nos podemos dar cuenta de que un individuo esta poniendo atención porque muestra comportamientos como son cierta quietud corporal, fijación de la mirada, escucha específica, concentración, entre otros, que son enfocados a un asunto de particular interés. Si no es de esta manera, podríamos decir que este individuo se encuentra distraído.

Entonces, cuando ponemos atención, estamos seleccionando estímulos de toda la información que se encuentra a nuestro alrededor, permitiéndonos hacer a un lado los estímulos que en ese momento no nos interesan.

La atención interviene en muchas de nuestras actividades cognitivas, perceptivas y conductuales, es de suma importancia en el aprendizaje,

Como se ha mencionado, la atención puede ser abordada desde diversas posiciones teóricas, sin embargo, ha de adecuarse al momento evolutivo del niño o grupo de niños.

Está muy ligada a la percepción y ambas se pueden considerar como una habilidad instrumental o técnica de base (Vigil, 1988), por lo que tiene que ser trabajada en edades tempranas.

Básicamente, existen dos planteamientos teóricos en el tratamiento de la atención y un enfoque complementario desde el inicio de la escolaridad, es decir, desde preescolar. Dichos planteamientos son los que se derivan del modelo conductista y el cognoscitivista.

- **Modelo Conductista**

El conductismo está enfocado a explicar exclusivamente las conductas observables y modificarlas a través del principio básico que es un estímulo para obtener una respuesta. El conductismo propiamente no ha tenido en cuenta la atención, ya que se trata de una supuesta actividad mental, por lo tanto no es

manipulable y es de difícil medida. Sin embargo, la modificación de conducta ofrece modelos para trabajar conductas atencionales, pero entonces, ¿Qué es la modificación de conducta?

La modificación de conducta son técnicas específicas para obtener una conducta esperada en un individuo. Y a este conjunto de técnicas, se le ha denominado: análisis conductual aplicado, mismo que se deriva del condicionamiento operante.

De acuerdo con Ribes (1972) el análisis conductual aplicado se desarrolla a partir de la observación de tres cambios fundamentales que son:

- Un cambio en el medio en forma de objeto o acontecimiento, que influye en el organismo, al cual se denomina “estímulo”;
- Un cambio en el organismo que se traduce en alguna forma de complemento observable, al que se denomina “respuesta o conducta”; y,
- un nuevo cambio en el medio, en forma de objeto o acontecimiento, efecto de dicha conducta y se le denomina “consecuencia”.

Nos dice Ribes (1972) que a esta triple relación entre un estímulo previo, una conducta y un estímulo consecuencia de dicha conducta, se le llama la triple relación de contingencia, y que es la piedra angular del análisis experimental aplicado de la conducta.

Con base en el planteamiento anterior, se establecen programas para modificar conductas específicas. La atención es considerada como una conducta básica, ya que le permite al niño una autosuficiencia relativa respecto a su manejo personal.

Por lo tanto se establece un programa de modificación de conductas básicas. Uno de los objetivos de esta programa, sería que sí se trabajara la atención, tanto en el aula como en casa, se conseguiría que el niño siga instrucciones, trabaje tranquilamente y sea capaz de asimilar toda la información que le llegue (Vigil, 1988); al respecto, Kozloff (1974), establece cuatro conductas básicas, previas a todo aprendizaje:

- Contacto ocular espontáneo; se refiere a que el niño mire los ojos de la persona sin que haya que decírselo.
- Contacto ocular ante orden; se refiere a que el niño mire a los ojos de una persona cuando se le solicite.
- Cooperación al solicitarla verbalmente con palabras simples.
- Se siente a trabajar en alguna tarea, el tiempo su cuenta para poder ser recompensado.

Para finalizar este programa Vigil (1988) comenta que, utilizando el condicionamiento operante y el análisis funcional que de él se deriva, trabajando en casa –o en la escuela- se alcanzan resultados estimables.

Al respecto, Ribes (1974), menciona que las conductas de atención, son conductas recurrentes indispensables para el desarrollo de cualquier programa conductual, incluyendo los repertorios básicos generalizados de imitación y seguimiento de instrucciones.

Continuando con Ribes (1974), se pueden distinguir tres etapas progresivas de atención:

1. Establecimiento del contacto visual con el estímulo.

2. Fijación visual en situaciones discriminativas. En este rubro, es importante destacar que no basta definir la respuesta de atención en términos exclusivos de fijación visual en el estímulo, sino que, es necesario especificarla adicionalmente, con base en la emisión de la respuesta correcta en la situación discriminativa.

3. Seguimiento visual de estímulos sucesivos. Este tipo de programa desarrolla la conducta precurrente necesaria para responder adecuadamente ante formas complejas de discriminación de estímulos sucesivos o estímulos simultáneos que, necesariamente, requieren ser reconocidos entre varios estímulos presentes o pasados.

El repertorio de entrada para este programa es el siguiente: la etapa a) de contacto, no requiere repertorio de entrada previo; el programa b) de fijación visual en situaciones discriminativas, requiere un repertorio de entrada formado por la conducta terminal del programa a). A su vez, la etapa c) de seguimiento visual, requiere un repertorio de entrada formado por las conductas terminales de los programas a) de contacto y b) de fijación visual, mas un repertorio verbal mínimo.

El repertorio terminal. Se considera concluida cada etapa cuando, en la etapa a) exista un número mínimo de contactos en un período fijo; en la etapa b) cuando exista un 90% de respuestas correctas en situaciones discriminativas de la respuesta de atención; y en la etapa c) cuando el niño responda un 90% de aciertos en situaciones de reconocimiento de estímulos presentados en sucesión temporal.

- **Modelo Cognitivo**

Este modelo afirma que la forma como alguien actúa es debido a la manera en que lo haya pensado, es decir, que necesita pensar antes de actuar; Por lo tanto,

este modelo está enfocado a estudiar la mente. Contradiendo el modelo anterior, ya que para esta teoría, la conducta humana es algo más que la simple respuesta o estímulo.

Esta posición teórica nos dice que la mente está formada por símbolos que se relacionan entre sí, organizándose jerárquicamente formando esquemas. Una de las partes medulares es lo que conocemos como memoria, entendida como la capacidad para guardar información en lo que se conoce como memoria sensorial. Por otro lado, existe la memoria a corto plazo y memoria a largo plazo; la forma en que se ligan es la siguiente:

- Los estímulos sensoriales, incluyendo visuales y auditivos, son captados por medio de la memoria sensorial; posteriormente, esta información pasa a la memoria a corto plazo a través de la repetición y finalmente, pasa a la memoria a largo plazo, donde dicha información es organizada jerárquicamente formando esquemas y, a su vez, estructuras.

En consecuencia, la memoria no es algo estático, sino por el contrario es dinámico; El sentido común sirve de puente o trasmisor de lo que se puede repetir, esto favorece para pasar de esquemas previos y generar esquemas nuevos.

Aclarando lo anterior, sería importante mencionar qué es un esquema. De acuerdo con Piaget, un esquema, es una estructura lógico-matemática de las acciones. La finalidad de los esquemas es la de sustituir pensamientos.

Ahora bien, continuando con Piaget, menciona que existe un proceso básico de asimilación y acomodación en donde dice: Asimilación es el proceso que realiza la interacción de los objetos nuevos a las estructuras anteriores, así como la elaboración de estructuras nuevas por el sujeto, actuando en interacción con el medio ambiente.

La acomodación se refiere a las relaciones que se obtienen desde el exterior del medio, asociándose con un conocimiento anterior. Es así como el nivel de competencia intelectual de una persona, en un momento determinado de su desarrollo depende de la naturaleza de sus esquemas, del número de los mismos y de la manera en cómo se combinan y coordinan entre sí (Coll, 1990).

Finalmente, el desarrollo o maduración se considera como una condición previa del aprendizaje pero nunca como resultado del mismo (Cole, 1979).

La atención es un proceso mental estrechadamente ligado a la memoria, ya que si no existe una correcta percepción, ni una correcta memoria sensorial, debido a dificultades atencionales, la información es perdida y difícilmente pasa a la memoria a corto y largo plazo.

Una de las aportaciones en este campo la menciona Vigil (1988) quién cita a Tomilson, quien a su vez menciona que el ser humano procesa información en tres niveles:

- 1) En un nivel tenemos el procesamiento pre-atento que es como un tipo de conciencia que mira de reojo.
- 2) En este nivel tenemos que atender, nos permite examinar otras propiedades menos evidentes en la vida corriente, muchas veces es suficiente con utilizar el proceso pre-atento.
- 3) Habría un tercer nivel en que los procesos se producen de manera automática e inconsciente. Tal como lo establecieron (Posner y Snyder 1975) ya que hay procesamientos que se dan sin intencionalidad, no son conscientes y no interfieren en ninguna actividad mental.

En el caso específico de la educación preescolar, la acción psicopedagógica debería estar dirigida fundamentalmente a potenciar y favorecer la construcción de las estructuras operatorias concretas (habilidades de análisis, discriminación, coordinación, identificación, etc.) y las competencias que las caracterizan: reversibilidad, juicio moral autónomo, reciprocidad en las relaciones, coordinación de los puntos de vista, etc. (Kamili, 1972).

Se definirá, entonces, el D.A., como la dificultad de focalizar y mantener la atención, que de acuerdo con la edad y madurez de un individuo, que se considera apropiada.

Una mente abocada a la superproducción de ideas, fantasías, ilusiones e inspirada por futuras creaciones e inventos, difícilmente puede establecer conexión con temas que no atañen a sus intereses, pero no es lo único que le pasa. Los sentimientos y las emociones de una persona con el problema de déficit de atención, son intensos y profundos.

El problema central con respecto a la atención con algunos niños, se refiere a que el Déficit de Atención adquiere una nota de **discapacidad** y por ello, se hace necesaria su detección y canalización, así como el uso de una serie de estrategias que posibiliten la integración de estos niños al grupo.

Recordemos que cualquier ser humano sufre cuando no trabaja en lo que le place, cuando ha elegido mal una carrera, cuando no puede desarrollar sus capacidades.

Los niños que padecen D.A. se desempeñan en forma dispareja en las distintas áreas en las que se mueven. En algunas partes parecen moverse con soltura y responsabilidad, mientras que en otras muestran dificultades.

El Déficit de Atención (DA) potencia esa desigualdad, ya que su mente no deja de trabajar en mil proyectos diferentes mientras la maestra recita los contenidos convencionales, sin advertir además, cómo hacerla favorable a sus fines creativos. Por eso no le estará prestando atención.

Su cabeza constituye un corredor superpoblado de sueños e inspiración que no paran de sucederse. Considero que si se efectuara, para variar, un abordaje positivo de esta particularidad, esto es, evaluando y teniendo en cuenta las potencialidades e inclinaciones y la intensidad con que las vive, proporcionándole el entorno propicio, podrían extraerse unos resultados extraordinarios y sorprendentes.

Esto incluye explicarle en que consiste su diferencia, sus sentimientos y ansiedades, a él y a su familia. Y lo que se puede esperar de él. Observar con extremo cuidado por las angustias que puede experimentar un espíritu profundamente sensible. Entendiendo además que esta forma de ser puede constituir una dificultad en tanto no logre canalizar sus capacidades y potencialidades pero si se le proporciona el entorno propicio y las herramientas que demande puede superar las expectativas una vez evaluadas sus inclinaciones.

Ponerlo sobre aviso acerca de ese motor que posee, como de más revoluciones de las que su cuerpo puede manejar. Esta energía o fuerzas generadoras de entusiasmo e impulso provocan desilusiones igualmente profundas ante los obstáculos y el consiguiente abandono de la empresa proyectada.

Creo que es imprescindible conversar sobre ello con el niño o adolescente, como una manera de alertarlo o prevenirlo, sobre lo que puede llegar a sentir. Y cómo encauzarlo.

Y ante todo abandonar la idea de que se trata de una discapacidad de ellos para empezar a darse cuenta que la incapacidad es del sistema (educativo o social) que no le brinda lo que debe brindarle porque no entiende sus diferencias.

- **Enfoque Psicomotriz.**

La exploración psicomotriz nos da una forma de explorar la atención. Para iniciar Vayer (1977) nos indica que hay conductas psicomotrices que, perturbadas, producen a su vez alteraciones en la atención. Estas son:

- Control postural,
- Control respiratorio,
- Control segmentario,
- Lateralidad.

Su origen –menciona- puede estar en problemas psicoafectivos o en accidentes neurológicos. Lo cierto –continúa-, es que tales conductas perturbadas devienen en agitación, inestabilidad y agresividad, aminorando la capacidad de atención. Para detectarlo –finaliza- bastaría observar qué equilibrio mantiene el niño, cómo respira y si su lateralidad está debidamente afianzada.

Es sabido que la educación corporal ha integrado las primeras nociones básicas que constituyen el requisito para el aprendizaje posterior a través de la vivencia corporal. Es la unidad psicosomática la receptora de la educación y como tal, una

serie de nociones fundamentales como: intensidad, magnitud, velocidad, dirección, situación, orientación y relación, que habrían de ser experimentados por el sujeto de una manera totalizadora (Vigil, 1988).

Retomando nuevamente a Vayer (1977), nos reitera que la educación del esquema corporal, tiene repercusiones directas sobre el mejoramiento de la atención; así mismo, nos explica sus conceptos básicos que es la respiración y la relajación.

La relajación hace referencia rápidamente a tranquilidad y distensión. Pero no es solo eso, además de la pasividad que entraña, conlleva una actividad distinta, la atención interiorizada o concentración que el sujeto pone sobre sí mismo.

La respiración va relacionada al punto anterior, con una buena técnica pausada y rítmica.

La propuesta de tratamiento sería entonces, ejercicios de:

- 1) Equilibrio: pídale que se mantenga sobre una u otra pierna, alternativamente, etc.
- 2) Respiración: Comprobar si respira únicamente por la nariz y si el ritmo respiratorio es suficientemente amplio, etc.
- 3) Lateralidad: manejar alternativamente ambas manos, ojos y pies en diferentes tareas.

Hasta aquí, hemos visto cómo la atención puede ser mejorada a través de ejercicios. Vigil (1988) nos dice que existe otra forma de abordar la educación de

la atención, a través de algunas reglas que le ayuden a mantener la atención cuando estudia:

- Es conveniente que el niño disponga de una distribución semanal de trabajo. Menciona que es la mejor forma de concentrarse.
- Es conveniente que al iniciar la sesión de estudio, se relaje y concentre a la vez.
- Es mejor trabajar con el estomago vacío, una ligera comida puede ser suficiente para empezar a estudiar.
- Se necesita un descanso sistemático a lo largo de la sesión. Además es necesario un cambio de actividad o de materia cada 40 o 45 minutos, para evitar la saturación.
- Tener método en el estudio.

1.6.2 El Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad

En la publicación Diagnostic and Statistical Manual-IV, Text Revision (DSM-IV-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría, se calcula que entre 3% y 7% de los niños sufre este trastorno. Otros estudios realizados en muestras de la comunidad han calculado tasas aún más altas. El TDA se diagnostica aproximadamente tres veces más entre los niños que entre las niñas. (www.cdc.gov/ncddd.htm).

El Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), es uno de los trastornos neuroconductuales más comunes en la infancia, el cual puede perdurar hasta la edad adulta. En la actualidad no se conocen las causas de esta afección.

Una persona con el TDAH experimenta un nivel crónico de falta de atención, hiperactividad impulsiva, o ambas conductas, lo cual compromete seriamente su

funcionamiento diario. Los síntomas de este trastorno deben presentarse a niveles por encima de los esperados para la etapa de desarrollo de una persona y deben interferir en la habilidad de esa persona para funcionar en diferentes ambientes (p. ej., en la escuela y en la casa). Es probable que una persona con el TDAH tenga problemas en diferentes áreas de su vida, como por ejemplo en sus relaciones con la familia y otras personas de su misma edad (o pares), y en su rendimiento escolar y laboral.

Se han establecido tres tipos de TDAH según el nivel de los síntomas que experimenta el individuo. Descripción de los tres tipos de TDAH:

1. **Predominantemente inatento.** Es difícil para el individuo organizar o terminar una tarea, prestar atención a los detalles, o seguir instrucciones o una conversación. La persona afectada se distrae fácilmente u olvida los detalles de las rutinas diarias.
2. **Predominantemente hiperactivo-impulsivo.** La persona se muestra inquieta y habla mucho. Le es difícil permanecer tranquila por mucho tiempo (p. ej., para comer o para realizar un trabajo). Los niños más pequeños tienden a correr, saltar o trepar constantemente. El individuo se muestra impaciente y tiene problemas de impulsividad. Cuando una persona es impulsiva, puede que interrumpa mucho a los demás, le quite cosas a otra persona o hable en momentos inoportunos. Se le dificulta esperar su turno u oír instrucciones. Una persona impulsiva puede tener más accidentes y lesiones que otras.
3. **Combinado.** La persona afectada experimenta los síntomas de los tipos anteriores por igual.

Tanto como el 50% de los niños con el TDAH también sufren de otros trastornos mentales. Estas comorbidades del TDAH (otros trastornos que ocurren junto con el TDAH) dificultan el diagnóstico y el tratamiento del TDAH. Dichas comorbidades pueden exponer al individuo con el TDAH a otros retos.

La publicación DSM-IV-TR, utilizada por los profesionales de la salud mental, ofrece criterios para el diagnóstico del TDAH. El estándar diagnóstico ayuda a diagnosticar y a tratar adecuadamente el TDAH en una persona. La utilización del mismo estándar en todas las comunidades ayuda a determinar el impacto que el TDAH tiene en la salud.

El tratamiento del TDAH puede hacerse a través de terapias médicas o conductuales, o una combinación de ambas.

1.6.3 Falta de Atención

- ***Causas***

Podemos definir como los fallos en los mecanismos de funcionamiento de la atención que producen una falta de adaptación a las exigencias del ambiente, o a nuestras propias exigencias». La definición es algo tautológica si no aclaramos a qué mecanismos de funcionamiento nos referimos. Básicamente, aunque posteriormente los ampliaremos, nos referimos a la amplitud atencional, es decir, la cantidad de información que el niño puede procesar al mismo tiempo y a la intensidad atencional, es decir, a la capacidad para mantenerse sobre la tarea, respondiendo a sus demandas

- ***Diagnóstico***

- Son menos capaces de mantener el mismo grado de compromiso en las tareas que otros niños.

- No pueden prestar suficiente atención a los detalles.
- Pierden la concentración en tareas rutinarias.
- Sus trabajos suelen ser poco limpios y desordenados.
- Cambian de una actividad a otra sin terminar ninguna de ellas.
- Pierden el material y olvidan las cosas.

Como en muchas entidades clínicas, de primera intención el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención parece no tener problema, pero no debe perderse de vista que muchos pacientes tienen problemas psiquiátricos agregados que pudieran dificultar el llegar a una conclusión.

En algunos estudios comunitarios se ha podido mostrar que hay sobrediagnóstico y por lo tanto sobretratamiento; incluso es muy probable que como también sucede en otras enfermedades, la inatención o la hiperactividad solo sean síntomas de otros diagnósticos psiquiátricos o neurológicos y no la enfermedad en sí.

Tal podría ser el caso de los trastornos de conducta, trastorno de aprendizaje, trastorno desafiante por oposición, trastorno de Tourette's, incapacidad para el lenguaje y el habla, o los que afectan la atención como trastornos de ansiedad (ansiedad de separación, trastorno obsesivo o sobreansiedad), de personalidad (manía, depresión), abuso de sustancias, esquizofrenia o psicosis, resistencia generalizada a hormona tiroidea o hipertiroidismo. Se ha encontrado en los diferentes estudios realizados que el TDAH tiene predisposición familiar, sobre todo cuando aparece con un trastorno de conducta con expresión variable como la depresión mayor

Como síntomas agregados al TDAH principalmente en el tipo combinado, se ha hallado alteración de la percepción visomotora, lo cual está en relación directa con problemas de aprendizaje y en todas las tareas que requieran percepción visomotora

Cuando existen de manera agregada a trastorno de atención o de aprendizaje, signos y síntomas neurológicos focales, cefalea o crisis epilépticas, pudiera sospecharse incluso de neoplasias del lóbulo temporal, teniendo un gran valor en estos casos, como auxiliar importante de diagnóstico el EEG

En fin, a manera de síntesis, se puede decir que el diagnóstico se basa en primer termino en los criterios de la Asociación Psiquiátrica Americana de 1994, teniendo en cuenta los antecedentes familiares otorgados por los padres o escolares otorgados por los maestros, desde luego la exploración neurológica para descartar alteraciones orgánicas como las visuales o auditivas, sin perder de vista que una gran parte de los niños con TDAH cursan con signos y síntomas que pudieran corresponder a otro tipo de trastornos psiquiátricos, teniendo necesidad de descartar por ejemplo, retraso mental, autismo o esquizofrenia. A partir de la discusión sobre la clasificación de los pacientes, se ha profundizado en el diagnóstico y tratamiento, lo que ha conducido actualmente a una mejor evaluación y manejo de estos niños

- **Tratamiento**

Es indispensable dejar asentado que el manejo del niño con TDAH es multidisciplinario, intervienen de manera coordinada como un equipo los padres, maestros, licenciados en educación especial, especialistas en salud mental,

psicólogos, médicos psiquiatras y hasta neuropediatras, combinando técnicas de manejo de conducta domiciliarias y escolares, sitio educacional y farmacoterapia.

Desde luego la presentación de material educativo a los pacientes, padres y maestros es esencial, a los padres es conveniente hacerles saber que el TDAH es de origen cerebral, sin una causa clara, que es un problema crónico pero que con tratamiento apropiado los síntomas pueden controlarse. En Estados Unidos se ha establecido un organismo nacional que cuenta en la actualidad con 32, 000 miembros con mas de 500 capítulos estatales, fundado en 1987 como respuesta a la frustración y sensación de aislamiento experimentado por los padres de niños con TDAH, con la ventaja de poner en contacto a expertos con padres, intercambiar experiencias entre padres, elaborar material de lectura para no médicos, promover investigaciones, etc.. En México es una tarea aún pendiente en este problema, y en otros más, probablemente de mayor impacto en los padres y en la calidad de vida de los niños, como el de las enfermedades crónico - degenerativas

En cuanto a las técnicas para modificar la conducta, dentro de las más importantes se encuentran el registro diario de las acciones, con reforzamiento positivo a través de los padres y maestros en la escuela; minimizando interacciones que lesionen la auto-estima de los niños

Otro aspecto básico en el manejo de los niños con TDAH, es el educativo, ya que como se ha comentado coexisten frecuentemente con trastornos de aprendizaje que requieren de técnicas especiales que pueden ir desde otorgar un sitio preferencial dentro del salón de clases hasta modificación sustancial de los programas de aprendizaje escolar, sin perder de vista que la gran mayoría de niños pueden ser manejados en una escuela regular.

La intervención del médico neuropediatra de manera directa es, además de coadyuvar o en muchas ocasiones integrar el diagnóstico, asumiendo la función de coordinador del equipo; colaborar en el establecimiento, seguimiento y evaluación del manejo farmacológico. Sin olvidar que en casos complicados o complejos se requiere del apoyo psiquiátrico.

La decisión para iniciar tratamiento farmacológico se fundamenta en la severidad de los síntomas, cuando son leves pudiera intentarse modificación de la conducta en casa o escuela, pero cuando existe riesgo físico o psicológico por la sintomatología, se hace necesario iniciar medicamentos, siempre en común acuerdo con los padres, haciendo explícitos los efectos indeseables posibles o probables; una estrategia que da resultado contra la resistencia por la influencia externa, de los padres, a la medicación, es iniciar con dosis bajas, que se incrementarán progresivamente cada semana, de tal manera que se hace participar a los propios padres en la vigilancia del efecto y además permite al médico observar más directamente el resultado inmediato, hasta ajustar la dosis necesaria.

El arsenal farmacológico validado hasta la actualidad, se reduce a cuatro fármacos estimulantes del Sistema Nervioso Central:

- 2 metilfenidato (Ritalin) ,
- 3 dextroanfetamina (Dexedrina),
- 4 metanfetamina (Desoxyn) y
- 5 pemolina (Cylert) ,

Aunque se continúa investigando el uso de otros; el único con disponibilidad en el mercado nacional es el metilfenidato (Ritalin)

Desde luego, como todos los fármacos tienen sus contraindicaciones, siendo las más importantes: reacciones alérgicas previas; marcada ansiedad, tensión o agitación, glaucoma (metilfenidato y anfetaminas), antecedentes de abuso de drogas (anfetaminas), historia familiar o personal de síndrome de Tourette's, tics (metilfenidato), hipertiroidismo, hipertensión arterial moderada o severa, arterioesclerosis avanzada, enfermedad cardiovascular sintomática (anfetaminas) , alteración de la función hepática (pemolina).

Y se utilizan con precaución en Hipertensión leve, depresión severa, madres lactando, ansiedad, crisis epilépticas, psicosis y en el embarazo. Sin olvidar que interactúan con agentes presores, y que no deben administrarse antes de 2 semanas de haber usado inhibidores de la MAO. Además inhiben el metabolismo de anticoagulantes warfarínicos, antiepilépticos y antidepresivos tricíclicos y pueden disminuir los efectos hipotensores de la guanetidina

Existen otros fármacos como el Bupropion, que aún no están disponibles completamente para su uso clínico, los estudios realizados hasta el momento, son alentadores pero no son suficientes para recomendar su administración, requieren de más ensayos clínicos controlados.

El pindolol un beta bloqueador que ha probado ser útil en disminuir la hiperactividad, con menor efecto que el Metilfenidato. Con fenfluramine se han encontrado muchos efectos indeseables neurotóxicos (anorexia, somnolencia, vértigo) sin tener mayor utilidad de que metilfenidato. En niños epilépticos con TDAH el uso combinado de metifenidato con drogas antiepilépticas no genera ningún problema.

Quedan pendientes muchas situaciones a resolver en el manejo, por ejemplo la farmacoterapia cuando el TDAH coexiste con otros trastornos, el uso de combinaciones terapéuticas al parecer no se ha resuelto absolutamente, incluyendo el tratamiento psicosocial

Se tiene un temor tradicional a que los niños bajo tratamiento con estimulantes del SNC , puedan desarrollar adicciones, en otras etapas de la vida, incluso hay estudios con algunos resultados en ese sentido 62. Sin embargo el consenso general es que no existe tal situación.

Apartado II
Elementos Teóricos para comprender TDA / TDAH

2.1 Antecedentes el Trastorno de Déficit de Atención (TDA y TDAH)

A este trastorno se le conocía anteriormente como Disfunción Cerebral Mínima y en nuestro país era uno de los tantos problemas que se englobaban en el diagnóstico de *disritmia*, que nunca tuvo validez en el resto del mundo; felizmente cada día se hace menos este último diagnóstico, que se basaba en anomalías --más supuestas que reales-- en el electroencefalograma y que se trataba infructuosamente con anticonvulsivos o con medicamentos anodinos. (Filomeno, 2005:19)

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es el más frecuente en la práctica neuropsiquiátrica, al lado de la migraña. Está presente en el 5% al 10% de los niños y adolescentes, persistiendo hasta la edad adulta en las dos terceras partes de los casos. Con frecuencia se asocia a problemas de aprendizaje, de conducta (especialmente el trastorno negativista desafiante), ansiedad y depresión; la asociación de TDAH y migraña es común, por ser frecuentes ambos trastornos. Con menor frecuencia el trastorno que nos ocupa se asocia a trastorno bipolar, tics o Síndrome de Tourette, y trastornos del espectro autista.

Los problemas principales que acarrea un TDAH no tratado adecuadamente son: pérdida de interés en los estudios y fracasos académicos, dificultad o imposibilidad de seguir estudios universitarios, riesgo de drogadicción y delincuencia (especialmente cuando hay problemas de conducta asociados), frustraciones en la carrera y en el trabajo, dificultades sociales y matrimoniales. Por todo lo anterior, constituye un problema de salud pública, habiendo sido declarado así en los Estados Unidos de Norteamérica

Por su parte el Si esto es así, corresponde con la edad en se encuentran los niños del primer ciclo de Educación Primaria, más aún, siguiendo a Piaget , son sujetos que se encuentran en el estadio de desarrollo psicogenético de operaciones concretas y sus características son las siguientes:

Segundo estadio:

OPERATIVIDAD CONCRETA

Durante este período que ocupa aproximadamente desde los dos años de vida hasta los diez, once años, el sujeto logrará emplear toda una serie de operaciones a saber:

Clasificación

Seriación

Conservación del número

Mantenimiento del orden espacial

Mantenimiento del orden temporal

Y avanzará notablemente en la comprensión de fenómenos externos y la causalidad.

Si partimos de la psicología genética como elemento explicativo del quehacer del niño, podemos explicar la importancia de descubrir y atender los problemas de atención, puesto que su objetivo fue el de un programa relativo a descubrir las condiciones de constitución y validación del conocimiento.

Dado que el origen de la Psicología Genética como disciplina estaría ligada a la problemática epistemológica, se entiende:

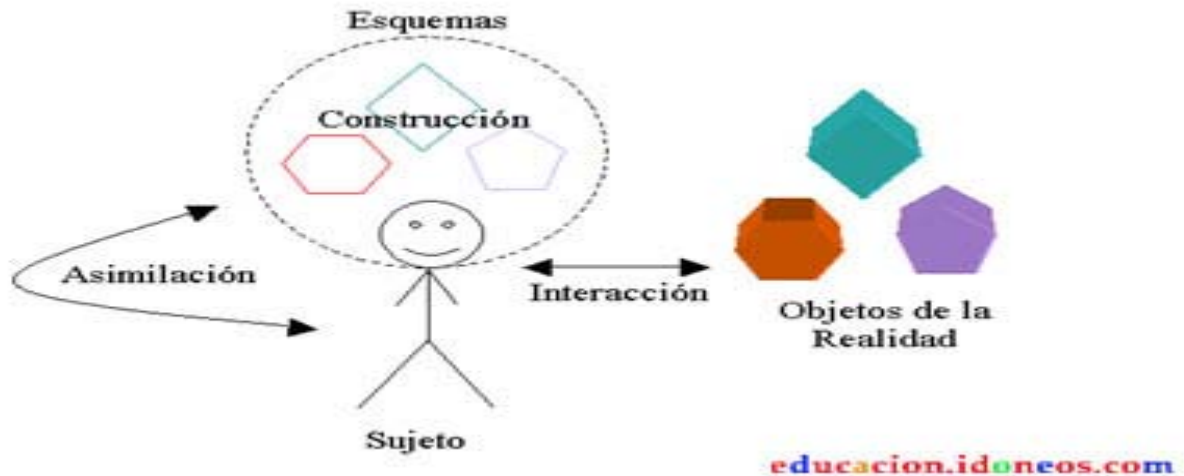
Que existan distancia entre ella y la psicología del niño no tiene pretensiones de profundizar muchos aspectos del conocimiento infantil.

La problemática de aprendizaje aparece en un principio en relación a problemas epistemológicos, lo que **impide reducir la problemática del aprendizaje a la psicología genética.**

Constructivismo: El constructivismo se opone al innatismo y también al empirismo. Tanto el objeto de conocimiento como el sujeto mismo se construyen en el marco de la relación epistémica.

Interaccionismo: Movimiento dialéctico entre sujeto y objeto que genera la construcción del conocimiento.

Realismo crítico: El objeto existe como tal, lo cual es evidente por el **concenso intersubjetivo**, lo cual no significa que conozcamos el mundo tal cual es, porque los objetos observados cobran dignificado dentro del sujeto cuando éste es **asimilado** dentro de sus esquemas.



- **Nociones fundamentales para la explicación del desarrollo cognitivo**

Para la teoría de Piaget, el sujeto y la realidad son inseparables, porque el punto de partida es la interacción entre ambos: **la acción transformadora del sujeto sobre el mundo.**

Digamos pues que el mismo tipo de intercambios adaptativos que se producen entre los organismos y el medio en el nivel biológico, se producirían del mismo modo en el proceso de conocimiento de los objetos, esta vez, a nivel psicológico.

El objeto conocido es así, el **recorte de la realidad** que efectúa el sujeto a través de sus esquemas asimiladores.

Aunque la herencia constituye la base de la que se inicia la construcción cognitiva, Piaget sostiene que las personas no nacen provistas de nociones y categorías innatas, sino que éstas se van elaborando durante el transcurso del desarrollo.

2.1.2 El esquema: unidad básica de organización de la acción

El **esquema de una acción** es el conjunto estructurado de las características generalizantes de dicha acción, es decir, aquellas características que permiten aplicar o repetir la acción.

Piaget señala que a lo largo del desarrollo la persona irá construyendo, en un proceso de interacción con los objetos, determinadas estructuras o totalidades organizadas en esquemas de acción que obedecen a ciertas “reglas” o “leyes”.

Las sucesivas estructuras que se van construyendo, suponen formas de relación y comprensión de la realidad cada vez más potentes y estados de equilibrio en los intercambios con el mundo.

Sobre los aportes de Jean Piaget a la teoría del Conocimiento

Jean Piaget podría pasar más por epistemólogo y filósofo de la ciencia que por psicólogo o pedagogo ya que introdujo revolucionarias concepciones respecto a la teoría del conocimiento. ¿Por qué esto no es así?

Probablemente porque Piaget dio numerosos motivos como para que los filósofos no lo consideraran uno de sus pares, tuvo pues, el atrevimiento de proponer el desprendimiento de la epistemología del dominio de la filosofía especulativa, aplicando para ésta los mismos parámetros exigidos para las disciplinas científicas de las cuáles él mismo provenía (era biólogo de formación).

“... hoy se cree que se puede llegar a ser filósofo en facultades universitarias desprovistas de laboratorio y de enseñanza de las matemáticas (...) hoy se tolera

que escriba libros de filosofía quien no ha contribuido por sí mismo al progreso de la ciencia aunque sólo fuera a través de los modestos descubrimientos que puede demandar una tesis de doctorado, en cualquiera de las disciplinas científicas” (Piaget, 1949)

Piaget llegará más lejos aún y dirá que el hombre "que piensa" estará siempre buscando una síntesis razonada entre sus creencias, los valores que sostiene y aquello que conoce. Esta suerte de síntesis (*sagesse*) la llamará “una fe razonada, pero no de conocimiento” y para él constituye lo que ha sido el objeto de estudio de la filosofía.

Para Piaget, la ciencia era pues la forma más avanzada de conocimiento, por lo tanto era absurdo “especular” respecto a éste sin haber tenido un contacto directo con él. Esta observación, aparentemente contradictoria lo llevaría a decir: “yo he demostrado empíricamente que el empirismo es insostenible”.

En efecto, el empirismo sostenía que la fuente de todo conocimiento está en los datos aportados por la experiencia inmediata (sensaciones), pero esto, no era verificado a través de la experiencia. En función de esto, Piaget desarrollará una epistemología basada en la psicología y en la historia de la ciencia.

La epistemología piagetiana es pues una alternativa frente al apriorismo y el empirismo: el conocimiento no es innato ni tampoco producto de alguna suerte de intuiciones... pero tampoco es la resultante de abstracciones y generalizaciones provenientes de experiencias sensoriales. El conocimiento se construye... por lo tanto, no es un “estado” sino un “proceso” en continuo movimiento.

¿Qué tiene que ver la forma en que el niño va formando su idea respecto al mundo que lo rodea (espacio-tiempo, número, causalidad...) con las complejas conceptualizaciones de las teorías científicas? El desarrollo de los procesos cognitivos, desde el deambulador hasta el eminente científico, responde a procesos similares a través de los cuales se construye el conocimiento, independientemente de la disparidad de contenidos.

Haciendo caso al género, la distribución de este padecimiento, indica que es El Trastorno por Déficit de la Atención es un trastorno que se presenta en las personas desde los primeros años de vida y puede durar incluso hasta la adultez.

Se caracteriza por una dificultad o incapacidad para mantener la atención voluntaria frente a determinadas actividades tanto en el ámbito académico, como cotidiano. Por ende las relaciones sociales se ven afectadas por el hecho de que es muy difícil para una persona de estas características seguir reglas o normas rígidas de comportamiento.

Habitualmente se asocia este déficit a una falta de autocontrol y sobretodo dificultades en la toma de conciencia de los errores propios para la persona afectada.

Existen fuertes evidencias que la presencia de un desorden fisiológico a nivel de unos neurotransmisores llamados Catecolaminas, todo esto a nivel del sistema nervioso central, sería una de las causas más aceptadas.

Otra de las razones más estudiadas dice referencia a la de los efectos que pueden causar en el comportamiento los altos niveles de plomo, los traumas y la ingesta de determinados alimentos.

Se cita además que el TDA también puede ser causado por factores sociales o ambientales (deprivación), o una enseñanza deficiente

Para poder determinar si la presencia del TDA es de carácter hiperactivo, debe presentar algunas de las siguientes conductas:

- Frecuentemente está inquieto con las manos o los pies o no puede quedarse sentado quieto.
- Frecuentemente se levanta de su lugar en clases.
- Frecuentemente está activo en situaciones en que es inapropiado.
- Frecuentemente tiene dificultad en hacer cosas en forma tranquila.
- Frecuentemente está como si "no se le acaban las pilas".
- Frecuentemente habla en forma excesiva.
- Frecuentemente responde antes de que la otra persona termine.
- Frecuentemente tiene dificultad en esperar su turno.
- Frecuentemente interrumpe.

Pero quizás el rasgo más relevante o más decidor de la existencia de un posible déficit atencional es la falta de atención o *INATENCIÓN* que se ve reflejado en conductas como:

- Frecuentemente falla en dar atención cercana a detalles o comete errores por no fijarse en trabajos de la escuela o en otras actividades
- Frecuentemente tiene dificultades en mantener la atención en trabajos o en otras actividades
- Frecuentemente parece no escuchar cuando se le habla
- Frecuentemente no sigue las instrucciones o falla en terminar las cosas
- Frecuentemente tiene dificultad en organizarse

- Frecuentemente evita situaciones que implican mantener un nivel constante de esfuerzo mental
- Frecuentemente pierde cosas
- Frecuentemente se distrae con estímulos externos
- Frecuentemente es olvidadizo de actividades diarias.

El Manual Diagnóstico Estadístico de Enfermedades Mentales DSM- IV, distingue tres subtipos de Trastorno por Déficit de la Atención:

1.-TDA tipo combinado: Esta categoría se utiliza si al menos 6 de los síntomas de atención y 6 de los síntomas de hiperactividad - impulsividad están presentes por un mínimo de 6 meses (A juicio de muchos autores la mayoría de los niños y adolescentes tienen el tipo combinado).

2. TAD tipo Inatención predominante: Se utiliza si al menos 6 síntomas de atención, pero menos de 6 en el ámbito de la impulsividad - hiperactividad están presentes por un mínimo de 6 meses.

3. TDA Tipo hiperactivo - Impulsivo: Es usado si al menos 6 síntomas de hiperactividad- impulsividad están presentes, pero menos de 6 de ámbito de la atención por un mínimo de 6 meses.

La generalidad de las investigaciones mundiales han estudiado el TDA desde la perspectiva de la falta de atención asociada casi siempre a altos niveles de actividad motora, es tanto así que algunos autores se refieren a niños con déficit atencional homologándolos con niños hiperactivos.

En este sentido es importante destacar que si bien es cierto que un alto porcentaje de niños hiperactivos presentan problemas atencionales, no todos los niños con problemas atencionales presentan una hiperactividad motora. Es más se estima que un 50% de los niños con TDA, no presentan hiperactividad, sino

más bien en una falta real de actividad por parte del niño llamada también HIPOACTIVIDAD.

Según Nussbaum y Bigler (1990) citados por Silva, O y Fernández, E (1991) existen patrones y conductas que caracterizan a este tipo de población infantil. Dentro de ellas están:

1.- Pierden el rumbo de la tarea: mientras que el niño con TDA con hiperactividad pierde la pista de lo que está haciendo en forma notoria, el niño sin hiperactividad lo hace pasivamente y sin llamar la atención de sus maestros. Ya que siempre pareciera estar en otro mundo, con su mirada perdida, su tranquilidad les hace flotar por largos períodos no captando la información contenida en la explicación del profesor

2.- Presentan patrones de pensamiento indefinidos: Es muy difícil para ellos mantener informaciones en forma lineal y secuenciada. Pierden detalles esenciales de la información obtenida a recibirla y procesarla en forma desordenada. Los pasos de un proceso (ciencias) que deben ser seguidos en cierto orden los mezclan revolviéndolos. Lo que se ha aprendido no aparece en su pantalla mental cuando la necesita. Su memoria es vaga, dispersa, esto les impide realizar un conjunto de actividades que requiera una tarea.

3.- Cambios de primeras impresiones: Los niños con déficit atencional, cambian rápidamente las primeras impresiones de las informaciones que reciben. Es por esto que, pueden aparecer borrando y cambiando todo lo que realiza, ya que lo que ve y lo que escucha no siempre es procesado junto.

4.- Posen un tiempo cognitivo lento: El procesamiento de la información obtenida y rescatada es un lento y generalmente no logran responder frente a las presiones de tiempo, cuando se les solicita que realicen algo en un tiempo corto y determinado pasan largos periodos tratando de encontrar información sin obtener resultados. No reaccionan de inmediato. Entonces el trabajo escolar les consume mucho esfuerzo y les agota rápidamente.

5.- Poseen problemas para nominar y describir: Al poseer un tiempo cognitivo lento, no retienen o no logran evocar conceptos para nominar y describir situaciones, ya que necesita un periodo más largo para poder identificar cual es la información necesaria. Pueden dar grandes sorpresas de eficiencia cuando se les otorga un plazo de tiempo más largo para elaborar sus respuestas.

6.- Auto observaciones orales: es característico en estos niños que cada vez que reciben una instrucción la repitan en forma oral, de modo de fijar los detalles específicos de lo que están escuchando

Por la complejidad que presenta el TDA se hace necesario la rigurosidad en la entrega de datos, por parte de los padres y profesionales a cargo del niño al momento de la evaluación, porque se ha evidenciado en los últimos años un sobrediagnóstico de este cuadro llevando a entregar el rótulo de TDA a niños con otros problemas, como al trastorno opcionista desafiante, al trastorno de la vigilancia, a los cuadros obsesivos compulsivos, a la depresión, etc.

La etiología del cuadro así como su diagnóstico es bastante compleja se estima que las causas están determinadas en función de si son atribuidas a factores endógenos básicamente genéticos, exógenos pre, peri y post natales, como elementos o factores ambientales como la familia, el nivel sociocultural, la escuela, la contaminación, etc.

“De acuerdo a las investigaciones de los últimos 10 años mediante técnicas de formación de imágenes, podría darse a un mal funcionamiento de ciertas regiones del cerebro, lo que explicaría los síntomas del trastorno. Se sugiere la importancia del córtex prefrontal, una parte del cerebelo y los ganglios basales” (BARKLEY, R. 1998)

Silva, O. y otro en 1991, presentan un cuadro donde especifican algunas de las posibles causas del Trastorno por Déficit de la Atención (TDA), con la finalidad de poder dilucidar mejor los antecedentes:

<u>CAUSA</u>	<u>COMENTARIO</u>
Disfunción Cerebral	Desequilibrio en neurotransmisores en el sistema reticular (filtros)
Retraso en maduración Cerebral	Lóbulo frontal
Historia Familiar de SDA (antecedentes genéticos)	Solo un pequeño porcentaje con personas con SDA muestran este tipo de causas
Otros factores	Pueden empeorar rasgos de conductas asociadas al déficit atencional pero no lo causan.

*Fuente: Nussbaum y Bigler (1990)

Sumado a lo anterior se plantea además que, “los dos modelos biológicos más aceptados son los que dicen relación con problemas “estructurales” (migración neuronal, simetrías hemisféricas, desarrollo dendrítico, etc.) y “neuroquímicos” (GOROSTEGUI, en LÓPEZ Y OTROS, 1999) que se relacionan con la acción de algunos neurotransmisores, especialmente la dopamina; la influencia hormonal y algunas endorfinas, etc. La dopamina es un neurotransmisor segregado por neuronas de ciertas zonas del cerebro para inhibir o moderar la actividad de otras neuronas, específicamente de las que intervienen en las emociones y el movimiento.

Existen argumentos para apoyar estas posturas en la literatura actual a nivel mundial y cada vez se hace más necesario continuar con los estudios que permitan ir dilucidando las posibles y futuras causas del síndrome lo que irá

descartando y a la vez especificando los tratamientos e intervenciones que se llevarán a cabo en esta línea.

Desde hace “años las alternativas de tratamiento del TDA han estado confinadas al uso de psicoestimulantes como el metilfenidato, la dextro-anfetamina y la pemolina entre otros. Por sus favorables efectos en la reducción de los síntomas y manifestaciones de TDA son los medicamentos de primera línea en su tratamiento” (VALDIVIESO, A. y OTROS, 2000). “Estos fármacos mejoran la conducta entre un 70 y 90% de niños mayores de 5 años” (BARKLEY, r. 1998), los que reciben este tratamiento no sólo son menos impulsivos, inquietos y distraídos, interiorizan mejor las informaciones, se relacionan mejor, establecen de mejor forma compromisos y por ende se autocontrolan más eficientemente. Lo que conlleva que sean más aceptados y más queridos por sus compañeros y reciben menos castigos, mejorando por ende sus autoestima.

Sin embargo, este tipo de intervención farmacológica presenta algunas restricciones como el mal uso del medicamento, la farmacodependencia que se produce en algunas personas, y el error de que el tratamiento farmacológico es sustentado como única alternativa al problema de atención, descuidando notoriamente el tratamiento integral.

Valdivieso y otros, 2000 plantean que dentro de los estudios por ellos revisados se estima que en los Estados Unidos de Norteamérica el consumo de metilfenidato (conocido en Chile como “Ritalín”) ha aumentado 8 veces en la última década, probablemente por sobrediagnóstico o abuso.

Estos medicamentos desarrollan en algunos menores efectos colaterales, que a juicio de muchos autores y sobretodo de los detractores de este tipo de

intervención, son los que en vez de ayudar a un mejoramiento de los niveles atencionales del niño dentro de la sala de clase dificultan aún más el proceso, como son taquicardia, nerviosismo, insomnio, disquinesias, hiperactividad, tics, etc.

Existe una postura antagónica de tratamiento y manejo de niños con TDA, la cual presenta alternativas que dejan por fuera el uso de fármacos y postula que solamente se debiera intervenir en el ámbito del desarrollo de estrategias dentro de las metodologías escolares, adecuación del currículum académicos, además de apoyos multidisciplinarios para el desarrollo de estrategias eficientes en el manejo de la atención y de la conducta impulsiva o hiperactiva según sea el caso.

Dentro de esta línea de trabajo juegan un rol muy importante el psicólogo clínico y educacional, el psicopedagogo, los profesores directos de niños y especialmente sus padres.

En la literatura actual sobre el tema aparece una postura más bien ecléctica en la cual se conjugan las dos visiones antes presentadas, y se desarrollan estrategias de trabajo en el cuadro involucrando a todos los agentes directos que intervienen en el proceso de desarrollo del niño.

Dentro de esta postura integracionista destaca el hecho de que para poder llegar a una intervención medicamentosa es fundamental determinar las causas reales del trastorno, porque en casos determinados de dificultades neuroquímicas en el niño se hace necesario la utilización de fármacos para poder ayudarlo en el manejo de la atención y de la conducta.

Además los estudios acabados sobre los antecedentes entregados por la familia van a ayudar considerablemente a determinar otros tantos factores desencadenantes del cuadro.

Un elemento fundamental en el tratamiento del TDA, es el trabajo que se haga con los padres y principalmente con los profesores, ya que son estos quienes deben resolver diariamente los conflictos que el niño evidencia.

Los padres pueden ser apoyo real al mejoramiento del niño, como también pueden llegar a ser los más grandes destructores de todo el trabajo, es por esta razón que se les debe considerar y mantener informados y comprometidos siempre en las labores a realizar con sus hijos.

Los profesores por su parte, pasan a ser en este panorama quienes hacen de juez y parte, ya que son ellos los que precozmente comienzan a descubrir las anomalías que presenta el niño en la sala de clases, dentro de los primeros indicios que detectan los profesores están el mal comportamiento, el bajo rendimiento escolar, la desmotivación por aprender, la falta de compromiso en las tareas, desorganización de los materiales personales de trabajo, en algunos niños hiperactividad constante y en otros una hipoactividad que pareciera que fueran niños ausentes (son los muchas veces denominados “estar en la luna”).

Frente a esta diversidad de síntomas los profesores comienzan inicialmente a alertar a los padres de la problemática que está ocurriendo en los periodos de clases, al mismo tiempo que inician una serie de estrategias de trabajo con ellos tratando de motivarlos y hacerlos partícipes del proceso de enseñanza y aprendizaje.

Estas estrategias van estar determinadas por el nivel de conocimiento que el maestro posee sobre estos temas y como sea su nivel de compromiso con sus alumnos, muchas veces se inician trabajos dentro de la línea de la conversación y tratando de ganar la confianza del niño, otras veces cuando esto ya no surte efecto se procede con las amonestaciones y en este caso comienzan a intervenir otros estamentos del establecimiento como son los inspectores, subdirectores y directores, según sea el calibre de los problemas. Lo que conlleva que el real foco de conflicto no sea la falta de atención del alumno, sino más bien sus problemas de conductas.

2.2 Los niños TDAH en el aula

Los problemas educativos del TDAH suelen detectarse fundamentalmente en la escuela, ya que es el medio en que las demandas de atención y de seguimiento de instrucciones son mayores. También de esta manera los profesores pueden comparar el comportamiento del niño hiperactivo con los demás y percibir las diferencias.

Las quejas más frecuentes son de que el niño no para de moverse, molesta constantemente a los compañeros, habla mucho, no se concentra en lo que hace y no sigue las instrucciones que se le dan.

Intentar aprender o construir aprendizajes con un niño con hiperactividad no es tarea fácil, puesto que las técnicas que pueda haber el niño con hiperactividad demostrará tener más talento y creatividad de lo que serán capaces de demostrar en un trabajo o examen.

Al maestro se le dificultará enseñar a estos niños porque no siempre existen estrategias de trabajo en sus programas de formación, profesionalización y actualización, que les proporcionen herramientas de aprendizaje para manejar a estos niños, por ello muchas veces los maestros se sentirán frustrados ante esta situación o simplemente pondrán al niño con déficit de atención en un lugar alejado, para que no le provoque problemas y no interfiera con el aprendizaje de los demás niños, y ésto provocará en el niño una baja en su autoestima y un fracaso escolar.

Los problemas que pueden causar los niños con hiperactividad en el aula y con sus compañeros pueden ser variados, por ejemplo un niño con déficit de atención se equivoca frecuentemente por no poner atención suficiente a los detalles, comete varios errores en sus trabajos y actividades, tiene dificultad para mantener la atención en las actividades y juegos, parece que no escucha cuando se le habla directamente, le cuesta trabajo seguir con las instrucciones, tiene dificultad para organizar sus materiales, es frecuente que pierda los objetos que necesita para realizar sus actividades escolares, se distrae con gran facilidad, se mueve constantemente, se para constantemente de su lugar cuando debería estar sentado, brinca y corre por todo el salón, a veces se explaya en el suelo del salón de clases, cuando habla lo hace gritando, tiene dificultad esperar su turno, suele interrumpir a los demás compañeros, quiere las cosas en el preciso momento, no siempre piensa en las consecuencias, por este motivo los niños con TDAH suelen tener problemas con sus compañeros puesto que cuando juegan en grupo no pueden esperar su turno, interrumpen, explotan con facilidad y se enojan si los demás son “mejores” que ellos .

Los niños con TDAH presentarán problemas en la lectura, la escritura, en el problema para memorizar y para generalizar lo aprendido, la aritmética se les dificultará porque no prestan atención suficiente en las actividades, lo cual le

genera errores en las operaciones que pudiera realizar, en memoria, simplemente por que no presta atención para poder memorizar lo visto en clase o en otra actividad.

Es importante decir que el desarrollo de la inteligencia no tiene relación alguna con la hiperactividad: por lo tanto, hay niños hiperactivos con un grado de inteligencia normal, baja y alta como cualquier otro niño.

Esta problemática afecta a todos los sectores sociales, sobre todo en la educación básica, El propósito la investigación intenta analizar el tratamiento y estrategias que se dan entre todos los involucrados: niños, padres de familia, autoridades, compañeros de grupo y las posibles alternativas para su atención dentro de este espacio educativo

Los problemas que puede presentar un niño en el salón de clases, pueden ser varios, por ejemplo un niño con déficit de atención es exigente, llama la atención y frecuentemente olvida los deberes que tienen que realizar.

Lo que son las matemáticas y la memorización de datos que requieren de pasos precisos, le resultan difíciles de realizar, se le dificulta tomar notas; en cambio, responden bien y rápido a actividades que son rápidas y de corta duración pero en proyectos que sean de larga duración; siempre tendrán problemas para poder acabarlos. Son niños que levantan la mano para participar en una manera constante, quieren contestar las preguntas que se les hace a gritos y de una manera desordenada, no dejan participar a los demás alumnos, se levantan de su asiento a cada rato, son inquietos, quieren salir del salón constantemente, generalmente molestan frecuentemente a sus compañeros, gritan mucho en el salón de clase, son desorganizados con sus materiales, no siempre atienden a las

explicaciones que se les dan, y por lo tanto no acaban con sus trabajos. (GRIFFIN, Oskar. 252.)

Todas estas observaciones que se pueden hacer a los niños con TDAH nos hacen pensar en una inadaptación al salón de clases y a sus compañeros de clases, por lo tanto el maestro lo etiqueta, lo regaña, le pone toda una serie de castigos en las que el niño se siente frustrado y rechazado por los compañeros del salón de clases y por el profesor en sí.

El maestro con el fin de mantener el orden en el salón de clases se le pasa gran tiempo de su clase en atender las diferentes conductas que pueda ocasionar un niño con TDAH, y esto resulta ser desgastante para el profesor, y perjudicial para el aprendizaje de los demás niños, ya que no se les presta la atención permanente y exclusiva a sus diferentes necesidades de aprendizaje. Así, todo el entorno del salón de clases y el aprendizaje grupal e individual se ve perturbado por el alumno hiperactivo.

2.2.2 Recomendaciones

Es seguro que las siguientes recomendaciones valdrían la pena hacerlas para cualquier alumno que cursa la educación básica, pero en especial para estos niños con TDAH es indispensable guiarse por ellas.

Para que un niño no se distraiga tanto en clase se propone lo siguiente:

- Que se estructuren las actividades en tiempos cortos, permitiendo que haga descansos al concluir las mismas, reforzando los periodos de atención, controlando el ambiente para que haya los menores elementos distractores posibles.

- Los niños con TDAH dan lo mejor de sí cuando trabajan en una atmósfera tranquila en donde puedan tener una atención más personalizada, el tipo de clase que es más recomendable, es una clase cerrada, tradicional, por que lo más importante es reducir las distracciones al mínimo.
- Es importante el lugar que debe tener el niño, en el salón de clase, lo más recomendable es sentarlo en las primeras filas, de preferencia entre los niños más atentos y tranquilos de la clase.
- Sentarse enfrente del profesor para que este lo pueda ayudar y lo pueda supervisar con solo una mirada, de esta manera lo podrá supervisar, los especialistas en el caso, recomiendan que las sillas estén colocadas en forma de herradura, para que así el niño pueda prestar atención con más facilidad y los demás también.
- El niño debe aprender a organizarse en medida de su edad y de sus alcances, con la ayuda de los maestros pueden ponerles rutinas (para que él pueda conocer el plan previsto para el día de clases y saber, qué va a seguir a continuación) las listas le servirán para que sepan que tienen que hacer cada día.
- Deben de saber qué materiales necesitarán para las respectivas actividades que habrá en el día de clases, la planificación le servirá para detenerse a pensar qué libros puede necesitar para hacer sus tareas, “qué tareas debo llevarme a casa”, saber qué días le tocas sus actividades extraescolares para que ellos puedan planificar su día y sepan qué tienen que hacer en cada momento.
- Algo que se recomienda al niño con TDAH para realizar una tarea o informe que le pudiera parecer interminable, puede fragmentarse en pequeñas secuencias, qué se hace primero, qué sigue después, qué ilustraciones debe realizar, etc. y

cuando vayan acabando cada fragmento de la tarea o el trabajo a realizar este orden les dará una sensación de logro.

- Los niños con TDAH deben saber organizar su tiempo, puesto que a ellos les cuesta mucho más organizarse, por ejemplo, cuando tienen que hacer una ilustración de algún resumen que hubo en clase, tardan mucho en anotar datos, y mucho más tiempo tardan en colorear, y apenas le quedará tiempo para escribir lo que se le pidió, por eso se les debe enseñar a establecer un orden de prioridades y a administrar su tiempo.

- Otras maneras para que el niño pueda organizarse, es poner al niño a que trabaje con otro compañero, para que éste, lo pueda ir ayudando, si el maestro pone en algún lugar visible los horarios o las actividades que se van a realizar, al niño esto le ayudará a saber cuánto tiempo tiene para cada actividad y su compañero lo podrá ir ayudando. Cuando un maestro se para al frente de un salón, es casi siempre un reto captar la atención de todos los que se encuentran allí, pero es mucho más difícil captar la atención de un niño con TDAH, pero esto se puede resolver utilizando palabras que llamen la atención, hablando con entusiasmo, exponiendo las cosas con variedad y dando sobretodo instrucciones breves y paso a paso. Si la clase el maestro la expone en un plano poco claro o disperso, es probable que el niño no preste la atención suficiente, pero si en cambio el maestro llega usando un lenguaje corporal, hace pausas y habla con suavidad es más probable que capte la atención con más facilidad un niño con TDAH.

Para mejorar la memorización de datos en el aula de clase pueden utilizarse actividades diversas como por ejemplo:

- Asociar las palabras con colores o con figuras, cuando el aprendizaje solo ha sido verbal el niño no aprenderá y sólo lo memorizará,

- También se pueden utilizar palabras claves, por ejemplo cuando alguien nos quiere hacer recordar algo podemos decir sólo una palabra clave y esta nos ayudará a refrescar la memoria.
- Es algo muy efectivo el aprenderse las cosas por medio de rimas que sean contagiosas, por ejemplo cuando un niño tiene que aprenderse las capitales de la República Mexicana podrá utilizar rimas para que este aprendizaje sea más fácil y divertido.
- Para trabajar en matemáticas se le puede recomendar que siempre utilice papel cuadriculado, para que siga la secuencia de lo que esta escribiendo.
- En los ejercicios de matemáticas, por ejemplo, se recomienda que no se mezcle todo tipo de problemas en la misma hoja, y si debe de ser de esta manera podríamos ayudarlo a seleccionar los problemas con algunos círculos de colores que sean similares de matemáticas, los problemas de un ejercicio pueden ser dividido en renglones o párrafos para que no le abrume ver tantos ejercicios,
- Las instrucciones que se le den en los ejercicios deben ser lo más cortas y precisas que se puedan para que el las pueda entender de una manera más fácil.

Por otra parte, en otras materias como Español, Historia, Geografía, Ciencias Naturales, que contienen demasiados datos e información, debemos saber que los niños con TDAH aprenden mejor haciendo uso de sus tres sentidos que son el visual, auditivo y el kinestésico; así el profesor puede ayudarlo proponiéndole actividades que favorezcan estas tres formas de aprender, por ejemplo los mapas mentales son una herramienta muy eficaz para que puedan recordar solo datos importantes, lo adecuado de los mapas mentales es que cada niño puede hacerlos a su manera, puede usar dibujos, diferentes colores, diferentes tamaños, etc.

El niño con TDAH se podrá concentrar más de esta manera haciendo uso de estas herramientas y podrá aprender de un modo más rápido y organizado, otras

actividades que le pueden ayudar al niño en estas materias, puede ser un juego de memoria, un dominó de fichas, crear historias y cuentos para luego representarlos, pueden hacer canciones acerca de un tema y cantarlos todos en grupo, se pueden utilizar títeres y representarlos en pequeñas obras escritas por los niños, etc., hay una infinidad de actividades que el maestro puede utilizar para que el niño con TDAH pueda aprender mejor, siempre hay que recordar que un niño con TDAH o “normal” aprenderá mejor a través del juego, entonces usemos la imaginación y la creatividad para realizar materiales de acuerdo a las habilidades y capacidades de cada grupo para poder ayudarlos a que aprendan mejor.

También una técnica que puede resultar muy buena para el niño con TDAH para que pueda concentrarse más y aprenda mejor es la relajación. Para poder aprender a relajarse debe aprender a respirar ya que esta afecta a todo nuestro cuerpo, por ejemplo cuando estamos tensos o asustados nuestra respiración es más rápida y la sentimos en el pecho, y esta respiración nos provoca ansiedad; un ejercicio de respiración que es muy sencillo y lo podemos realizar en el salón de clases y que puede funcionar, es que el niño se acueste sobre una colchoneta boca arriba y cierre los ojos, indicarle que ponga su mano sobre el abdomen; pedirle que aspire e infle el estómago, mientras aspira cuenta hasta cuatro lentamente, luego pedirle que suelte el aire despacio y contar hasta cuatro.

Otra actividad que los ayuda a tranquilizarlos es la visualización, esta consiste en que el niño se relaje, que vaya cerrando los ojos, y el maestro puede ayudarle a crear imágenes, situaciones con la mente, que utilice su imaginación, podemos darle indicaciones de que imagine un bosque, el mar, un jardín, etc. y decirle que utilice su imaginación para irse recreando una situación, al ir recreando en su mente una situación éste se irá calmando lentamente, la ayuda de música barroca o de ruidos de naturaleza pueden apoyar de una manera significativa a estas actividades.

Hay otras actividades que puede realizar el niño afuera de la escuela para poder descargar toda la energía que no puede controlar. Algunas de estas opciones que se recomiendan a niños con TDAH pueden ser:

- Danza (les ayudará a fomentar la coordinación y establecer ritmos rítmicos)
- Artes Plásticas (esta actividad les ayudara a relajarse y a desarrollar destrezas manuales)
- Computación
- Natación (permitirá trabajar de manera distinta toda la energía que trae y permitirá distraerse pasándosela bien, no clases de natación)
- Andar en bicicleta.
- Atletismo.
- Baile.

Una forma de saber qué actividad puede ser la más apta para el niño, es observando sus habilidades que pueda desempeñar.

Los padres pueden fomentar este tipo de actividades pero sin incluir demasiadas clases para no abrumarlos.

2.2.3 Estrategias

Las estrategias que se proponen a continuación podemos ponerlas en práctica para todos los niños, por que se puede ver que estas estrategias están enfocadas a una mejor atención y un mejor trato para el niño en sí. Estas estrategias a cualquier niño le podría funcionar a la hora de aprender, pero la atención que le debemos prestar a los niños con TDAH es especial, con más contacto para poder conocer su evolución:

- No dar demasiadas opciones a la hora de realizar un trabajo como puede ser el tipo de letra, colores para trabajar, tipo de hojas, materiales, etc. a los alumnos con TDAH, sino que él limite el número de opciones con las que va a trabajar.
- Escribir las tareas en el pizarrón y dar instrucciones verbales.
- Hacer contacto con la vista.
- Ayudar al niño a mantener su escritorio limpio y organizado.
- Proporcionar una instrucción a la vez y que esta sea clara y sencilla.
- Mencionar el nombre del estudiante.
- Hacer un contacto con él, puede ser tocándolo en alguna parte de su cuerpo.
- No utilizar las horas de descanso ni almuerzo para que los alumnos completen sus tareas, ellos constantemente necesitan moverse.
- Elogiarlo positivamente con alguna actividad que hayan realizado.
- Hacerle comentarios positivos o elogiarlo cuando se comporta bien o termina una actividad.
- Cuando un niño acaba antes con sus ejercicios y exámenes antes de tiempo se le puede recomendar que los vuelva a revisar y corrija los errores que pudiera tener.
- Darle oportunidad de caminar en el salón o mandarlo hacer alguna diligencia afuera del salón.
- Mientras se le está enseñando a niño, señale con su dedo el libro o ejercicio, para ayudarlo a concentrarse otra vez.
- Las tareas que se lleve a casa deben ser muy sencillas, que las demás.
- Los niños con TDAH no tienen noción del tiempo, ya que tardan mucho tiempo en realizar sus actividades, lo que se le puede enseñar es a medir su tiempo con el reloj del salón de clases, para que vaya terminando sus ejercicios.

2.2.4 Material Didáctico

Los materiales que pueden recomendarse a un niño son variados, pero todos se pueden adaptar a las diferentes materias a las que se quieran aplicar y a las diferentes aptitudes y habilidades que tenga un niño o el grupo en sí, por ejemplo podemos utilizar:

- Juegos de memoria
- maratón o turista
- juego de domino
- juego de cartas
- encontrar diferencias
- visitar museos
- rompecabezas
- crucigramas
- ajedrez
- sopa de letras
- videos

Otros juegos sencillos que pueden ayudar a controlar la actividad del niño pueden ser:

- Jugar con plastilina.
- Escribir cuentos.
- Dibujar historias.
- Hacer experimentos sencillos de ciencias naturales, física, etc.
- Armar legos.
- Dibujar y pintar.

El espacio recomendado que deban tener los niños con TDAH es un lugar que tenga capacidad para 8 o 10 niños, el profesor que esté a cargo de la formación de los niños es que tenga una formación en educación especial o que conozca el tema de este trastorno, el ambiente de los niños con TDAH debe ser más rutinario, organizado, los deberes académicos de los niños deben estar divididos en pequeñas unidades, el maestro debe evaluar detenidamente y a cada uno de ellos, las destrezas que pueda tener y así el dará los materiales adecuados para cada quien, el salón de clases debe ser un lugar muy organizado, un lugar silencioso, donde no haya personas circulando, donde no existan estímulos distractores o música que no sea estridente debe ser música que puede ayudarlos a concentrarse mejor.

2.3 Consecuencias futuras que presentan los niños con hiperactividad

Un niño con este problema no diagnosticado le representa mucho más trabajo que le presenta a un niño “normal” ya que no se puede concentrar, “ya que se distrae con cualquier cosa por pequeña o intrascendente que parezca”, del tema que se este revisando y no siempre puede asimilar el material que se esta utilizando. La impulsividad y el afán de apurarse los hará escribir con rapidez y les puede llevar a saltarse sílabas o palabras cuando leen y a confundir una palabra con otra, la escritura puede ser irregular, la presión que se le aplica a lápiz puede ser muy intensa lo que puede hacer que sus trabajos sean incorrectos, obtengan una mala calificación y este se verá reflejado en fracaso escolar.

Se les puede hacer difícil repartir su tiempo entre los estudios, el descanso y las diversiones, de manera que cumpla con todas las obligaciones escolares al mismo tiempo que llevan una vida social en donde hacen amigos y se distraigan.

El no hacerlo puede repercutir en un fracaso escolar. Dificultad para estudiar las distintas materias, prepararse para exámenes, hacer investigaciones, redactar monografías. Estas tareas son demasiadas para ellos ya que no les falta capacidad sino que les sobra velocidad.

Hay que tener presente que en cualquier caso, el futuro de un niño es incierto, sea o no sea hiperactivo y que una persona que tiene TDAH puede nacer, reproducirse y morir con este problema pero con una adecuada ayuda profesional y familiar que pueda recibir ellos pueden aprender a vivir con este problema y desenvolverse con gran eficacia y éxito social y profesional en la vida.

2.4 Preguntas frecuentes TDAH

Los profesores nos hacemos en forma regular una serie de cuestionamientos sobre aquello que escapa a nuestras manos, mas aún, sí esto, representa un elemento de impacto al interior de nuestra trinchera escolar.

En tal sentido, el Déficit de Atención en el primer ciclo de Educación primaria, nos propone un reto, que si bien nos rebasa, reorienta nuestra actividad docente y exige de capacitación y canalización para el alumno; tratamiento que va de la mano con la ayuda que la familia puede dar a su hijo y que la institución recupera para su incorporación a la escuela regular.

De hecho, ya existe la figura de *niños con necesidades especiales* y vaya que el niño con síndrome de atención dispersa lo es, incluso existen una serie de derechos para el niño que habría que recuperar en aquello que representa la diversidad escolar.

A continuación se presenta un documento elaborado por la **Fundación Federico Hoth, A.C. Proyecto dah** que abordan buena parte de estos cuestionamientos:

¿Qué es el Déficit de Atención y/o Hiperactividad (DAH)?

Es la condición de las personas (niños o adultos) para mantener la atención y/o la conducta en niveles funcionales dentro de su entorno psicosocial que altera su calidad de vida. Esta condición se presenta desde el nacimiento y tiene como características principales la falta de atención, de concentración.

¿Cuántos tipos de Déficit de Atención y/o Hiperactividad existen?

Existen 3 tipos de DAH:

1. DAH predominantemente Hiperactivo Impulsivo (Niños o Adultos latosos).
2. DAH predominantemente Inatento (Niños o Adultos despistados).
3. DAH mixto (Niños o Adultos latosos y despistados).

Por cada DAH hiperactivo existen dos DAH inatentos y un DAH mixto.

¿Cuántas personas presentan Déficit de Atención y/o Hiperactividad?

De manera conservadora se estima que el 5% de la población padece TDAH (aproximadamente un millón y medio de niños y adolescentes) más aquellas personas que padezcan DAH por otras causas médicas, mentales o del entorno social.

¿Qué produce el Déficit de Atención y/o Hiperactividad?

- Trastornos mentales:
 - Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).
 - Depresión.
 - Ansiedad, etc.
- Problemas Médicos:
 - Intoxicaciones (plomo, mercurio, etc.).
 - Trastornos metabólicos (problemas tiroideos, diabetes, etc.).
 - Epilepsia, etc.

- Problemas sociales:
 - Convivencia con personas que presenten DAH.
 - Sociedades altamente demandantes (Aumento de la tecnología, Estrés social, Alteraciones en la dinámica familiar, etc.).

¿Bajo qué factores se presentan más las características del DAH?

- Conforme avanza el día o esté fatigada la persona con DAH.
- Al tener que realizar tareas complejas, como cuando tienen varias instrucciones a seguir o cuando es necesario que la persona tenga que construir estrategias o planes para llevarlas a cabo.
- Cuando se requiere que la persona tenga mucho autocontrol.
- Cuando están en ambientes con muchos estímulos.
- Cuando no existen consecuencias inmediatas si no se cumple la tarea a realizar.
- Ante la ausencia de un adulto que supervise durante el desempeño de la tarea.

¿Cuáles son las manifestaciones o síntomas del Déficit de Atención?

- Se deben presentar seis o más síntomas por 6 meses:
 - No presta atención a los detalles o incurre en errores por descuido.
 - Dificultad para mantener la atención.
 - Parece no escuchar cuando se le habla.
 - No sigue instrucciones y no finaliza tareas.
 - Dificultad para organizar tareas o actividades.
 - Evita o le disgustan actividades que requieren esfuerzo sostenido.
 - Extravía objetos.
 - Distracción por estímulos irrelevantes.
 - Descuidado en las actividades.

¿Cuáles son las manifestaciones o síntomas de la Hiperactividad e Impulsividad?

- Se deben presentar seis o más síntomas por 6 meses:
 - Mueve en exceso manos o pies, o se mueve en su asiento.
 - Abandona su asiento en situaciones inapropiadas.
 - Corre o salta en exceso en situaciones inapropiadas (inquietud en adolescentes).
 - Dificultades para jugar tranquilamente.
 - Suele actuar como si tuviera un motor.
 - Habla en exceso.
 - Precipita respuestas.

- Dificultad para esperar su turno.
- Interrumpe o se inmiscuye en actividades de otros.

¿Cómo se establece el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad (TDAH)?

- Presentar Déficit de Atención y/o Hiperactividad.
- Algún síntoma del DAH se presentó antes de los 7 años.
- La sintomatología afecta más de un ambiente (en la casa, en la escuela, en las relaciones con grupo de amigos, dentro de la comunidad, etc.).
- Deben existir de pruebas claras de que el DAH provoca un deterioro significativo (mal aprovechamiento escolar, maltrato físico o mental, deterioro de las relaciones familiares, malas relaciones interpersonales, etc.).
- Se debe estar seguro que los síntomas del DAH no se explican mejor por otro trastorno mental ó médico.

¿En qué consiste el tratamiento del DAH?

En proporcionar una atención:

- Psicosocial:
 - Comunitario y familiar (continuo y proactivo)
 - Tres niveles de prevención y atención.
 - Derechos Humanos.

- Interdisciplinario (científico, eficaz):
 - Líder (padres).
 - Médicos (Médico general, Pediatra, Psiquiatra, Neurólogo, etc.).
 - Psicólogos.
 - Maestros, etc.

- Multimodal:
 - Terapias Psicológicas.
 - Terapias Farmacológicas.
 - Terapias Rehabilitatorias.
 - Etc.

- Multisistémico:
 - Persona.
 - Familia.
 - Escuela.

¿Con qué otros nombres se conoce el TDAH?

- 1863.- “Felipe, el niño del mantel” realiza una descripción literaria Heinrich Hoffman.
- 1901.- “Niños lábiles de comportamiento” descrita por J. Denoor.
- 1902.- “Defecto patológico en el Control Moral” descrita por George Still.
- 1922.- “Trastorno Orgánico” tras la pandemia de influenza después de la Primera Guerra Mundial descrito por Hohman.
- 1962.- “Disfunción Cerebral Mínima” descrita por Clements y Peters.
- 1963.- “Daño Cerebral Mínimo” Mackeith.
- 1965.- “Síndrome Hiperquinético de la Infancia” propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9).
- 1980.- “Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y Trastorno por Déficit de Atención (TDA)” propuesta por la Asociación Psiquiátrica Americana.
- “Síndrome de Atención Dispersa”.
- “Hiperquinéticos”.

¿Qué debe evaluarse en los niños con DAH?

Familia	Niño o Adolescente	Escuela
<ul style="list-style-type: none"> • Fortalezas. • Debilidades. • Estrés familiar. • Tipo de Comunicación. • Prácticas de crianza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención. • Concentración. • Inteligencia. • Juicio. • Abstracción. • Desarrollo del lenguaje (pronunciación, comprensión, expresión). • Pensamiento. • Coordinación motora gruesa y fina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos. • Exigencias. • Estilo de enseñanza. • Programas de apoyo a personas con DAH. • Disposición para ayudar.

	<ul style="list-style-type: none"> • Planeación y anticipación. • Habilidades perceptuales. • Trastornos emocionales. • Autoestima. • Condición médica general. • Habilidades académicas. 	
--	---	--

¿Quién puede evaluar y tratar el DAH?

Profesional	Valoración y Tratamiento			
	Valoración Psicoeducativa	Diagnóstico de DAH	Tratamiento Psicológico	Tratamiento Farmacológico
Profesor de Educación Básica	Sí ¹	No	No	No
Psicólogo	Sí	Sí ^{1,2}	Sí ¹	No
Neuropsicólogos	Sí	Sí ²	Sí	No
Médico General	No	Sí ^{1,3}	No	Sí ¹
Médico Familiar	No	Sí ^{1,3}	No	Sí ¹
Pediatra	No	Sí ³	No	Sí ¹
Psiquiatra	No	Sí	Sí ¹	Sí
Neuropediatra	No	Sí	No	Sí
Paidopsiquiatra	No	Sí	Sí	Sí

¹ En casos leves a moderados y con un entrenamiento específico; ² Con apoyo de área médica; ³ Con apoyo de área Psicológica.

¿Qué estrategias para el diagnóstico del DAH se recomiendan?

- Contemple que tiene que ser valorado por un equipo interdisciplinario.
- El equipo interdisciplinario tiene que ser de su confianza y que exista una buena comunicación entre ellos y ustedes.
- En caso de que tenga duda con respecto al diagnóstico siempre pida una segunda opinión.
- Un buen diagnóstico implica la evaluación de diversos aspectos del niño o del

adolescente, que contemple cuando menos el grado de desarrollo, sus habilidades y deficiencias, los padecimientos médicos y psicológicos asociados, y la evaluación del entorno familiar y escolar. No se conforme con saber que solo tiene "Déficit de Atención"

- Acuda con profesionales que puedan demostrar que están capacitados para hacer el diagnóstico.
- En la medida de lo posible realice estudios de laboratorio y gabinete pertinentes para la documentación del caso.

¿Qué lugares de atención para el TDAH existen en el Distrito Federal?

CENTRO INTEGRAL DE SALUD MENTAL (CISAME)	
Atiende	Niños, Adolescentes y Adultos
Dirección	Periférico Sur No. 2905, Col. San Jerónimo Lídice Deleg. Magdalena Contreras, México, D.F. 10200
Teléfono y Fax	55 95 68 69

CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL "CUAUHTÉMOC" (SECOSAM)	
Atiende	Niños, Adolescentes y Adultos
Dirección	Enrique González Martínez No. 131, Col. Santa María la Ribera, Deleg. Cuauhtémoc, México, D.F. 06400
Teléfono y Fax	55 41 12 24 41 47 49

CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL "IZTAPALAPA" (SECOSAM)	
Atiende	Niños, Adolescentes y Adultos
Dirección	Eje 5 Sur, esq. Guerra de Reforma, Col. Leyes de Reforma, Deleg. Iztapalapa, México, D.F. 09310
Teléfono y Fax	56 00 45 27 56 94 16 60

CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL "ZACATENCO" (SECOSAM)				
Atiende	Niños, Adolescentes y Adultos			
Dirección	Huanuco No. 323, esq. Av. Ticomán Col. San Pedro Zacatenco, Deleg. G. A. Madero, México, D.F. 07360			
Teléfono y Fax	57 57 54 66 01	54	66	10

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"				
Atiende	Adultos			
Dirección	Av. San Buenaventura y Niño Jesús No. 2, Col. Toriello Guerra, Deleg. Tlalpan, México, D.F. 14000			
Teléfono y Fax	55 55 13 11 84	73	97	74

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"				
Atiende	Niños y Adolescentes			
Dirección	Av. San Buenaventura No. 86, Col. Belisario Domínguez, Deleg. Tlalpan, México, D.F. 14080			
Teléfono y Fax	55 55 41 12 24	41	47	49

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "DR. SAMUEL RAMÍREZ MORENO"				
Atiende	Niños, Adolescentes y Adultos			
Dirección	Km. 5.5 Autopista México-Puebla Col. Santa Catarina, Deleg. Tláhuac, México, D.F. 13100			
Teléfono y Fax	58 60 19 07			

Por su parte: [W. Douglas Tynan, PhD](#) y [Richard S. Kingsley, MD](#) en 2005 ante la pregunta qué es TDA y TDH, contemplan lo siguiente, ya que nos permiten aclarar la nomenclatura y hacer ciertas precisiones:

TDAH es la sigla con la que se conoce el **trastorno por déficit de atención con hiperactividad**. Anteriormente, el TDAH se denominaba **trastorno por déficit de atención**, o TDA. En el año 1994, se le puso el nombre de TDAH. El término TDA aún se utiliza, para describir un tipo de trastorno que no incluye hiperactividad.

El TDAH es un trastorno médico que afecta la capacidad de una persona para sentarse quieta, concentrarse y prestar atención. Las partes del cerebro que controlan la atención y la actividad presentan algunas diferencias en las personas que sufren de TDAH. Esto significa que probablemente presenten problemas para concentrarse en algunas tareas y temas, o que parezcan sobreexcitadas, que actúen de manera impulsiva y se metan en problemas.

Síntomas y señales de TDAH

Aunque el TDAH comienza en la infancia, en ocasiones no se diagnostica hasta la adolescencia; y en algunos casos, recién se diagnostica cuando la persona es adulta.

Si bien el TDAH es una categoría amplia que cubre diferentes elementos atención, actividad e impulsividad, puede revelarse de diferentes maneras en distintas personas. Algunos de los indicadores de TDAH son los siguientes:

- dificultad para prestar atención o mantener la concentración en una tarea o actividad,
- problemas para finalizar las tareas en la escuela o en el hogar, y tendencia a saltar de una actividad a otra,
- problemas para concentrarse en las instrucciones y dificultades para seguirlas,
- perder u olvidarse de las cosas; por ejemplo, de la tarea,
- distraerse con facilidad, aun cuando se está haciendo algo entretenido,

- problemas para prestar atención a los detalles o cometer errores por descuido,
- problemas para organizar tareas y actividades,
- dificultad para esperar turno,
- interrumpir o molestar a otras personas,
- responder impulsivamente antes de terminar de escuchar las preguntas que se les formulan,
- jugar con las manos o los pies, o moverse cuando están sentados,
- estar inquieto,
- hablar demasiado o tener problemas para realizar actividades en silencio.

Cuando los problemas más serios se relacionan con la atención, la concentración y la organización (en otras palabras, cuando una persona no presenta signos de hiperactividad), los médicos utilizan el término "TDA". Cuando los problemas incluyen el movimiento constante, la interrupción y las respuestas impulsivas, se trata de TDAH.

Por supuesto, es normal dormirse como un tronco en una clase aburrida, saltar de un tema a otro en una conversación u olvidar la tarea en la mesa de la cocina cada tanto. Pero a las personas que sufren de TDAH les cuesta tanto concentrarse y controlar su comportamiento que sus emociones y su desempeño en la escuela y en otros aspectos de su vida se ven afectados. De hecho, el TDAH suele considerarse un trastorno del aprendizaje porque puede interferir mucho en la capacidad de una persona para estudiar y aprender.

En ocasiones, los síntomas del TDAH se vuelven menos graves a medida que la persona crece. Por ejemplo, los expertos creen que es probable que el aspecto hiperactivo del trastorno disminuya con la edad, aunque los problemas con la organización y la atención suelen perdurar. Si bien algunas personas "superan" los síntomas, más de la mitad de todos los niños con TDAH continúan mostrando indicios del trastorno en la juventud.

¿Cuáles son las causas del TDAH?

Los médicos e investigadores aún no están totalmente seguros de por qué algunas personas sufren de TDAH. Las investigaciones demuestran que el TDAH es probablemente genético y que, en algunos casos, se hereda. Los científicos también están analizando otros elementos que podrían estar ligados al TDAH. Por ejemplo, es posible que el TDAH sea más común en niños prematuros. También es más común en los niños que en las niñas.

Los médicos saben que el TDAH es provocado por cambios en las sustancias químicas del cerebro denominadas **neurotransmisores**. Estas sustancias químicas contribuyen a la transmisión de mensajes entre las células nerviosas del cerebro. El neurotransmisor llamado "dopamina", por ejemplo, estimula los centros de atención del cerebro. Por lo tanto, es probable que si una persona tiene bajas cantidades de esta sustancia química, muestre síntomas de TDAH.

El TDAH afecta hasta a un 8% de la población. Por lo tanto, si en tu grado de la escuela hay 100 niños, hasta ocho de ellos pueden sufrir de TDAH.

¿Cuál es el tratamiento para el TDAH?

Dado que no existe una cura para el TDAH, los médicos ayudan a los pacientes a manejar los síntomas de un modo más eficaz. Debido a que algunas personas tienen más problemas con el aspecto de la atención de esta afección, mientras que otras presentan más problemas con el aspecto de la actividad, los médicos adaptan su tratamiento a los síntomas de cada paciente. Esto significa que cada persona con TDAH puede recibir un tratamiento diferente.

Los médicos suelen seguir lo que se denomina un **enfoque multimodal** para tratar el TDAH. Esto significa que utilizan varios métodos de tratamiento para un paciente, tales como medicación, terapia familiar e individual, y cambios en la escuela para abordar estilos de aprendizaje particulares.

Algunos medicamentos ayudan a las personas con TDAH porque mejoran su atención y concentración, y reducen la impulsividad y la hiperactividad que se asocia con el TDAH.

Las personas que sufren de TDAH solían tomar medicamentos varias veces al día, pero actualmente, existen varios medicamentos que se pueden tomar una vez al día, por la mañana. Los científicos trabajan de manera constante para desarrollar nuevos medicamentos para este trastorno.

Puedes conversar sobre las opciones de tratamiento con tu médico, pero sigue siempre las instrucciones del médico sobre dosificación. Si has estado tomando medicinas para el TDAH desde niño, es probable que tu médico realice ajustes en tu medicación de acuerdo con los cambios en tus síntomas a medida que creces.

La terapia familiar ayuda a tratar el TDAH porque mantiene a los padres informados y les muestra maneras de trabajar con sus hijos para ayudarlos.

La terapia familiar también ayuda a mejorar la comunicación dentro de la familia y a resolver problemas que surgen entre los adolescentes y sus padres en el hogar. La terapia individual ayuda a los adolescentes con TDAH a comprender mejor su comportamiento y a aprender técnicas para salir adelante.

En ocasiones, la terapia grupal ¿en la que muchos adolescentes con TDAH trabajan juntos en un grupo? ayuda a aprender técnicas para sobrellevar el trastorno y a aprender a llevarse mejor con otros, si esto ha sido un problema.

Las escuelas también participan para ayudar a las personas con TDAH. Las escuelas pueden realizar cambios que les permitirán a los estudiantes con TDAH aprender de un modo que se adapte mejor a sus necesidades. La escuela ayudará a desarrollar un plan adecuado para cada adolescente.

Las personas que sufren del TDAH también pueden presentar otros problemas, como depresión, ansiedad o dificultades en el aprendizaje (como la dislexia), que requieren tratamiento. También pueden presentar un mayor riesgo de fumar o utilizar drogas, en especial si el TDAH no recibe un tratamiento adecuado. Es por eso que el diagnóstico y el tratamiento adecuados son cruciales para mejorar la vida de las personas con TDAH.

¿Si tú o alguien que conoces tiene TDAH?

La mayoría de los adolescentes con TDAH son diagnosticados de niños, pero algunas personas no son diagnosticadas hasta llegar a la adolescencia o incluso a etapas posteriores de la vida. Es normal sentirse abrumado, asustado o hasta enojado con un diagnóstico de TDAH. Éste es uno de los aspectos en los que la terapia puede ayudarte. Hablar de estos sentimientos y enfrentarlos suele simplificar el proceso.

Si tienes TDAH, es posible que no te des cuenta de que te estás comportando de una manera diferente a la de los demás; simplemente, haces lo que te surge naturalmente. En algunos casos, esto puede provocar problemas con personas que no comprenden o no conocen tu afección. Por ejemplo, es posible que digas lo que piensas frente a alguien y que sientas que has ofendido o escandalizado a esa persona. Tal vez no comprendas por qué la gente se enoja contigo.

Aprender todo lo posible acerca de tu afección puede ser de gran ayuda. Cuanto más comprendas, más participación podrás tener en tu propio tratamiento. A continuación verás algunas de las cosas que puedes hacer en la escuela o en tu relación con otras personas:

- Siéntate en el frente de la clase para limitar las distracciones.
- Apaga el programa de correo electrónico, el de mensajes instantáneos y tu teléfono cuando estés realizando tu tarea u otra actividad que requiera de toda tu atención. Esto te ayudará a evitar las distracciones.
- Habla abiertamente con tu maestra acerca de tu trastorno y trabaja con ella para asegurarte de estar aprendiendo de una manera que te sea útil. Por ejemplo, algunas escuelas permiten que quienes padecen TDAH tengan más tiempo para realizar las pruebas. Algunos adolescentes pueden verse favorecidos con clases con un menor número de alumnos o con tutorías.
- Utiliza herramientas que te ayuden a organizarte. Lleva una libreta para tomar nota de cuáles son tus tareas, incluye una lista de los libros y el material que deberás llevar a tu casa para realizarlas. Apunta las clases, las actividades extracurriculares y otras obligaciones en una agenda para no olvidarlas. Si utilizas una agenda, también podrás evitar tomar decisiones impulsivas sin la necesaria planificación: si programaste comenzar la tarea a las 4:30, sabrás que no es una buena idea ir con tu novia a ver una práctica de fútbol a las 4:00. Los hábitos de organización que desarrolles ahora te serán muy útiles en el futuro. Aun las personas que no sufren de TDAH descubren que necesitan de ellos cuando comienzan a trabajar; entonces, ¡estarás adelantado!
- Haz mucho ejercicio. Los estudios comienzan a demostrar que el ejercicio puede ayudar a las personas con TDAH. Si te sientes acelerado durante la escuela, habla con tu maestra para tomar pequeños descansos en los que puedas realizar alguna actividad física. De esta manera, te resultará más fácil mantenerte concentrado en la clase. Toma frecuentes descansos para realizar actividad física cuando estés estudiando o haciendo tu tarea.
- Practica técnicas de relajación y meditación para relajarte y concentrarte.

- Hazle saber a tus amigos lo que está ocurriendo. A veces, cuando estamos con nuestros amigos, decimos cosas sin pensar y después lo lamentamos, o hacemos tonterías de manera impulsiva. Si te ocurre esto, dile a tus amigos que en ocasiones dices cosas sin pensar, discúlpate si heriste sus sentimientos e intenta tener más cuidado en el futuro.

Si sufres de TDAH, es natural que en ocasiones te sientas frustrado o incomprendido. Tal vez parezca que siempre pierdes tu tarea o que tienes dificultades para seguir las instrucciones de tus maestros, o quizá tengas problemas para entablar una amistad o llevarte bien con los demás integrantes de tu familia. Te será de ayuda aprender todo lo posible acerca del TDAH y buscar métodos que te permitan trabajar con todo tu potencial, tanto académica como socialmente. La buena noticia es que los médicos, los terapeutas y los maestros están constantemente aprendiendo más acerca del TDAH y comprenden mejor que nunca los desafíos que enfrentan las personas que lo padecen.

Apartado III
Enfoque Cognitivo Conductual para incrementar la
Atención y Autocontrol en niños con TDA/TDAH.

3.1 Actividades para incrementar la atención y el autocontrol

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

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

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

Desde un enfoque diferente a la Psicología Educativa y Evolutiva, la perspectiva clínica cognitivo conductual desarrollada a principios de los años setenta empieza a dar importancia al uso de estrategias cognitivas mediacionales para explicar problemas de conducta y de rendimiento.

Es a lo largo de los años ochenta cuando el modelo conductual reconoce que las variables cognitivas son mediadoras importantes en cualquier cambio de conducta; se empieza a dar énfasis al desarrollo de las autoinstrucciones como procedimiento para el tratamiento de la hiperactividad e impulsividad infantil, ideado por Meichenbaum a principios de los setenta (Meichenbaum y Goodman, 1971) quien toma como referencia la teoría de Vigotsky (1962) sobre las relaciones entre el pensamiento y el lenguaje, destacando el papel del lenguaje en el desarrollo mental y su función de mediador o regulador de la conducta; se explica que los niños en el curso de su desarrollo, aprenden a controlar su conducta utilizando verbalizaciones autodirigidas.

Según esta teoría, el niño se socializa y gana autocontrol respondiendo a las instrucciones de otros y después de una forma abreviada usa “autoinstrucciones” para guiar y controlar su propia conducta.

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

El principio que subyace a este enfoque es que el individuo usa su propio lenguaje como un instrumento de planeación y guía de su conducta no verbal.

Esta técnica es una de las más eficaces de la aproximación cognitivo-conductual para el manejo de diversas manifestaciones comportamentales. Las autoinstrucciones han tenido como propósito primordial de investigación, el control de las verbalizaciones internas, y/o externas (en sus primeras etapas) sobre la conducta abierta y, por lo tanto, analizar las posibilidades de utilizarlas como técnicas terapéuticas.

Meichenbaum (1977) ha sido uno de los autores que más se ha abocado al estudio de los efectos de las autoinstrucciones en los niños con déficit de atención.

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

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

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

A través de las investigaciones que se han realizado, se ha encontrado que ciertas características influyen en la efectividad del entrenamiento cognitivo-conductual.

Dentro de estas están la edad del niño, su nivel de madurez cognitiva, su nivel de desarrollo del lenguaje, el locus de control y la calidad de la relación entre el niño y el profesor.

También se han encontrado datos promisorios sobre las posibilidades de cambio en la conducta de una persona, al enseñarle a analizar y cambiar sus pensamientos en situaciones que le generan angustia, enseñándole a detectar los pensamientos que están causando dichas reacciones y a producir o modificar lo que la persona se dice a sí mismo.

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

- Involucrar al estudiante como participante activo/colaborador del proceso de aprendizaje.
- Verbalización abierta que gradualmente se va desvaneciendo hasta hacerla encubierta y general.

- Análisis de la tarea e identificación de la respuesta deseada.
- Modelamiento y repaso subsecuente de estrategias específicas a una tarea que se construye sobre el conocimiento y habilidades son un prerrequisito.
- Inclusión de estrategias para anticipar y atacar reacciones emocionales al fracaso.
- Estrategias de información que incluyen explicaciones sobre la función y uso de estrategias y retroalimentación sobre los cambios en la ejecución que tienen que ver con el uso de las mismas.

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

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

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

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

Técnicas cognitivas conductuales para incrementar la atención y autocontrol en los niños con TDA/TDAH. Se recomienda que las sesiones de trabajo se lleven a cabo diariamente en el orden siguiente:

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

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

3.1.1 Entrenamiento en autoinstrucciones

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

Objetivo:

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

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

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

1. Definición del problema. ¿Qué tengo que hacer?
2. Aproximación al problema. “Tengo que pensar todas las posibilidades”.
3. Focalización de la atención. Tengo que concentrarme y pensar sólo en esto.
4. Elección de la respuesta. Después de considerar todas las posibilidades, creo que es ésta.
5. Autoevaluación y autorrefuerzo o rectificación de errores. He hecho un buen trabajo o he cometido un error. Tengo que ir más despacio y concentrarme más en mi trabajo.

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

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

Para favorecer la motivación se incluirá el uso de contingencias positivas como puntos extra, palomas, felicitaciones o reconocimiento frente al grupo. Cada ejercicio que se resuelva correctamente y respetando un tiempo mínimo para su ejecución se premiará con un punto; se podrán obtener puntos con actividades extra realizadas fuera de las sesiones de clase, las cuales servirán para potenciar la generalización a otras situaciones.

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

3.2. Técnica a sugeridas

- ***Técnica de la Tortuga***

Objetivo:

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

El procedimiento a seguir es el siguiente:

1. Esta técnica, se aplica a todo el grupo de clase, y se introduce utilizando la historia de una tortuga cuyo comportamiento refleja la falta de control emocional de los niños con TDA/TDAH (ver anexo 1).

2. Con la imagen mental que provoca el cuento, se invitará a los alumnos a dramatizar la sensación de frustración de la tortuga, su rabia contenida y su intento de introducirse en el caparazón. Los niños escenificarán la actitud de rabia y furia pegando la barbilla al pecho, brazos y puños cerrados mientras cuentan hasta diez. La distensión provoca una relajación inmediata.

3. Esta actividad se realizará en una sesión de 30 minutos durante la clase, concluye con la invitación a realizar la técnica de la tortuga en aquellos momentos en que sientan ganas de resolver una situación agresivamente o sientan que la cólera les desborda.

- ***Técnica Control de Ira.***

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

Objetivo:

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

La secuencia para llevar a cabo este entrenamiento es:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- ***Técnica para la solución de problemas***

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

Objetivo:

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

Procedimiento:

El primer paso será iniciado con la participación del maestro, quien actuará como modelo y llevará a cabo una tarea mientras se habla a sí mismo en voz alta sobre lo que está haciendo (modelado cognitivo). Posteriormente se le pedirá al niño que lleve a cabo la misma tarea del ejemplo propuesto por el profesor, bajo la dirección de las instrucciones de éste (guía externa en voz alta).

Una vez que el niño se encuentre realizando la tarea se le indicará que se dirija a sí mismo las instrucciones en voz alta (autoinstrucción en voz alta). Y finalmente se le pedirá que lleve a cabo la tarea pero ahora deberá susurrarse las instrucciones para sí mismo (autoinstrucciones enmascaradas).

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

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

1. Definir el problema “¿Qué tengo que hacer?”.

2. Guía de la respuesta “¿Cómo tengo que hacerlo?
Espacio....”

3. Autorrefuerzo “¡Lo estoy haciendo bastante bien!”.

4. Autocorrección, en el caso de que no se alcance el objetivo propuesto, afrontando el error. “Esta bien, si cometo un error puedo continuar, iré más despacio”.

- ***Entrenamiento de correspondencia.***

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

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

1. Técnica de reforzamiento de la correspondencia “hacer informar”; se refuerza al niño cuando su conducta ha sido la que se esperaba de él.

2. Correspondencia informar-hacer; se refuerza al niño cuando su conducta corresponde con la que se había propuesto anteriormente.

3. Se le indica al niño el procedimiento de reforzamiento previamente establecido sobre la conducta a realizar, indicándosele que éste lo podrá obtener cuando la conducta se haya realizado.

- ***Estrategia para la elaboración de textos de tipo narrativo***

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

Objetivo:

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

Procedimiento.

Los pasos a seguir son los siguientes:

1. Mira el dibujo.
2. Deja que la mente corra con libertad
3. Escribe el relato respondiendo (autoinstrucciones)

¿Quiénes salen en el relato?

¿Cuándo transcurre el relato?

¿Dónde transcurre el relato?

¿Qué quiere conseguir el personaje principal?

¿Qué sucede cuando trata de conseguirlo?

¿Cómo termina el relato?

¿Cuáles son los sentimientos del protagonista?

- ***Estrategia para la elaboración de ensayos de tipo argumentativo***

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

- ***Estrategia para hacer una ficha de comprensión de textos.***

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

Objetivo:

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

Procedimiento:

El profesor describirá el texto que utilizará antes de leer lo que hay que hacer y le pedirá al niño que describa todo lo que ve; ejemplo:

“esta es una ficha que tiene un texto, un cuento, este es el título, El cuento tiene tres párrafos. Aquí termina porque pone fin. Éste debe ser el nombre del autor.

Aquí hay un dibujo (en caso de que el texto elegido tenga imágenes), aquí pone lo que debo hacer, están las preguntas sobre el texto.

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

1. ¿Qué es lo que tengo que hacer?. Para eso leo atentamente el texto y señalo con una cruz la respuesta verdadera a cada pregunta. Ahora ya se lo que debo hacer.

2. ¿Cómo lo voy a hacer?

- Respirar profundamente una vez antes de comenzar
- Apoyar la cabeza en las manos tapándome las orejas para no oír ruido
- Comenzar a leer despacio parándome en los puntos
- Leer una pregunta
- Leer cada una de las respuestas posibles e ir desechando las que no encajen
- Si encuentro más de una respuesta posible vuelvo al texto para buscar la respuesta correcta
- Para encontrarla antes busco una palabra clave de la pregunta y trato de localizarla en el texto
- Cuando estoy seguro de cual es la respuesta correcta pongo una cruz
- Continúo con la siguiente pregunta.

3. Tengo que estar muy atento (si veo que he leído pero no le he entendido vuelvo a leer)

4. Ahora ya pude hacerlo ¿Me ha salido bien? si me ha salido bien me felicito y si no me ha salido bien repaso para ver en qué paso me he equivocado.

- ***Estrategia para la resolución de problemas de matemáticas***

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

Objetivo:

Enseñar a los niños a planificar una tarea de matemáticas para que pueda resolverla correctamente, esto les permitirá hacer uso de las autoinstrucciones en actividades concretas como la resolución de problemas matemáticos.

Procedimiento:

El profesor describirá la información contenida en el problema seleccionado antes de leer lo que hay que hacer y le pedirá al niño que describa todo lo que ve; ejemplo: “estos son ejercicios de matemáticas. No necesito copiar los problemas porque hay espacio para resolverlos aquí (en caso de que en el libro exista espacio), (si no hay espacio suficiente para contestar en el libro se preguntará lo siguiente) no hay mucho espacio para hacer los ejercicios quizá tendré que copiarlos.

Después de hacer la descripción detallada de lo que se observa, el profesor procederá a plantear los siguientes pasos para resolver problemas de matemáticas:

1. ¿Qué es lo que tengo que hacer? “Resolver este problema de matemáticas”.
2. ¿Cómo lo voy a hacer? “Siguiendo los pasos para resolver un problema de matemáticas que están anotados en la cartulina”:

- Leer el enunciado muy despacio parándose en cuanto identifique algún segmento de información, “leer por partes” e ir representando gráficamente lo que leo. “un camión (pausa, pintamos el camión)

transporta 15 sacos de papas (pausa, dibujamos simbólicamente los sacos). Cada saco pesaba 20 kilos (pausa, escribimos 20 kilos en cada saco)...”

- Comprender qué es lo que me preguntan: ¿cuál es el problema?
- Representar la incógnita en el dibujo.
- Pensar qué operación debemos hacer y si necesitamos realizar alguna operación antes de calcularlo.
- Anoto los datos parciales.
- Compruebo si debo pasar a pesos, minutos, etc.
- Realizo la operación muy atentamente.
- Compruebo si el resultado responde a la pregunta y si la respuesta puede tener sentido.

3. Tengo que estar muy atento (no debo saltarme ningún paso, copiar bien la información.)

4. Ahora ya pude hacerlo ¿Me ha salido bien? si me ha salido bien me felicito y si no me ha salido bien repaso para ver en qué paso me he equivocado.

- ***Discriminación de emociones***

Esta técnica es útil para muchos niños con TDA/TDAH ya que responden de forma inmadura a tareas de discriminación de expresiones faciales, ya que si el niño con TDA/TDAH no es capaz de tener clara esta información gestual interpretará la realidad social con matices distintos que complicarán su relación con los demás (ver anexo 2).

Objetivo:

El niño será capaz de identificar y discriminar distintas emociones a través de expresiones faciales.

Para la evaluación y entrenamiento en discriminación de emociones utilizaremos los dibujos de las caras (ver anexo 2).

El profesor pedirá al niño que escriba debajo qué sentimiento cree que refleja cada uno de los rostros y se interpretarán las respuestas con ayuda del profesor.

Finalmente se puede concluir que con la elaboración de este manual los maestros podrán aplicar sus experiencias y conocimientos adecuando estas estrategias de acuerdo al nivel educativo en que se encuentren; con su colaboración y compromiso se podrá lograr que los niños con TDA/TDAH tengan mayores oportunidades de éxito, tanto en ámbito personal como en el escolar y profesional.

Conclusiones

Conclusiones

- Es evidente que las dificultades que presentan los niñ@s con TDA/TDAH rebasan el ámbito aúlico y representan un problema que es necesario resolver a temprana edad, con el fin de integrarlos no sólo a la vida escolar sino como un derecho humano que les permita el desarrollo de su potencial.
- A este respecto, se ha trabajado desde una perspectiva etiológica, que señala básicamente una disfunción del sistema nervioso central a reserva de factores sociales, culturales y ambientales que afectan el desarrollo del niñ@ TDA/TDAH, ámbito que desarrollamos a lo largo de la investigación y que se atiende por vía de fármacos.
- La mayoría de los nin@s TDA/TDAH presentan *vacíos educacionales* (Parker 1988) y requieren de metodologías de enseñanza-aprendizaje especiales que permitan el autocontrol y la autoayuda.
- Se hace necesario la sensibilización, capacitación e intervención del docentes, así como del padre de familia en la comprensión del trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad, de tal suerte que beneficie la vida escolar y social de los niñ@s TDA/TDAH.
- Es importante la comprensión y solidaridad en el comportamiento y necesidades del niñ@ TDA/TDAH con el fin de propiciar un ambiente que coadyuve en las metodologías de autoayuda.
- Finalmente, debemos subrayar la importancia de mostrar interés al niñ@ TDA/TDAH, ya que debido a su problemática, su autoestima se encuentra lastimada, asimismo es necesario manifestar expresiones de alegría y caricias, tanto por parte del profesor de escuela regular como por parte de la familia

Bibliografía

Bibliografía

ARMIDA, B. R. (2003). **Tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención.** Memorias del congreso internacional de autismo y trastornos de atención. Guadalajara: hotel presidente continental. (en red). En: webmaster@uag.mx. Marzo 21-23.

ARMSTRONG, Thomas.(2001) *“Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad, estrategias en el aula.* 1ª reimpr. Buenos Aires, Paidós, 2001. 141 p.

BAUTISTA, Rafael.(1993) *Necesidades educativas especiales.* 2ª reimpr. Granada, España, Aljibe, 1993. 411 p.

BENAVIDES, Greta. (2007) *El niños con déficit de atención e hiperactividad.* 1ª reimpr. México, Trillas, 2002. 7 p.

COLE, M. Soribner S. (1979). “El desarrollo de los procesos psicológicos Superiores”. Barcelona, España: Crítica.

COLL; Palacios J. Y Marchesi A. (1990). “Desarrollo psicológico y educación T.I. Psicología Evolutiva”. Madrid, España: Alianza.

CHÁVEZ DE PÉREZ GIL, (2003) Georgina Martínez Cárdenas. *Aprender a vivir con Tdah.* 1ª 2003. México, Norma, 159 p.

DOUGLAS TYNAN,W et all(2005) Estadística sobre TDA/TDAH.

DSM- IV Manual Diagnóstico Estadístico de Enfermedades Mentales

FILOMENO, A. (2005) Artículo aparecido en Gestión Médica. Edición 399, año 10, página 19, Neurología. Lunes 21 a domingo 27 de febrero del 2005.

Fundacion Federico Hoth, A.C. Proyecto dah - Copyright© 2004

GARCÍA, E. y Magaz, A. (2000). **Actualidad sobre el TDA/H.** (En red) disponible en: COHS.lbor@grupoalbor-cohs.com. Marzo.

GRATCH Oscar.(2001) *El trastorno por déficit de atención (Add-Adhd)* 1ª reimpr. Buenos Aires, Panamericana, . 244 p.

GREEN, Christopher y Kit Chee.(2001) *El niño muy movido o despistado.* 1ª reimpr. Madrid, Medici, 2001, © 1994. 355 p.

GUAJARDO RAMOS, Eliseo.(1994) *La integración educativa como fundamento de la calidad del sistema de educación básica para todos,* México

GRATCH, Luis Oscar (2001). Trastorno por Déficit de Atención (ADD- ADHD) Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez. Buenos Aires, Argentina: Panamericana. Pp. 160.

GRAU Martínez, Arturo (2000). "Déficit de Atención: la realidad del cuento mítico" en *Psiquiatría y Psicología de la infancia y la adolescencia*. Buenos Aires, Argentina: Panamericana. Pp 467-481.

KIRBY, Grimbley (1992). Trastorno por Déficit de Atención. México, D.F. Limusa. Pp. 141.

KOZLOFF, M. (1974). Aprendizaje y modificación de conducta en la Infancia. Ed. Fontanella. Pediatría.

LOPEZ, Juan J. *DSM IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 1ª reimpr. Barcelona, Masson, 2002. 1049 p.

LOZANO, Adrián (2000). "Aspectos evolutivos del Déficit de Atención"._ en: *Psiquiatría y Psicología de la infancia y la adolescencia*. Buenos Aires, Argentina: Panamericana. Pp 458-466.

MONROY, Catalina. et.al. (1984). "Desordenes por Déficit de Atención. El niño hiperquinético". En: *REVISTA de la Facultad de Medicina. Tema monográfico.* Vol. 27, Num. 3, Pp 107-112.

PATON, Payne *et al.*(1991) *Casos de educación especial*. 1ª reimpr. México, Limusa, 1991. 308 p.

POLAINO, Aquilino, *et al.* (2002) *¿Cómo vivir con un niño hiperactivo?* 1ª reimpr. Madrid. Alfaomega, . 126 p.

RIEF, S y Richard P, Allen. (1976) *Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad. Técnicas, estrategias e intervenciones para el tratamiento de tda*. 1ª reimpr. Buenos Aires, Paidós, 280 p.

RIBES Ingesta, Emilio (1974). Técnicas de modificación de conducta. México: Trillas.

RIEFF, Sandra (1999). *Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad*. Buenos Aires, Argentina: Paidós. Pp. 308 .

SEP (1994), *PROYECTO GENERAL PARA LA EDUCACION ESPECIAL*. México,34 p.

SEP (1994).*CUADERNO DE INTEGRACIÓN EDUCATIVA NUM. 4*. Unidad de servicios de apoyo a la educación regular (USAER). México: DEE/SEP,

SILVA Y Latapiat (1993). “El déficit de atención ¿Un desafío para la educación?” En: Revista de Pedagogía.. Parte 1. Num. 361. Pp. 273-277.

SILVA Y Latapiat. (1993). “El déficit de atención ¿Un desafío para la educación?” En: Revista de Pedagogía.. Parte 2 Num. 362. Pp. 310-313.

VALET, R.E.,(1981) *Niños hiperactivos: guía para la familia y la escuela*, Madrid,

VALLES, Arandiga Antonio. (s/a). *Actividades para desarrollar la capacidad de Atención*. Madrid, España: Escuela Española (segunda edición). Pp. 86.

VALLES, Arandiga Antonio (1995). *Necesidades educativas especiales*. Madrid, España: Escuela Española. Pp. 230.

VAYER, P. (1997). *El niño frente al mundo*. México: Científico-Médica.

VIGIL, José Rodrigo.(1998).”La atención en el niño, sus bases y su evolución”. En: Comunidad Educativa Núm.160, Abril. Pp.14-16,

VIGIL, José Rodrigo.(1998). “Medida de la atención” y “Programa de Entrenamiento y mejora de la atención”. En: Comunidad Educativa Núm. 160, Abril. Pp. 12-14.

En la RED

Asociación Mexicana por el Déficit de Atención, Hiperactividad y Trastornos Asociados, A.C. (2003). (en red). En: <http://www.deficitdeatencion.org/millon.htm>.

Biaggi, H. R. (1996). ***Trastorno por déficit de atención***. Alcmeon no. 3. en (red): http://www.alcmeon.com.ar/5/18/a18_05.htm.

Biaggi, H. R. (1996). ***Trastorno por déficit de atención***. Alcmeon no. 18. en (red): http://www.alcmeon.com.ar/5/18/a18_05.htm.

Children and adults with attention-déficit/hiperactivity disorder CHADD (2003). **El trastorno llamado TDA/H**. Hoja de datos no. 1. (en red). En: <http://www.chadd.org>. (trad) Salas, C. Octubre.

Michaine, C. (1996). **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA/H)**. En: revista alcmeon 17 no. 2. (en red). En: http://www.alcmeon.com.ar/5/17/a17_06.htm.

Mulas, F. y Morant, A. (2000). **El trastorno por déficit de atención con hiperactividad**. (en red). En: <http://invanep.com>.

Nani, C. J. F. (2002). **Pesquisa precoz de niños entre 0 y 3 años con alta probabilidad de presentar déficit atencional e hiperquinesia y conductas motrices de la edad escolar**. En: <http://www.adhd.com.ar/publicaciones6.htm>.

Oates, T. M. (2000). **Detección precoz del déficit de atención con o sin hiperactividad**. En: <http://www.adhd.com.ar/publicaciones5.htm>.

Rosan, T. A. (2003). **Evolución del ADHD en las etapas vitales**. Presentad en el Xª Congreso Internacional de Psiquiatría de la Asociación Argentina de Psiquiatras. Buenos Aires: Octubre 21-24. en: <http://www.adhd.com.ar/publicaciones15.htm>

ANEXOS

Anexo 1

HISTORIA DE UNA TORTUGA.

En una época muy remota vivía una tortuga joven y elegante. Tenía (edad del niño con que se trabaja) años de edad y justo entonces acababa de empezar (grado escolar) curso. Se llamaba Tortuguita.

A Tortuguita no le gustaba ir a la escuela. Prefería estar en casa con su madre y su hermanito. No quería estudiar ni aprender nada de nada; sólo le gustaba correr y jugar con sus amigos o pasar las horas muertas viendo televisión. Le parecía horrible tener que hacer cuentas y más cuentas; y aquellos horribles problemas de matemáticas que nunca entendía. Odiaba con toda el alma leer y lo hacía bastante mal y era incapaz de acordarse de apuntar las tareas que le mandaban.

Tampoco se acordaba nunca de llevar los libros a la escuela.

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

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

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

Tortuguita no sabía de qué le estaba hablando.”¡Tu caparazón!”, exclamó la tortuga sabia, “¡para eso tienes una coraza!” puedes esconderte en su interior siempre que te des cuenta de que lo que estás haciendo o diciendo te da rabia. Entonces, cuando te encuentres dentro de tu concha dispondrás de un momento de tranquilidad para estudiar tu problema y buscar la mejor solución.

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

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

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

(Historia utilizada por Schneider, 1974; adaptación realizada por Orjales, 1991.)
fuente Orjales