



**SECRETARIA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL
UNIDAD AJUSCO**

**“RECOMENDACIONES PSICOPEDAGÓGICAS PARA FAVORECER LA INTEGRACIÓN
DEL NIÑO DE SEIS A SIETE AÑOS DE EDAD QUE PADECE TRASTORNO POR DÉFICIT
DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD A LAS ACTIVIDADES ESCOLARES DEL AULA”.**

T E S I N A

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PEDAGOGÍA**

**PRESENTA:
KARLA YAZMÍN LÓPEZ BOLAÑOS**

DIRECTORA DE TESINA: SILVIA ISABEL GONZÁLEZ GARCÍA

MÉXICO D. F.

DICIEMBRE DE 2008

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES:

A ti mamá porque tu incansable lucha por brindarme las herramientas necesarias para salir adelante, ha dado resultado y me ha permitido descubrir que nunca es suficiente, que siempre debo mirar hacia arriba y trabajar con amor, dedicación y paciencia para llegar cada vez más alto en todo lo que emprenda.

A ti papá porque forjaste en mí la importancia de estar preparada académicamente y has guiado mis pasos en todo lo que hago. Porque cada regaño, cada consejo y cada palabra de consuelo, me han hecho más fuerte y me han enseñado a enfrentar los obstáculos y luchar para alcanzar mis sueños.

Gracias a los dos por ser la base de todo lo que soy, sin ustedes no hubiera sido posible llegar hasta aquí, este triunfo también es suyo. ¡Los quiero mucho!

A MIS HERMANOS:

Porque ustedes han sido un motor muy grande en todo lo que hago y a pesar de las adversidades, me han impulsado a crecer como persona y ser humano. Los quiero muchísimo, siempre están presentes en mi mente y en mi corazón, cada uno de forma única y especial.

A TI ROGELIO:

Porque tu amor, comprensión y ternura me ayudaron a concluir este proyecto y me impulsan a plantearme nuevos objetivos.

Porque desde que te conozco has confiado en mí y me apoyas en todo lo que hago, ayudándome a corregir mis errores, pero sobre todo, resaltando mis virtudes.

Gracias por estar a mi lado y brindarme tu amor para hacer de mí una persona plena y feliz. ¡Te amo!

A MIS AMIGOS (AS):

Que sin importar el camino en el que se encuentren, son muy importantes porque dejaron su huella en mí y me enseñaron que no hay nada más valioso que una verdadera amistad.

Gracias por preocuparse por mí y ayudarme a hacer frente a las adversidades, por brindarme su apoyo y cariño incondicional.

Les agradezco también a todos los profesores que trabajaron en este proyecto:

Silvia González, Alicia Lily Carvajal, Clara González e Iván Escalante, por dedicarme su tiempo y aportarme sus valiosos consejos y comentarios, los cuales enriquecieron y mejoraron considerablemente la calidad de este trabajo.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
Metodología de investigación.....	5
CAPÍTULO I: Desarrollo integral del niño de seis a siete años	6
1.1 Concepto de desarrollo humano y las diversas teorías evolutivas que lo Explican.....	6
1.2 Crecimiento y desarrollo de los niños en edad escolar.....	13
1.2.1 Desarrollo cognoscitivo.....	13
1.2.2 Desarrollo del lenguaje.....	14
1.2.3 Desarrollo socioemocional.....	15
CAPÍTULO II: Conceptos básicos del trastorno por déficit de atención e Hiperactividad (TDA-H)	17
2.1 Definición del concepto de atención.....	17
2.2 Concepto de hiperactividad.....	18
2.3 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA-H).....	19
2.3.1 Antecedentes e historia del TDA-H.....	19
2.3.2 Etiología y manifestaciones clínicas.....	21
2.3.3 Padecimientos ligados al TDA-H.....	28
2.3.4 Diagnóstico del TDA-H.....	30
2.3.5 Diagnóstico pedagógico.....	31
2.3.6 Tratamiento del TDA-H.....	31

CAPÍTULO III: Entrevista con un experto en TDA-H	33
CAPÍTULO IV: Recomendaciones psicopedagógicas para el docente sobre cómo favorecer la integración del niño que padece TDA-H a las actividades escolares	44
4.1 Funciones del docente con el niño que padece TDA-H.....	44
4.2 Sugerencias para facilitar la labor del docente dentro del salón de clases.....	47
4.3 Sugerencias para la adecuación de premios y castigos dentro del aula.....	50
4.3.1 Los premios.....	50
4.3.2 Los castigos.....	51
4.4 El papel que juegan los compañeros de grupo con el niño que padece TDA-H.....	52
4.4.1 Definición de grupo.....	53
4.4.2 Características de los grupos.....	53
4.5 El papel de los padres con relación al tratamiento del TDA-H.....	55
4.6 El papel que juegan las instituciones.....	58
4.7 Listado de instituciones que atienden TDA-H.....	60
Conclusiones	72
Anexos	75
Bibliografía	84

INTRODUCCIÓN

El interés por conocer más acerca del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA-H) radica en que dentro de la formación profesional estudiamos algunos problemas de aprendizaje a los que los docentes tienen que enfrentarse día a día, sin embargo, la información proporcionada no es suficiente como para atender las demandas educativas actuales, siendo uno de los campos de trabajo del pedagogo la elaboración de planes y programas que den solución a las problemáticas académicas y se permita con ello innovar el sistema educativo de nuestro país.

La curiosidad por este padecimiento en particular deviene de que anteriormente cursé la carrera técnica en puericultura y realicé un trabajo sobre niños hiperactivos que me dejó bastantes incógnitas derivadas de la poca afluencia de información que existía en ese entonces respecto al tema. Hoy en día existe mayor conocimiento del tema, sin embargo, aún no ha sido esclarecido por completo, por lo que resulta de gran interés estar preparados para atender a los niños que lo padecen, pues sus manifestaciones han ido aumentando considerablemente dentro de la población infantil.

Esta investigación se enfoca a los niños de seis a siete años de edad, por ser esta etapa un momento crucial para su desarrollo integral, ya que en este periodo incursionan a la escuela primaria, lo que significa para ellos un cambio radical en el ambiente y es donde generalmente los pequeños reflejan con mayor claridad la existencia de alguna problemática.

Cuando nos referimos a niños que padecen TDA-H este cambio resulta todavía más difícil, ya que para ellos, asistir a la escuela primaria marca la premisa de que comiencen a encarar su fracaso de aprendizaje y la inaceptación de sus compañeros por no adaptarse a las exigencias del medio educativo.

Generalmente en las escuelas primarias se encuentran niños catalogados como “problema” que son demasiado inquietos y bajos en su rendimiento escolar,

los cuales son expuestos a diversos castigos, agresiones verbales y rechazo tanto de profesores como de otros alumnos, sin que se cuestionen las causas de dicho comportamiento y se intente dar solución.

Por eso este trabajo pretende explicar las características, causas y consecuencias del Trastorno por Déficit de e Hiperactividad, con el fin de establecer o proponer una serie de recomendaciones psicopedagógicas que permitan la integración de estos niños a las actividades escolares del aula, pues es en las instituciones educativas donde estos niños encuentran mayores obstáculos.

Este trabajo está dirigido a los docentes en general, ya que no están exentos de encontrarse con niños que padecen este trastorno en su labor diaria, y el que estén capacitados para enfrentar este “problema” facilitará la relación entre ambos y favorecerá el óptimo desarrollo integral del alumno.

La preparación e información precisa, permitirá que los docentes conozcan las necesidades, capacidades y limitaciones de estos niños y de este modo posean herramientas que les permitan adaptar su currículum para evitar que los niños con TDA-H queden fuera de las actividades, dejando claro que una de sus características preponderantes es la hiperactividad, la cual no es sinónimo de un retraso en el aprendizaje, sino un exceso de actividad motora que afecta la atención y concentración del alumno.

Además, se pretende favorecer a que el docente posea y/o desarrolle ciertas características que impulsen y motiven al niño, es decir, que sea una persona paciente, que se de por satisfecho con adelantos relativamente pequeños; que sea flexible y posea una actitud creadora que ayude a disminuir el sentimiento de fracaso y frustración del pequeño.

Por la complejidad del trastorno, es importante que se dé una atención oportuna desde los primeros años de la infancia, con el propósito de lograr mayores y más pronto aprendizajes en el niño y así satisfacer las demandas académicas adecuadamente.

Este trabajo está dividido en cuatro capítulos, los cuales a su vez contienen diversos apartados que hacen más manejable y entendible el abordaje de la temática.

De manera más específica, en el primer capítulo se aborda el concepto de desarrollo integral, las características que debe poseer el niño de seis a siete años de edad, así como las áreas de interés para el niño que cursa esta etapa.

En el segundo capítulo, se desarrollan las generalidades del TDA-H, lo que incluye el desarrollo histórico que dio origen a su nosología y la definición de términos como trastorno e hiperactividad, sus causas y consecuencias tanto académicas como sociales.

En el tercer capítulo se describen los resultados obtenidos de la aplicación de una entrevista (utilizada como un instrumento de investigación) a un experto en niños con TDA-H, que sustenta la información obtenida en el segundo capítulo.

Por último, en el cuarto capítulo se mencionan una serie de recomendaciones psicopedagógicas para el docente, sobre el manejo del niño con TDA-H para su integración a las actividades escolares dentro del aula. También se incluye la función de los diversos actores participantes (los padres de familia, los docentes y la institución), su finalidad y algunas estrategias de aprendizaje adecuadas para el trabajo con estos niños, en el salón de clases.

Al final de estos cuatro capítulos, se incluye un comentario final del trabajo, los anexos que contienen los criterios del Manual de Diagnósticos y Estadísticas de Trastornos Mentales en su cuarta versión (DSM-IV) para diagnosticar el TDA-H, así como la biografía de los autores de las teorías evolutivas del desarrollo retomadas y la bibliografía consultada.

Metodología de investigación.

De acuerdo con Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, (2003), un estudio que parte de la selección de una serie de cuestiones, con el fin de medir o recolectar información sobre cada una de ellas para detallar lo que se investiga (cómo es y cómo se manifiesta el fenómeno de interés), es clasificado como descriptivo.

Esto quiere decir, que su valor máximo es que busca especificar propiedades, características y rasgos importantes del fenómeno a analizar. Para ello, el investigador debe ser capaz de definir qué se va a medir o sobre qué se habrá de recolectar los datos, así como de especificar quienes deben estar incluidos en dicha medición o en qué contexto.

Otra característica que destaca de los estudios descriptivos, es que pueden ofrecer la posibilidad de predicciones incipientes o poco elaboradas.

Por tanto, el presente trabajo de investigación, es clasificado como descriptivo, ya que entre los objetivos planteados, se encuentran la definición de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, sus causas y consecuencias en el desarrollo integral del niño de seis a siete años de edad, y uno de sus capítulos está destinado a la recopilación de estos datos, por medio de la entrevista a un experto en el tema. .

CAPÍTULO I. DESARROLLO INTEGRAL DE NIÑO DE SEIS A SIETE AÑOS.

Se entiende por desarrollo la evolución progresiva de las estructuras de un organismo y de las funciones realizadas hacia conductas de mayor calidad que proporcionan la adquisición del carácter del sujeto autónomo.

Propiciar un desarrollo de manera integral requiere de la interrelación de la maduración, el crecimiento y el aprendizaje, en un contexto social y físico. Dicha interrelación se presenta tanto a nivel general (influencias ambientales) como a nivel particular (las relaciones que ha mantenido el individuo con los que le rodean. (Carrales, 1997, p. 51).

1.1 Concepto de desarrollo humano y las diversas teorías evolutivas que lo explican.

El desarrollo humano en cualquiera de sus etapas evolutivas es producto de una serie de factores biológicos, psicológicos y sociales, por lo que el conocer cómo se da, permite guiar al individuo de manera oportuna y apropiada en cuanto a su aprendizaje, sus intereses, sus cambios biológicos y sus conductas. (Carrales, 1997, p. 43).

Para poder explicar que es el desarrollo humano y el proceso que conlleva, es necesario retomar algunas de las diferentes teorías evolutivas que se han formulado al respecto. “Una teoría evolutiva es un conjunto sistemático de principios y generalizaciones que proporciona una estructura coherente para estudiar y explicar el desarrollo. Asimismo, conecta hechos con observaciones, organizando los detalles de la vida en un todo significativo”. (Miller, 2002, citado por Berger, 2004 p. 35).

A) Teoría psicoanalítica.

Esta teoría interpreta el desarrollo humano en términos de impulsos y motivos intrínsecos, muchos de los cuales son irracionales e inconscientes, que influyen en cada aspecto del pensamiento y de la conducta de la persona. Dichos impulsos son considerados como la base fundamental de los estadios evolutivos universales.

El creador de la teoría psicoanalítica es Sigmund Freud (1856-1939), desarrollándola sobre la base del trabajo clínico con pacientes que padecían enfermedades mentales.

El psicoanálisis postula que el desarrollo en los primeros seis años se produce en tres etapas, cada una de las cuales se caracteriza porque el interés y el placer sexuales están centrados en una determinada parte del cuerpo y, a su vez, se relacionan con las principales necesidades y dificultades del desarrollo típicas de cada edad.

Asimismo, en cada etapa existen conflictos potenciales entre el niño y el padre o la madre, y la manera en que el niño los experimenta y resuelve, determina la personalidad básica y los esquemas de conducta que tendrá a lo largo de toda su vida. Por otro lado, la personalidad tiene tres sistemas distintos: el ello, el yo y el superyó. El ello representa la energía psíquica inconsciente para la satisfacción de nuestras necesidades básicas como la supervivencia, la agresión y la reproducción. El superyó se refiere a la conciencia moral implacable, sobre todo de los impulsos que los padres o la sociedad condenan. El yo, es el aspecto racional de la personalidad que se enfrenta con la realidad cotidiana, en parte tratando de mantener bajo control los deseos inconscientes del ello y la culpa del superyó.

Las etapas psicosexuales enunciadas por Freud están divididas por edades aproximadas y son las siguientes:

- Etapa oral. Esta etapa abarca desde el nacimiento hasta el primer año. La lengua, boca y encías son el centro de las sensaciones placenteras

en el cuerpo del bebé, y la succión y la alimentación son las actividades más estimulantes.

- Etapa anal. Comprende del primer hasta los tres años. El ano es el centro de las sensaciones placenteras en el cuerpo del bebé, y el entrenamiento para el control de esfínteres es la actividad más importante.
- Etapa fálica. Abarca de los tres a los seis años. En esta etapa el falo o pene es la parte más importante del cuerpo del niño, y el placer deriva de la estimulación genital. Los varones están orgullosos de sus penes y las niñas se cuestionan por qué no tienen uno.
- Periodo de latencia. No es considerado como una etapa, es un intervalo que comprende de los siete a los once años, en el cual las necesidades sexuales se aminoran y los niños emplean toda su energía psíquica en actividades convencionales.
- Etapa genital. Se presenta a partir de la adolescencia y en ésta, los genitales constituyen el centro de las sensaciones placenteras y los jóvenes buscan la estimulación y la satisfacción sexual en las relaciones sexuales.

Entre los seguidores de Freud se encuentra Erik Erikson (1902-1994), quien formuló su propia versión del desarrollo de la identidad. Propuso ocho estadios evolutivos que abarcan todo el transcurso de la vida. Cada uno de éstos se caracteriza por una dificultad concreta o una crisis del desarrollo. La resolución de cada crisis del desarrollo depende de la interacción entre las características individuales y el apoyo que brinda el entorno social

Las etapas psicosociales del desarrollo propuestas por Erikson son:

- Confianza frente a desconfianza. Los bebés aprenden a confiar en que los van a cuidar y a atender sus necesidades básicas, pero también pueden perder la confianza en cuanto al cuidado que les van a brindar.

- Autonomía frente a vergüenza y duda. Los niños aprenden a ser autosuficientes, sin embargo dudan de sus propias habilidades.
- Iniciativa frente a culpa. Los niños quieren emprender actividades típicas de los adultos, pero algunas veces traspasan los límites impuestos por sus padres y sienten culpa.
- Laboriosidad frente a inferioridad. Los niños aprenden activamente a ser competentes y productivos en el dominio de nuevas habilidades o se sienten inferiores e incapaces de hacer algo bien.
- Identidad frente a confusión de roles. El adolescente intenta saber “quién es”, para ello establece las identidades sexual, política y profesional o se siente confundido respecto de los roles que debe desempeñar.
- Intimidad frente a aislamiento. Los adultos jóvenes buscan la compañía y el amor de otra persona o bien se aíslan porque temen el rechazo y la desilusión.
- Generatividad frente a estancamiento. Los adultos de mediana edad colaboran con la generación siguiente a través del trabajo significativo, las actividades creativas o la crianza de los hijos, o por otro lado se estancan.
- Integridad frente a desesperación. Los adultos mayores tratan de encontrar sentido a sus vidas, considerando a la vida como un todo significativo o bien desesperándose porque no han alcanzado los objetivos que se habían propuesto.

Como se puede apreciar, las cinco primeras etapas enunciadas por Erikson son muy similares a las propuestas por Freud, ya que ambos creían que los problemas de la vida adulta provienen de conflictos no resueltos durante la infancia. Empero, las etapas de Erikson difieren en que él se centra en las relaciones del sujeto con la familia y la cultura, y no en sus impulsos sexuales, como en el caso de las etapas freudianas. (Berger, 2004)

B) Teoría cognitiva.

Esta teoría se centra en la estructura y el desarrollo de los procesos de pensamiento y la comprensión, es decir, trata de determinar cómo piensa una persona y cómo las expectativas que resultan de su comprensión particular afectan el desarrollo de actitudes, creencias y conductas.

Piaget (1896-1980) (citado por Berger, 2004), es el precursor de la teoría cognoscitiva, quien se interesó en los procesos del pensamiento humano. Para él, el pensamiento se origina en la acción y su teoría descansa en una cadena de supuestos que hallan explicación en dos aspectos diferentes: el crecimiento biológico y los procesos de la experiencia. El primero, apunta a todos los procesos mentales como continuación de procesos motores innatos y el segundo en el origen de todas las características adquiridas. Esto es, que al experimentar los propios reflejos innatos, el sujeto se ve obligado a utilizarlos y aplicarlos para alcanzar nuevos procesos conductuales.

Para este teórico, la conducta cognoscitiva humana debe concebirse como una combinación de cuatro áreas: la maduración, la experiencia, la transmisión social y el equilibrio. Estas refieren a que el sujeto intenta conciliar las nuevas experiencias con lo que ya sabe, es decir, que el individuo modifica antiguos esquemas y construye otros pasando así a una etapa superior.

Por tanto, la conducta es el esfuerzo cognoscitivo del organismo para hallar un equilibrio entre él mismo y el ambiente. Dicho de otro modo, es un proceso adaptativo que tiene dos características: la asimilación y la acomodación.

La asimilación significa que una persona adapta el ambiente a sí misma, y representa el uso del medio exterior según la concepción del individuo. El individuo experimenta un hecho en la medida en que puede integrarlo.

La acomodación es un proceso directamente inverso a la asimilación que representa la acción del medio sobre el organismo.

Así, ambos procesos actúan siempre de manera conjunta, la asimilación siempre está equilibrada por la fuerza de la acomodación y está última es

posible sólo con la función de asimilación. Esto es que las antiguas estructuras se ajustan (asimilan) a nuevas funciones y que las nuevas estructuras sirven (se acomodan) a las antiguas funciones en circunstancias modificadas.

Piaget concibe el desarrollo como un proceso innato, inalterable y evolutivo, dentro del cual están situadas una serie de fases diferenciadas: estadios del desarrollo. Cada uno de estos estadios refleja una gama de pautas de organización que se manifiestan en una secuencia definida dentro de un período de edad aproximado, por lo que no puede pasarse a un estadio nuevo sin haber concluido el anterior.

Los estadios enunciados por Piaget son:

- Sensoriomotor. Abarca desde el nacimiento hasta los dos años. Las características principales de este período son que el niño utiliza los sentidos y las habilidades motoras para entender el mundo. No hay pensamiento conceptual o reflexivo. El niño “conoce” un objeto por lo que hace con él.
- Preoperacional. Abarca de los dos a los seis años. Se caracteriza por el empleo del pensamiento simbólico, que incluye el lenguaje, para entender el mundo. Generalmente el niño se muestra egocéntrico en esta etapa, lo que hace que entienda el mundo sólo desde su perspectiva.
- Operacional concreto. Va de los siete a los once años. En este, el niño entiende y aplica operaciones lógicas o principios, para ayudar a interpretar las experiencias en forma objetiva y racional en lugar de hacerlo de manera intuitiva.
- Operacional formal. Se da a partir de los doce años, siendo que el adolescente o adulto es capaz de pensar sobre las abstracciones y los conceptos hipotéticos y de razonar en forma analítica y no sólo emocionalmente. (Berger, 2004).

C) Teoría sociocultural.

La teoría sociocultural trata de explicar el crecimiento del conocimiento, el desarrollo y las competencias del individuo a partir de la guía, el apoyo y la estructura que proporciona la sociedad.

La idea central de esta teoría es que el desarrollo humano es el resultado de la interacción dinámica entre las personas en desarrollo y la cultura en que están inmersas. Cada cultura es vista como un “proyecto de vida” único y los niños aprenden ese proyecto de los objetos y de las personas de su entorno.

El fundador de la teoría sociocultural es Lev Vigotsky (1896-1934), quien se interesaba en las competencias cognitivas que se desarrollan entre las personas culturalmente diferentes. “Desde el punto de vista sociocultural, estas competencias se desarrollan por las interacciones entre los principiantes y los miembros más entrenados de la sociedad en un proceso denominado aprendizaje del pensamiento”. (Rogoff, 1990 citada por Berger, 2004).

La manera idónea para llevar a cabo el aprendizaje del pensamiento es por medio de la participación guiada, en la que un tutor no sólo ofrece instrucción sino también participa de manera directa en el proceso de aprendizaje.

Esta teoría pone énfasis en que para que se produzca un aprendizaje, el maestro o la persona que instruye tiene que llevar al aprendiz a su zona de desarrollo próximo, la cual se define como el conjunto de habilidades que el alumno puede ejercitar y dominar con ayuda, pero que aún no puede realizar de manera independiente.

Las incursiones en la zona de desarrollo próximo son habituales a lo largo de toda la vida, siendo que las habilidades y los procesos particulares varían en gran medida según la cultura de la que proviene el sujeto.

Cabe aclarar que esta teoría ha sido criticada porque se considera que desvalorizó el papel de los genes en relación con el desarrollo, asimismo se diferencia de la psicoanalítica y de la cognoscitivista porque plantea que el aprendizaje depende de la interacción social y no del propio descubrimiento.

Con el abordaje de las tres teorías evolutivas anteriormente descritas, se puede apreciar que los problemas que aparecen en la infancia suelen dejar secuelas, cuyo impacto depende de las características del contexto en el que se desarrolla el niño.

1.2 Crecimiento y desarrollo de los niños en edad escolar.

La edad que interesa rescatar para esta investigación es la comprendida entre los seis y los siete años, la cual se ubica dentro del período escolar, denominado así porque aquí uno de los retos más importantes es la incursión en el ámbito educativo, con lo cual su contexto social cambia y se expande.

A continuación se mencionan los aspectos más relevantes del desarrollo del niño a lo largo de este periodo.

1.2.1 Desarrollo cognoscitivo.

En los años escolares se desarrolla más la organización perceptual, lo que se refleja en muchos ámbitos de habilidades crecientes, como las de leer, comprender matemáticas y realizar trabajos creativos de arte. Esto es, que el niño va de la discriminación simple a organizaciones complejas que ahora puede imponer en una configuración visual. Además, la percepción es mucho más veloz, por lo que recibe más información con mayor rapidez.

Durante la edad escolar las capacidades motoras de los niños mejoran de manera considerable, aumenta la rapidez, la fuerza y la coordinación, lo que les permite realizar actividades prolongadas y exactas.

A partir de los cinco años aproximadamente los niños duermen en promedio de diez a once horas diarias y ya no requieren de siestas, por lo que pasan el 44% del tiempo despiertos.

Entre los cinco y los diez años comienzan a desarrollar capacidades intelectuales como el concepto de la permanencia de la masa, número, peso y

volumen; aprenden a seguir reglas, tomar diferentes roles en forma alternada, diferenciar entre actitudes positivas y negativas, prever las consecuencias de sus actos, etc.

Berger (2004) menciona que todo esto es consecuencia de la maduración cerebral, misma que se hace más evidente por medio de dos procesos. El primero, es la habilidad para ocuparse de la información de muchas áreas del cerebro al mismo tiempo, es decir, pueden atender varios aspectos de una situación al mismo tiempo. El segundo, es la automatización (proceso por el cual los pensamientos y las acciones se repiten en una secuencia tan frecuente que se convierten en automáticos y ya no necesitan de un pensamiento muy consciente). Esto es, que la conducta se torna más automática, más estructurada y requiere menos esfuerzo neuronal, lo que facilita la ejecución de tareas complejas y el procesamiento cerebral se va haciendo más rápido y más eficiente.

Los niños son capaces de percibir que hay reglas determinadas que rigen el mundo físico, por lo que comienzan a buscar explicaciones para los fenómenos que ven.

Las relaciones numéricas se tornan más entendibles. El tiempo se puede medir como la distancia y el tamaño. Se pueden comparar objetos y lugares empleando las medidas, así, un niño puede comenzar a contar los días que faltan para que inicien las vacaciones.

Todo esto conlleva a que los niños aprendan a seguir y a imponer reglas, comprender las instrucciones recibidas y poner límites a su conducta, lo favorece su interacción en los diferentes ambientes donde se desarrolla.

1.2.2 Desarrollo del lenguaje.

El uso preciso del lenguaje de los niños en edad escolar es crucial para la comprensión, el conocimiento y la comunicación. Cómo y cuánto se aprende hace la diferencia en cuanto a los logros cognitivos de los niños en edad

escolar. Ellos relacionan cada vez más el contenido de las palabras con el contexto global, comprendiendo que las mismas frases pueden tener diferentes significados.

Las habilidades del lenguaje se desarrollan en varios sentidos, un ejemplo claro es que los niños pueden dirigir con eficacia su conducta usando órdenes verbales. Esto es, que el lenguaje les permite clasificar y ordenar sus experiencias, son capaces de establecer campos semánticos y con ello organizar la información. Lo más importante es que pueden expresar con claridad y coherencia sus ideas y pensamientos.

1.2.3 Desarrollo socioemocional.

Estos cambios están relacionados de manera estrecha con la amplitud que adquiere el niño de sus facultades cognoscitivas, ya que para abatir su curiosidad respecto a los fenómenos del mundo se dedica a cuestionar y experimentar. Por otra parte, el aspecto emocional se desarrolla con base en el placer que los niños sienten al adquirir alguna habilidad, lo cual está íntimamente ligado a la autonomía; no sólo desean hacer las cosas de manera independiente, sino que quieren hacerlas bien porque buscan la aprobación de los demás.

Cuando llegan a “fracasar” en alguna actividad se corre el riesgo de que se rehúsen a ensayar cosas nuevas.

Por tanto, la escuela es uno de los lugares de encuentro para planear actividades sociales por medio de las cuales llegan a conocer cómo deben comportarse en determinadas situaciones sociales.

“En los primeros años de escuela el sentido que el niño tiene de su propio yo evoluciona en varios sentidos que van a ser fundamentales para su desarrollo psicosocial adecuado. Los cambios que acarrea la maduración del conocimiento, el desarrollo del papel sexual y el pensamiento moral, contribuyen a abrir nuevas perspectivas. Con frecuencia, estos cambios se acompañan por exigencias por parte

de los adultos, de una conducta más madura, controlada y responsable”. (Erikson, 1950; Whiting y Whiting, 1975 citados por Newman, 1985, p. 165)

De todo lo enunciado anteriormente, se resume que durante los primeros años de escuela, los conocimientos intelectuales proporcionan instrumentos para que los infantes se conciben a sí mismos.

La habilidad para clasificar les permite hacer más clara su relación con los demás, lo que incide en el autoconcepto que se tiene en este período.

A su vez, durante esta etapa se van identificando los roles sexuales que juegan; se descubren los aspectos de la masculinidad y la feminidad, lo que se da por medio de la observación, de la imitación y de la interacción.

De igual manera, se comienzan a distinguir las implicaciones morales de su conducta y a discrepar entre categorías deseables y no deseables de la actuación.

Los niños de esta edad son cada vez más conscientes de las diferencias que existen entre sus propias posibilidades y las que ven en los niños mayores. Su autoestima va incrementándose en la medida en que tienen la confianza de poder adquirir habilidades.

A lo largo de este capítulo se estudió, a grandes rasgos, el desarrollo del niño de seis a siete años, tomando como referencia las teorías de Freud, Erikson, Piaget y Vigotsky, con el objetivo de poder discernir cuando un pequeño no se apega a las características mentales y motoras propias de su edad y que pueden ser propiciadas por el TDA-H.

En el siguiente capítulo se definen los conceptos básicos vinculados con el del trastorno por déficit de atención, sus causas y consecuencias, que servirán de guía en el diagnóstico y tratamiento del mismo.

CAPÍTULO II. CONCEPTOS BÁSICOS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDA-H).

2.1 Definición del concepto de atención.

Para poder explicar a detalle en qué consiste el TDA-H, primero es necesario conceptualizar el término atención, pues es una de las áreas que se ven afectadas por dicho padecimiento.

La atención se define como “la concentración continua de la mente en un objeto o estímulo, teniendo como síntomas la reflexión y la meditación”. (Van-Wiellink, 2004, p. 13)

García (citado por López, 2005) precisa que la atención es un mecanismo implicado directamente en la activación y el funcionamiento de los procesos y operaciones de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica. Dichos procesos le sirven al ser humano para que pueda ser más receptivo a los sucesos del ambiente y con ello llevar a cabo una diversidad de tareas de manera más eficaz.

Los procesos de selección son aquellos que se activan cuando el ambiente exige dar respuesta a una sola tarea en presencia de otras; por el contrario, los procesos de distribución son los que se ponen en marcha cuando el ambiente requiere atender varias tareas a la vez y los procesos de mantenimiento o sostenimiento de la atención se producen cuando el ambiente demanda concentrarse en una tarea durante largos periodos.

Por un lado, la atención se relaciona estrechamente con la memoria, la inteligencia, la motivación, la emoción y la percepción. Esta última involucra la adquisición, el almacenamiento, la recuperación y el uso del conocimiento. Por otro lado, la atención pasa por tres fases: inicio, mantenimiento y cese.

La fase de inicio o de captación de la atención se produce cuando se comienza a hacer una tarea o cuando se ocasionan ciertos cambios en la estimulación ambiental. Para poder procesar la información que se presenta o

para desarrollar de manera óptima una tarea, la atención permanece focalizada durante cierto tiempo.

La fase de mantenimiento comienza cuando han transcurrido cinco segundos aproximadamente desde que inicia la fase de captación; si este periodo se prolonga se puede decir que existe una atención sostenida.

La fase de cese de la atención se produce cuando desaparece la atención prestada a un objeto o cuando se pierde la concentración de la tarea a realizar.

Para López (2005), las características más importantes de la atención son la amplitud, la intensidad, el oscilamiento y las funciones de control. La amplitud se refiere a la cantidad de información que el organismo puede atender al mismo tiempo y el número de tareas que puede realizar a la vez. La intensidad es la cantidad de atención prestada a un objeto o tarea. La oscilación hace referencia al cambio continuo de la atención, ya sea porque se tienen que procesar varias fuentes o porque se tienen que llevar a cabo dos tareas y la atención se va alternando entre éstas. Las funciones de control se manifiestan cuando la atención extiende sus mecanismos de funcionamiento en relación de las demandas del ambiente.

De acuerdo con lo anterior, el déficit de atención se refiere al hecho de que los periodos en que puede mantenerse la atención son insuficientes, lo cual le impide al sujeto realizar actividades académicas en forma efectiva. (véase, Van-Wiellink, 2004, pág. 15).

2.2 Concepto de hiperactividad

La hiperactividad es el síntoma más notorio del TDA-H debido a que afecta negativamente el desarrollo integral del niño, por eso se consideró necesario definirla. Cabe aclarar que no existe una definición universal para el término hiperactividad debido a la controversia que existe alrededor de su etiología, por lo que a continuación se expondrán las definiciones de algunos autores que se especializan en el tema:

Para Gargallo (1991), la hiperactividad es un modo de comportarse del niño, que incluye dos aspectos: una gran inquietud y una falta de atención excesiva. (citada por Carrales, 1997)

De acuerdo con Polaina-Lorente (2000), la hiperactividad es un trastorno de conducta de origen neurológico.

Según Van-Wiellink (2004), la hiperactividad o hipercinesia es la actividad psicomotora exagerada en relación a la edad del sujeto; e inapropiada de acuerdo a las acciones que ejecuta en un momento determinado.

De acuerdo con las definiciones anteriores se puede apreciar que la hiperactividad consiste en la realización de acciones excesivas que se producen en momentos inadecuados y que, por lo general, no se relacionan con la actividad que se esta realizando.

2.3 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA-H).

El TDA-H es un padecimiento que ha sido estudiado desde décadas pasadas, sin embargo, su designación se ha modificado en varias ocasiones, de acuerdo a la época y a los avances obtenidos por sus investigadores. Es hasta la actualidad que gracias a la amplitud en el conocimiento de sus características y manifestaciones que se le ha denominado Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

2.3.1 Antecedentes e historia del TAD-H.

El estudio del TDA-H ha tomado mayor fuerza en las últimas décadas, sin embargo la primera descripción clínica de este padecimiento fue realizada en Inglaterra en el año de 1902 por George Federic Still y Alfred Tredgolg, quienes describieron numerosos casos de niños que se caracterizaban por ser frecuentemente agresivos, desafiantes y resistentes a la disciplina, con manifestaciones de hiperactividad y trastornos de aprendizaje, conceptualizándolos como “defectos en el control moral”.

En 1909, Still asoció estos trastornos a malformaciones congénitas y al elevado porcentaje de alcoholismo, criminalidad, depresión y suicidios entre los familiares de estos niños, intentando hallar causas hereditarias como la etiología de este trastorno. (Gratch, 2000).

Durante 1917 y 1918, en Estados Unidos surgió un gran interés en torno a este padecimiento después de una epidemia de encefalitis en la que se observaba una sintomatología muy similar a la descrita por Still.

En la década de 1950 a 1960, el término evolucionó a disfunción cerebral mínima, sin embargo surgieron dudas acerca de lo acertado del concepto, ya que en ocasiones no se presentaba un historial que sugiriera la existencia de tal daño. (Benavides, 2001, pág. 21).

Para el año de 1968 surge el concepto de síndrome del niño hiperactivo, con lo cual la segunda edición del Manual de Diagnósticos y Estadísticas de Trastornos Mentales (DSM-II: American Psychiatric Association) incluía una definición de hiperactividad y la teoría de que podía ser el resultado de factores ambientales, de la dieta y del efecto de determinadas sustancias en los alimentos, así como “fallas” en la educación que los padres brindaban.

En 1987, en la tercera edición del DSM de la Asociación Americana de Psiquiatría, se sustituyó el concepto de hiperactividad por el de Trastorno por Déficit de Atención (con o sin hiperactividad).

En 1994, la cuarta edición del DSM considera este trastorno como un síndrome neurológico con alta probabilidad de ser transmitido genéticamente y describe tres tipos del mismo:

- Trastorno de bajo nivel de atención o hiperactividad, de tipo predominantemente como problemas de atención.
- Trastorno de bajo nivel de atención o hiperactividad, de tipo predominantemente hiperactivo e impulsivo.
- Trastorno de bajo nivel de atención e hiperactividad, de tipo combinado.

Lo anterior se traduce en que los niños que padecen TDA pueden o no presentar problemas de atención o de impulsividad e hiperactividad, siendo más predominante el tipo combinado, por lo que nos enfocaremos a éste último en la realización de este trabajo.

La historia evolutiva de este trastorno indica que ha variado muy poco la sintomatología durante la infancia y quizá lo único nuevo al respecto consiste en la aceptación de que el trastorno no siempre desaparece espontáneamente durante la adolescencia. Asimismo, se han perfeccionado los métodos diagnósticos y los recursos terapéuticos que acceden al empleo de anfetaminas como único recurso para su tratamiento, (Gratch, 2000).

2.3.2. Etiología y manifestaciones clínicas.

El TDA-H es un problema fisiconeurológico que se caracteriza por la falta de habilidad de la persona para concentrarse (mantener la atención), controlar sus impulsos y para controlar la excesiva actividad motora (hiperactividad).

Cabe aclarar que es difícil encontrar una teoría unificada que explique las causas del TDA, sin embargo, la presencia de un factor hereditario es considerada como la causa primaria. Entre los factores secundarios se tienen el parto prematuro, el uso del tabaco y alcohol durante la gestación por parte de la madre, daño cerebral por traumatismo, el empleo de medicamentos, entre otros.

Estos factores han sido demostrados en forma incontrovertible, sin embargo, existen otros que no han podido relacionarse directa o indirectamente como causa del TDA, tales como los dietéticos (el uso excesivo de azúcar) y los ambientales (como la cultura, la dinámica y las relaciones familiares, el sistema educativo, etc).

De acuerdo con Van-Wiellink (2004), el TDA-H siempre se debe a un deficiente funcionamiento cerebral, el cual como ya se ha mencionado puede

tener distintos orígenes (hereditario, traumático, etc.). Al estudio del funcionamiento cerebral se le denomina neurobiología.

A continuación se presenta una síntesis de los hallazgos más significativos en torno a las causas neurobiológicas del TDA-H y de las técnicas más comunes mediante las cuales se estudia el cerebro humano:

- Morfometría. Es la técnica por la cual se miden diversas áreas del cerebro vivo y permite identificar las diferencias que existen entre sujetos con TDA y los que no lo padecen. Se obtiene mediante la Resonancia nuclear magnética, que mide los volúmenes cerebrales.
- Estudios del funcionamiento cerebral. Esta técnica permite observar qué partes del cerebro se están usando y cuáles no, en el momento mismo en que ello ocurre.

El lóbulo frontal se encuentra en la parte anterior del cerebro y es aquí donde se encuentran localizadas las habilidades del razonamiento más complejas, es decir, las funciones ejecutivas. En los sujetos con TDA-H el lóbulo frontal está alterado, lo que se denomina como hipótesis frontosubcortical y se asocia a la hiperexcitabilidad de la corteza prefrontal que causa un descontrol de la misma y que se caracteriza por déficit en sus funciones (lóbulo frontal perezoso).

Otra evidencia indirecta de la afección del lóbulo frontal en el TDA-H procede de los diversos exámenes psicológicos que evalúan áreas como la atención, la memoria, el aprendizaje, el funcionamiento psicomotor y la resolución de problemas. En los sujetos que padecen TDA-H "...estos exámenes están alterados, es decir, muestran una disfunción entre los centros que procesan la información y los centros frontales que realizan funciones ejecutivas" (Lank y Frank, 1998, citados en Van-Wiellink, 2004).

Estos estudios indican que "el principal déficit en el TDA se debe a una falla en la inhibición de las respuestas (conducta impulsiva), lo cual se considera una función ejecutiva, que es alojada en el lóbulo frontal" (Goldman, 1987 citado por Van-Wiellink, 2004).

El cerebelo (localizado en la parte posterior de la cabeza) tiene funciones muy específicas relacionadas con la capacidad de poner atención, y se ha demostrado que el cerebelo de los sujetos que padecen TDA-H es de menor volumen.

Asimismo, se ha demostrado que una de las causas neurobiológicas del TDA-H es el mal funcionamiento de la sustancia reticular (red de células nerviosas encargadas de activar o desactivar la corteza del cerebro, con lo cual el sujeto despierta o duerme), lo que explica algunos de los síntomas de este padecimiento.

Otra de las causas neurobiológicas del TDA-H es la inmadurez, entendida como la incapacidad del sistema nervioso para mostrar las habilidades que corresponden a la edad del niño. El fenómeno más relacionado al término de madurez es la mielinización de las neuronas (proceso biológico por medio del cual la parte de la neurona que transmite la información –axión- se cubre de una capa aislante, la mielina, con lo que las vías de información se activan y funcionan con toda eficiencia). Cuando existe un retraso en la mielinización se tiene un funcionamiento deficiente del sistema nervioso, lo que puede ocasionar los síntomas del TDA-H.

También se ha demostrado que cualquiera que sea la causa primaria del TDA-H, las personas que lo padecen muestran una alteración en la distribución normal de los neurotransmisores, los cuales son sustancias que se encuentran en el cerebro y cuya función es comunicar a las neuronas entre sí. Cada uno de estos tiene funciones específicas, como la de activar o desactivar una determinada área cerebral.

Con todo lo anterior se puede apreciar que la etiología del TDA es distinta en cada individuo, lo cual explica el por qué son tan diferentes los síntomas del TDA, por tal motivo, el tratamiento será diferente para cada paciente. Profundizaremos en este aspecto más adelante.

Hay que precisar que este padecimiento tiene un carácter evolutivo, es decir, que está presente desde la infancia y en la mayoría de los casos

continúa hasta la edad adulta, comúnmente se presenta acompañado de otros desórdenes ya sean de lenguaje, de coordinación, de aprendizaje, visomotores, entre otros.

De acuerdo con Benavides (2001) los síntomas distintivos del TDA-H son:

- Constante movimiento de manos y pies
- Dificultad para permanecer sentado cuando así se requiere
- Dificultad para seguir instrucciones
- Dificultad para esperar su turno y obedecer reglas
- Dificultad para llevar a término una actividad o tarea
- Interrumpir constantemente y responder antes de que la pregunta sea formulada completamente
- Intromisión en los juegos de otros niños
- Parece no escuchar cuando se le habla
- Impulsividad y agresividad
- Exposición al peligro sin medir las consecuencias
- Apariencia de no tener una noción clara del tiempo
- Trastornos de sueño
- Incoordinación muscular
- Labilidad afectiva *
- Trastornos de aprendizaje

Shafer, Fisher y Dulcan, 1995 (citados por Van-Wiellink, 2004) mencionan que estos síntomas deben tener dos características básicas para confirmar el diagnóstico:

*Este término quiere decir que se manifiesta un estado de ánimo cambiante, en el que un individuo puede pasar del llanto a la risa o viceversa de manera repentina.

- Son incisivos, es decir, se presentan en la mayoría de los entornos del niño
- Son de duración prolongada, se manifiestan por un tiempo superior a seis meses

De acuerdo con el DSM-IV, los niños que padecen este trastorno presentan un conjunto de signos y síntomas, todos ellos expresiones clínicas de falta o impedimento en el desarrollo neurológico, que al desorganizar la normal evolución biológica, impiden un adecuado orden físico, emocional, cultural y social que se expresa en comportamientos y síntomas como los siguientes: inatención, hiperquinesia, irritabilidad, impulsividad, incoordinación muscular (dispraxia), labilidad afectiva (disforia), desobediencia patológica y trastornos del aprendizaje.

La inatención es el resultado de una perturbación del proceso cerebral normal que impide y obstaculiza este mecanismo. Tal situación refleja una incapacidad para organizar jerárquicamente las tareas y actividades; deficiencia en el seguimiento de instrucciones, renuencia a actividades que requieren un esfuerzo mental sostenido, extravíos de material, facilidad para distraerse con estímulos externos y deficiencias en la memoria.

La hiperquinesia o hiperactividad es un estado de movilidad casi permanente que el niño manifiesta desde pequeño, se origina en su interior y se hace notoria en todas las actividades de su vida. Esta hiperactividad le impide realizar acciones productivas, el sujeto deja inconcluso lo que inicia, ya que se caracteriza por el jugueteo constante de las extremidades inferiores y superiores del niño, frecuentes levantamientos en situaciones en que se requiere que permanezca sentado, dificultad para permanecer en silencio, parloteo excesivo, etc.

La irritabilidad se refiere a las respuestas exageradas de enojo que se observan en dos formas; por un lado el niño muestra escaso control sobre su conducta y ésta se vuelve impredecible a la vista de los adultos y por otro, se

observa una baja tolerancia a las frustraciones, lo que se manifiesta con rabietas y berrinches.

La impulsividad es la pérdida de la capacidad para inhibir la conducta, es decir, el niño hace lo que el impulso le indica, sin medir las consecuencias de sus actos. La impulsividad se puede clasificar como una conducta antisocial, debido a que se acompaña de agresividad y destructividad.

La incoordinación muscular o inmadurez motora hace alusión a que los niños exhiban torpeza general tanto en sus movimientos gruesos como finos. Esto propicia frecuentes caídas y tropezones, alteraciones en la coordinación ojo-mano y dificultades en el equilibrio, lo cual se denomina con el término dispraxia.

En cuanto a la labilidad afectiva se puede decir que es el resultado de la conducta imprevisible, que incluye disforia, caracterizada por depresión, deficiente autoestima, ansiedad y anhedonia (que es la incapacidad para experimentar placer).

La desobediencia patológica se manifiesta cuando el niño ignora las limitaciones establecidas por los adultos debido a que es incapaz de comprender la prohibición y su significado. El niño comete una y otra vez la misma falta sin tratar de ocultarla y sin percibir por qué se le castiga, lo cual se relaciona con la incapacidad para entender instrucciones verbales.

Los trastornos de aprendizaje se asocian a la incapacidad para la focalización de la atención, por lo que pueden confundirse con problemas de retraso mental. La gran mayoría de los niños que padecen TDA-H presentan problemas relacionados con su desempeño escolar, lo cual conlleva a conflictos con sus padres y autoridades escolares quienes lo interpretan como flojera, negativismo o irresponsabilidad.

Según el DSM-IV, los trastornos específicos del aprendizaje se refieren a problemas en la lectura (dislexia), en la escritura (disgrafía), en la aritmética (discalculia) o en el lenguaje.

De acuerdo a la sintomatología anterior se puede expresar que el TDA-H deteriora la capacidad del niño para funcionar de manera eficiente en su medio académico, familiar y social.

En la apariencia física no hay nada que nos pueda hacer sospechar de la presencia de este padecimiento, sin embargo las manifestaciones se presentan durante la infancia y aunque pueden estar presentes en todos los niños, son la intensidad, la severidad y la permanencia de estas peculiaridades lo que las convierte en síntomas.

Los niños que padecen TDA-H pueden ser descritos como irritables, difíciles de tranquilizar y muy activos, de la misma manera pueden presentar alteraciones de sueño (dormir más o menos que el promedio de los niños de su edad, dejar de dormir siestas a temprana edad y despertar frecuentemente); tienen mayor dificultad para tolerar la frustración y manejar sus emociones, por lo que se desaniman con facilidad si no se les proporciona lo que desean en el preciso momento en que lo demandan. Sus relaciones con los demás son difíciles pues se caracterizan por la deficiencia en el seguimiento de instrucciones, para esperar su turno y para participar en juegos de acuerdo con las reglas; se distraen con extrema facilidad, parecen no escuchar cuando se les habla y se exponen a situaciones de alto riesgo sin pensar en las consecuencias. (Benavides, 2001, pp. 24-26)

Una característica importante es que estos niños pueden presentar un coeficiente intelectual superior al promedio, por lo que tienen necesidades diferentes a los demás niños, es decir, requieren de mayor comprensión, respeto, apoyo y aceptación.

Es imprescindible señalar que existen ciertas condiciones médicas que se confunden con uno o varios síntomas del TDA-H, como son:

- Los problemas en la ventilación corporal, que pueden ser producidos por alergias o asma y que suelen alterar la concentración del niño y propiciar alteraciones de sueño.

- Los problemas sensoriales de la audición o de la vista, ya que resulta evidente que cuando un niño oye o ve mal se entera muy poco de lo que sucede en el salón de clases, y da la apariencia de que es incapaz de mantener su atención en los procesos del aprendizaje.
- El problema de rastreo ocular, que consiste en la incapacidad del niño para seguir una línea con la vista, lo que le impide poder seguir un orden en los renglones al leer.
- Los problemas en el nivel de azúcar en la sangre que suelen causar problemas en la concentración, así como en el nivel de actividad del niño.
- La anemia, que sin importar la causa que la provoque ocasiona una baja en la concentración.
- Las crisis convulsivas, en las cuales el niño se “desconecta” del ambiente, pierde la noción del tiempo por unos segundos y al tomar conciencia nuevamente tiene un periodo de amnesia y confusión que le impide incorporarse por completo a su entorno y por tanto su rendimiento escolar es bajo.

Asimismo, se debe considerar que los problemas psiquiátricos como depresión y ansiedad pueden simular TDA-H por la falta de motivación que el niño manifiesta.

2.3.3 Padecimientos ligados al TDA- H.

De acuerdo con Maggie Jones (2000, pp.36-37), ocasionalmente, los síntomas parecidos a los del TDA-H pueden ser provocados por otros padecimientos como son:

- Síndrome de Tourette. Es un trastorno neurológico que se cree es provocado por un metabolismo anormal de la dopamina, un

neurotransmisor en el cerebro. Es un padecimiento heredado que comienza con síntomas similares a los del TDA-H y posteriormente se manifiesta por tics como hacer muecas, parpadear, alzar los hombros, menear la cabeza; tics vocales como gruñir, sorber, toser, repetir palabras o sonidos hechos por otros (ecolalia) y usar malas palabras (coprolalia). Es posible que los niños con este síndrome puedan controlar los tics durante breves periodos.

- Síndrome de Asperger. Éste es una forma ligera de autismo, algunas veces conocido como autismo de alto funcionamiento. A diferencia de un niño con autismo severo, que es totalmente incapaz de comunicarse, el niño que padece síndrome de Asperger es típicamente tímido, ampuloso en su discurso y comportamiento, le gustan las rutinas y se le dificulta entrar en empatía con la gente. Es posible que estos niños desarrollen intereses o pasatiempos obsesivos. Puede resultar muy difícil manejar a estos niños, y con frecuencia se sienten a disgusto porque no se pueden llevar bien con los demás niños.
- Dislexia. Es un trastorno específico del aprendizaje que afecta la habilidad de los niños para leer y escribir con fluidez. Algunas veces los disléxicos pueden ser confundidos con niños que padecen TDA-H porque tienen dificultades en el aprendizaje y por tanto se aburren en la escuela, están inquietos, no prestan atención y se sienten frustrados. Tienen dificultad para descifrar palabras que no conocen y tienden a cambiar de lugar letras o números cuando los escriben.
- Dispraxia. Es una incapacidad o inmadurez de la organización del movimiento. También puede haber problemas asociados al lenguaje, percepción o pensamiento.

2.3.4 Diagnóstico del TDA-H.

Es de gran importancia hacer una evaluación pronta del niño que presenta trastornos de conducta, con el fin de dar un tratamiento oportuno que favorezca su desarrollo integral. Sin embargo, el diagnóstico del TDA-H requiere de sumo cuidado, para evitar confusiones con niños sanos que simplemente son inquietos. (Moyano, 2004).

“En general, se diagnostica como hiperactivo al niño que presenta ocho o más síntomas de los anteriormente mencionados, sin embargo, es indispensable efectuar una revisión clínica que permita un diagnóstico adecuado y seguro”. (Jones, 2000).

Entre los recursos clínicos que deben emplearse cuando se sospecha la existencia del TDA-H se encuentran: la historia clínica (que es la fuente más importante de datos y su contenido debe incluir: los antecedentes personales patológicos y no patológicos, la historia del desarrollo psicobiológico del niño, la sintomatología actual, la exploración psiquiátrica y la exploración física), el examen neurológico, el electroencefalograma y las pruebas psicológicas, principalmente. (Velasco, 1990).

El diagnóstico del TDA-H es una tarea de por sí bastante ardua, y la mayoría de las veces se realiza mal. Sin embargo, existe una posibilidad de arribar a un diagnóstico acertado; mediante la interdisciplina, la cual se refiere al trabajo conjunto de todos los especialistas que intervienen en el diagnóstico y tratamiento (pediatras, pedagogos, psicólogos, nutriólogos, neurólogos, docentes, etc.) incluidos los padres de familia. Esto con el fin de que compartan sus impresiones en forma periódica y los lleve a concebir una misma filosofía del padecimiento. (Moyano, 2004).

2.3.5 Diagnóstico pedagógico

La labor del pedagogo está destinada a evaluar el desempeño escolar, la maduración intelectual, la atención y el nivel de adquisición de conocimientos del niño. Asimismo, debe mantener una relación estrecha con el equipo interdisciplinario. (Moyano, 2004).

Estos profesionales (pedagogos) deben contar con diversos instrumentos para evaluar la atención y el nivel de adquisición de conocimientos del niño. La dinámica se da a través de juegos, actividades interactivas, o mediante la aplicación de una batería de tests psicométricos.

2.3.6 Tratamiento del TDA-H

El tratamiento médico habitual para tratar el TDA-H consiste en una combinación de medicamentos y terapia conductual y cognitiva a cargo de los docentes y pedagogos.

La medicina que se emplea para tratar este trastorno son drogas estimulantes relacionadas con las anfetaminas. Esto parece ir en contra del sentido común, pero se ha demostrado su efectividad.

La dosis difiere de un niño a otro, porque algunos niños parecen ser más capaces de metabolizar y asimilar la droga más rápido que otros, además, la dosis diaria requiere ser administrada con base en el peso y la talla de cada niño. (Jones, 2000).

Moyano (2004) considera que el tratamiento para el TDA-H debe abarcar los siguientes aspectos:

- Identificar el problema.
- Trabajar en equipo. Como ya se mencionó anteriormente se requiere un trabajo interdisciplinario para obtener mejores resultados.

- Aclarar dudas y alejar las terapias alternativas inútiles. Buscar información acerca de los tratamientos alternativos y recomendar a la familia alejarse de algunas modalidades terapéuticas peligrosas.
- Vigilancia de los resultados.

Durante este capítulo se abordaron las generalidades del TDA-H, entre ellas, la evolución histórica del padecimiento que nos permitió ver que las causas del TDA son diversas y por tanto el tratamiento varía de un sujeto a otro. Asimismo, vimos que no todos los casos se acompañan de hiperactividad, por lo que este trastorno se divide en varias clasificaciones, sin embargo la más común es la combinada y en la que nos enfocamos para este trabajo.

De igual modo, nos percatamos de que el diagnóstico de este padecimiento requiere de una labor interdisciplinaria que deje fuera toda confusión relacionada con la inquietud normal de todo niño y que favorezca una intervención oportuna para evitar que el TDA-H incremente los problemas personales, emocionales y académicos que se tienen como consecuencia y que afectan el desarrollo integral del sujeto.

En el siguiente capítulo se describen los resultados obtenidos de la aplicación de la entrevista a un experto en el manejo del padecimiento de TDA-H, que nos permita ampliar el panorama obtenido hasta el momento sobre las manifestaciones clínicas, conductuales y psicológicas, así como las repercusiones a nivel personal, familiar, social y académico que pueden sufrir los niños con este padecimiento.

CAPÍTULO III. ENTREVISTA CON UN EXPERTO EN TDA-H.

En los capítulos anteriores se abordaron las teorías: Psicoanalítica de Freud y Erikson, la Cognitiva de Piaget y la Sociocultural de Vigostsky, con la finalidad de explicar cómo se da el desarrollo del niño y apreciar de qué manera les afecta el TDA-H. Asimismo, se trabajaron los conceptos generales de este padecimiento para precisar cuáles son sus causas y consecuencias en la esfera bio-psico-social.

En este apartado se realizó una entrevista a un especialista que labora en la Fundación Federico Hoth (ubicada en la calle de Torresco no. 6 Col. Sta. Catarina, c. p. 04010 Del. Coyoacán, México. D.F.), cuyo propósito es atender a niños que padecen TDA-H.

El objetivo de este encuentro fue recabar información desde una perspectiva práctica, para compararla con los datos obtenidos de diversas bibliografías y de este modo ver qué tanta correspondencia existe entre lo que exponen los investigadores, y lo que se observa en los niños que padecen este trastorno, así como la funcionalidad de los tratamientos sugeridos en los textos.

La entrevista fue proporcionada por el Médico Cirujano Arturo Corvera, quien es egresado de la UNAM y especialista en Psicoanálisis del Círculo Psicoanalítico Mexicano y que en la actualidad es Director del área Médica de la institución ya mencionada.

Las preguntas efectuadas se enfocan a tratar aspectos del concepto de TDA-H, así como su diagnóstico y tratamiento. Cabe mencionar que aunque se había preparado una serie de cuestionamientos, surgieron modificaciones conforme se iba desarrollando la conversación; por lo tanto, de acuerdo con los criterios enunciados por Sampieri, Collado y Lucio (2003) el carácter de la entrevista fue semiestructurada.

A continuación se presenta una síntesis de este encuentro con las aportaciones que se consideraron más relevantes para los fines de este trabajo.

1. ¿Qué significa TDA-H?

Son las siglas que significan Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

2. ¿Cómo es posible identificar una conducta hiperactiva?

La conducta hiperactiva se manifiesta cuando una persona tiene exceso de actividad en la vida diaria, aquí es necesario definir cuánto es mucho comparado con el resto de la gente. La APA (Asociación Americana de Psiquiatría, cuyas siglas están en inglés) dice que para que alguien padezca hiperactividad tiene que contar con seis síntomas de los nueve establecidos, por lo menos durante seis meses. Ésta sintomatología la abordaremos más adelante.

3. ¿Por qué se le da la connotación de trastorno?

Esto viene porque entre las posibles causas, del TDA-H se encuentra una alteración en ciertas funciones y de algunas sustancias que genera el organismo, aclarando que no es que estén ausentes, sino que no están funcionando de manera adecuada.

En realidad si quisiéramos decir cuál es la definición de un trastorno podríamos concluir que un trastorno produce una enfermedad.

4. ¿Situaciones como un traumatismo cerebral o la ingestión de sustancias alcohólicas y/o tabaco durante la gestación pueden causar TDA-H?

Si, este trastorno se puede presentar por traumatismos craneoencefálicos o traumatismos emocionales. Otro factor es el alto nivel de plomo en la sangre, el cual lo encontramos en la gasolina, en la pintura que se utiliza en las casas, ya sea en las paredes o en las vajillas.

5. ¿Cuál es la sintomatología característica de este padecimiento?

Tendríamos que separarla en dos grandes ramas, por un lado el déficit de atención y por otro la hiperactividad aunada a la impulsividad.

Hablando de la inatención lo primero que habría que mencionar es que déficit significa: incapacidad de concentrarse y de sostener la atención en un estímulo. Estímulos tenemos alrededor nuestro todo el tiempo y en todo lugar, lo que debiésemos tener es la capacidad de discriminar a qué estímulos atender y durante cuánto tiempo. Además la atención es una función mental superior; que debe permitir enfocarme en diversas cosas al mismo tiempo, es decir, tener una atención dividida o estar en una cosa, ir a otra, regresar y saber qué era lo que hacía, sin perderse este proceso.

La APA menciona nueve criterios para clasificar a los chicos que padecen inatención, por ejemplo, son chicos que cometen errores, que se distraen con facilidad ante estímulos irrelevantes, que pierden las cosas, que olvidan lo que tenían que hacer o dejan las cosas inconclusas; padecen problemas de insomnio, son agresivos, con falta de socialización porque se retraen. Suelen tener problemas espaciales, como mala letra, demasiadas faltas de ortografía y ni siquiera pueden seguir un renglón.

La inatención refiere también a que no saben seguir instrucciones, empiezan una tarea y la dejan a la mitad, lo cual puede tener dos causas. Una es porque quizás nunca escucharon la instrucción inicial completa y segunda es que mientras están ejecutando la actividad se distraen –independientemente si escucharon o no la indicación–.

Otro problema de la inatención es que por lo general evitan actividades que les demanden esfuerzos sostenidos.

Respecto a la hiperactividad y la impulsividad son niños que se mueven todo el tiempo, en lugares que no debieran por ejemplo, si están sentados se están moviendo en su asiento o se paran en un momento inapropiado donde se espera que permanezcan sentados.

Son chicos que no saben jugar tranquilamente, que hablan en exceso, incapaces de esperar su turno, que se meten en actividades de otros. Asimismo, no piensan en las consecuencias de sus actos, por lo general los ejecutan sin que haya una valoración de juicio de por medio o una situación de planeación.

6. ¿Existen diferentes connotaciones para éste padecimiento?

Sí, pero de acuerdo con la APA, la connotación más actual es Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA-H), la cual se divide en tres subtipos:

1. *Predominantemente inatento*, que significa que no cumple con los criterios de hiperactividad.
2. *Predominantemente hiperactivo*, que no cumple por completo el criterio de inatención.
3. *Mixto*, que incluye los dos aspectos anteriores.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), le da el nombre de trastornos hiperquinéticos y los criterios y síntomas son similares a los establecidos por la APA, sólo varían en el número de manifestaciones que estipulan.

7 ¿Cuáles son las condiciones para que yo como docente pueda canalizar a un niño al diagnóstico clínico?

El DSM-IV, que es el Manual de Diagnósticos y Estadísticas de Trastornos Mentales, y el cuarto porque va en la cuarta edición revisada, menciona como criterio A, que por lo menos uno de los síntomas se tiene que presentar antes de los siete años, mínimo durante seis meses.

Otro criterio es que el paciente presente la sintomatología en más de un ambiente –por lo menos dos- con la finalidad de excluir que tenga un problema localizado sólo en casa, en la escuela o en un lugar particular.

El siguiente criterio es que haya presencia de deterioro clínico. Esto se refiere a que el niño tenga problemas de socialización debido a que se esté constituyendo en una familia disfuncional donde existe violencia psicológica -de inicio- y física, que le dañen su autoestima.

Los padres usualmente se dan cuenta hasta que un tercero les hace ver que hay un problema que en este caso puede ser de conducta, problemas de

aprendizaje, que al chico ya lo empiezan a “sentenciar” si le dan o no el pase al próximo año, o manifiesta agresividad lo que conlleva a ansiedad o depresión, hasta intentos de suicidio cuando el caso es extremo.

Hablando de salud mental es necesario puntualizar que el niño no esté atravesando por un problema psíquico o un problema de esquizofrenia, porque allí si queda totalmente excluido del diagnóstico de TDA-H. Otros aspectos a considerar para no efectuar el diagnóstico es la existencia de una enfermedad orgánica como hipertiroidismo o diabetes; de igual modo que no haya un proceso de duelo, por ejemplo que los padres se estén divorciando o el fallecimiento de un familiar cercano al infante.

8. ¿El diagnóstico tiene que ser multidisciplinario y quienes lo realizan?

Los principales actores en el diagnóstico de TDA-H son los profesores en la escuela, que particularmente son los que detectan y dicen si algo está pasando; en segundo lugar, los padres o tutores –que fungen como líderes en el diagnóstico y tratamiento- pues de ellos va a surgir la necesidad de acudir con un profesional.

Por otro lado están los médicos y psicólogos quienes tienen la capacidad de confirmar las suposiciones de padres y docentes, al realizar diagnósticos diferenciales que descarten problemas orgánicos.

Un médico general puede detectar el problema y canalizar al niño con un especialista como es el caso de un neuropediatra (pediatras que después hicieron la especialidad en neurología) o paidopsiquiatra (psiquiatras especializados en psiquiatría infantil).

El criterio que tenemos en la fundación Federico Hoth es que la evaluación diagnóstica debe ser multidisciplinaria, en la que todos los especialistas intervengan al mismo tiempo y en conjunto.

9. ¿Cuál es el porcentaje promedio de niños que padecen TDA-H en México?

De acuerdo con el SERSAME (Servicios Médicos de Salud Mental), en México aproximadamente el 6% de la población infantil padece TDA-H; la OMS habla del

5%, lo que nos obliga a ver el padecimiento de otra manera, ya que todo padecimiento que en teoría tiene arriba del 5% de la población se considera un problema de salud pública y es preciso establecer ciertas reglas de cómo debiesen ser atendidos los niños, sin embargo, aún no existe ningún lineamiento o norma oficial que nos diga que hacer con ellos.

De este modo, quienes tienen la capacidad de atender este problema son los neuropediatras o los paidopsiquiatras. La problemática es que hay muy pocos en el país y tenemos que apoyarnos en los pediatras y médicos generales.

Resumiendo todo lo anterior, el diagnóstico de TDA-H requiere la presencia de un médico, un psicólogo que se encargue de las terapias cognitivo-conductuales; los profesores quienes deberían estar capacitados para trabajar con ellos de manera adecuada a sus necesidades, y por supuesto, los padres de familia para saber manejar al niño y tomar las mejores decisiones posibles.

10. ¿En quienes es más frecuente este padecimiento, en niños o en niñas?

Hasta ahora en cifras se considera más frecuente en varones, considerando que por naturaleza son más hiperactivos que las mujeres, pero en la actualidad estas cifras se están modificando, parece ser que las niñas ya están siendo casi igual de hiperactivas que los niños; pero todavía hay una predominancia de los varones como de tres niños por cada niña.

11. Una vez diagnosticado el padecimiento, ¿cuál es el tratamiento que se sigue con estos niños?

Nuevamente así como el diagnóstico tiene que ser interdisciplinario, el tratamiento también tiene que ser así y por lo tanto multimodal, siendo fundamental la información y orientación de los padres.

Ese es el primer paso, pues si están orientados e informados se puede tomar la decisión adecuada acerca de qué tratamiento seguir, tanto en casa como en los

demás ambientes donde interactúa el niño. De esta forma podemos ir disminuyendo situaciones conductuales –que por insignificantes que perezcan-repercuten en su desarrollo...por ejemplo, supongamos que el niño tiene problemas de insomnio, entonces, puedo establecer ciertas herramientas de apoyo para que no se quede despierto hasta las cuatro de la mañana. Con este tipo de cosas los padres fomentan el mejor tratamiento.

En el caso de la escuela, se puede auxiliar al niño modificando las técnicas empleadas, ya que los niños con TDA-H tienen un promedio de retraso en el aprendizaje aproximadamente como de dos años. Esto no significa de retraso de grado escolar.

Asimismo, como profesor se puede ayudar a que mejoren los síntomas de inatención o hiperactividad, quitando el mayor número de estímulos alrededor con los que el pequeño pudiera distraerse y dejar sólo los que sean necesarios.

Tal vez un estímulo propicie distracción, pero sirva para estimular el proceso de enseñanza-aprendizaje, o de autoestima, por ejemplo, alguno que diga “tu vales mucho” y aunque ese letrerito lo haga distraerse va a fomentar su autoestima y con ello se obtendrá una mejora.

Otra solución sería que no sienten al chico hasta atrás donde probablemente el maestro no puede estar al pendiente de él, pero sin hacer una diferenciación evidente que lo marque.

El objetivo es que el niño se perciba igual a los demás pero sin desatender sus necesidades. Aquí entra el apoyo del pedagogo y del psicólogo educativo, quienes brindan las herramientas necesarias para mejorar la conducta del chico y con ello los síntomas y la situación de aprendizaje.

Quizás no mejore por completo la situación de aprendizaje, pero a partir de que el infante pueda controlar su conducta lo demás se va a dar por añadidura.

Por otro lado, hay quien recurre a otro tipo de terapias, aunque no están probadas con respecto a si funcionan o no.

13. ¿Usted como médico las recomienda?

Yo recomendaría principalmente la de programación neurolingüística, sin embargo lo dejo a criterio de los padres, porque se deben tomar en cuenta las características y limitantes del niño, además de considerar que este trastorno puede acompañarse de diversos padecimientos, así como las diferentes problemáticas familiares de cada uno y eso lo hace que el TDA-H sea diferente de un niño a otro. Se pueden sugerir diversas terapias, pero finalmente esta decisión la deben tomar los padres.

14. ¿Qué tan efectivo es el empleo de medicamentos?

Hablando del suministro de medicamentos, nos encontramos con una paradoja, ya que surge la incógnita de por qué le van a dar un estimulante a un niño que está demasiado estimulado. En realidad, la estimulación que provocan los medicamentos no es motriz, sino que esas sustancias van a enfatizarse en lograr que el niño incremente su nivel de concentración y regulen la impulsividad característica del trastorno para mejorar su conducta.

15. Aparte de los estimulantes ¿cuáles son los medicamentos que les recetan a los niños con TDA-H?

Cabe decir que los estimulantes son la primera línea de trabajo, además de que en México, a diferencia de otros países, sólo se permiten los estimulantes; las anfetaminas empleadas en otros lugares para atender el TDA-H no están permitidas.

Después de esos, la segunda opción siempre han sido los antidepresivos. Hay diversas gamas como los tricíclicos, pero tienen efectos secundarios terribles. Cabe aclarar que todo medicamento sin el control debido puede producirlos pero en el caso de este trastorno son de gran magnitud.

Los antidepresivos tricíclicos son medicamentos que requieren un control extremo porque no se puede suspender su uso sin previo aviso, por el contrario se necesita estar muy pendiente de tomarlo diario, a la misma hora y respetar la dosis.

Otro tipo de fármacos son los inhibidores de recaptura de serotonina, que funciona muy bien en los chicos con TDA-H. Entre las marcas comerciales el más conocido es el *Ritalín*.

Dentro de estos inhibidores existen los de liberación inmediata y los de liberación prolongada como el *Concerta*.

16. ¿Cuál es la diferencia entre los antidepresivos y los estimulantes?

La diferencia radica en que los estimulantes causan adicción si se usan de forma inadecuada, contrario a los antidepresivos, que además generan pocos efectos secundarios.

17. Una vez iniciado el tratamiento ¿es necesario que se practiquen con frecuencia los estudios clínicos que se efectuaron para establecer el diagnóstico?

Sí, se requiere que se efectúen con frecuencia para establecer el grado de mejora obtenida a partir de que el chico inició el tratamiento, sin embargo, el tiempo entre cada uno varía de acuerdo a cada paciente.

Por lo general se realizan cada seis meses, pues si se ejecutan antes de este periodo existe la posibilidad de que los resultados que arrojen no sean precisos.

De igual modo, es recomendable que además de los estudios neurológicos, se practiquen pruebas generales para saber si el organismo está funcionando adecuadamente y descartar alteraciones provocadas por los medicamentos. Tal es el caso de la biometría hemática, la química sanguínea y estudios renales.

18. ¿El TDA-H es curable?

Científicamente no, el TDA-H es una deficiencia que va a estar presente a lo largo de la vida, no obstante, la sintomatología cambia según la etapa de desarrollo del paciente. Por ejemplo, en la adultez se puede reflejar en la impulsividad de la persona, ya sea que tiende a pelearse o a realizar acciones desmedidas como conducir a altas velocidades.

Si se aplica el tratamiento oportunamente, el organismo se adapta a producir las sustancias que no estaba produciendo y a su vez aprende ciertos patrones de conducta que le permiten llevar una vida “normal”, por así decirlo.

La finalidad del tratamiento es mejorar la calidad de vida aunque los síntomas estén presentes.

19. ¿Cuáles son las consecuencias en la adultez si durante la infancia no se atendió el padecimiento?

Las repercusiones que conlleva no seguir un tratamiento pueden resultar devastadoras debido a que el TDA-H se comparte con otras complicaciones de salud mental que le afectarán en su vida diaria y autoestima.

Entre las principales se encuentran el que sea expuesto al rechazo por que no es capaz de controlar su temperamento y por tanto crezca con baja autoestima. También puede ser que desarrolle un oposicionismo desafiante que lo orille a retar la autoridad, que ejecute acciones de violencia o segregación familiar, que padezca trastornos del estado de ánimo como depresión; que se refugie en adicciones, que constantemente sufra accidentes y en el peor de los casos, que llegue al suicidio.

20. ¿Considera necesario que los pacientes que sufren de TDA-H asistan a una institución de educación especial o pueden ser incorporados a cualquier tipo de escuela?

Deben ser incluidos en una escuela “normal” y evitar darles tratos especiales y diferentes. Son chicos como todos, con ciertos síntomas que marcan una diferencia, pero en realidad todos somos distintos.

Hay quienes tienen más habilidad para llevar a cabo algunas actividades, pero eso no los hace mejor o peor que nadie. Aquí lo importante es aplicar estrategias que traten de desarrollar las habilidades del niño sin aislarlo.

De la información recabada de esta conversación he podido constatar que los planteamientos realizados por los diversos autores que se han consultado para la realización de esta tesina, son apropiados y pertinentes con lo que se observa en la práctica y dan la pauta correcta para poder realizar un diagnóstico oportuno y dar un tratamiento eficaz al trastorno, siempre y cuando se realice de forma conjunta con los diversos especialistas que intervienen en ello.

Asimismo podemos dar cuenta de que el TDA-H, es un desorden conductual que se asocian con patrones neurofisiológicos distintivos, principalmente con una deficiencia en la acción reguladora de ciertos neurotransmisores.

A partir de este encuentro vemos que es de suma importancia atender el TDA-H oportunamente, para lograr la integración plena del sujeto a los diversos ambientes en los que se desarrolla.

Para llevar a cabo ésta integración, es importante evitar excluir al niño de las actividades usuales, siendo una de ellas la educación escolar, donde el docente tiene un papel preponderante y crucial en su adaptación y desarrollo.

Es por esta razón, que en el siguiente capítulo se detallan ciertas recomendaciones dirigidas a los docentes, sobre cómo interactuar con niños que padecen TDA-H, considerando el tratamiento psicológico y clínico que deben ser complementarios.

CAPÍTULO IV. RECOMENDACIONES PSICOPEDAGÓGICAS PARA EL DOCENTE SOBRE CÓMO FAVORECER LA INTEGRACIÓN DEL NIÑO QUE PADECE TDA-H A LAS ACTIVIDADES ESCOLARES DEL AULA.

Este capítulo se centra en abordar el papel del docente dentro del salón de clases con la intención de ofrecerle algunas estrategias de trabajo que faciliten su intervención al enfrentarse con niños que padecen TDA-H.

Se hace la aclaración de que estas estrategias deben ser flexibles a las necesidades individuales del niño, así como adaptarlas al grupo en el que se encuentra.

Dentro de éste apartado, se ha incluido un inciso que hace referencia a los padres de familia y/o a las personas encargadas del pequeño, quienes poseen una función determinante en su desarrollo.

Las estrategias propuestas se han elaborado con base en la información recopilada a lo largo de este trabajo y se pretende que con ellas se logre la integración oportuna y adecuada del alumno desde el inicio de la educación primaria.

4.1 Funciones del docente con el niño que padece TDA-H.

El ingreso a la escuela primaria resulta uno de los acontecimientos fundamentales en el desarrollo psicosocial del niño, que requiere la adaptación al ambiente nuevo y a las exigencias del sistema educativo. De igual manera, es en esta etapa donde muchas veces el niño que sufre este padecimiento empieza a encarar su fracaso de aprendizaje y el rechazo de sus compañeros; por tanto, los docentes juegan un papel preponderante, de inicio en la detección de cualquier anomalía y posteriormente colaborar en la integración del alumno.

Por la índole misma del trastorno, es en el salón de clases donde se manifiestan con mayor facilidad los dos grandes grupos de síntomas: aquellos

que afectan la conducta del niño y los que producen las dificultades del aprendizaje.

El tratamiento pedagógico del niño con TDA-H, debe dirigirse tanto a mejorar el progreso académico, como a disminuir la sintomatología conductual (dando preferencia a lo primero). Por este motivo, los docentes tendrán que dedicar un tiempo excesivo a su atención individual y a favorecer sus relaciones con los demás estudiantes. (Velasco,1990)

Todas las técnicas existentes para la enseñanza de estos niños son esencialmente iguales, aunque pueden diferir en cuanto a la duración y a la intensidad con que se aplican. (López, 2005).

Es conveniente precisar que los maestros encargados de la educación y atención de los niños con TDA-H no requieren estudios especializados para efectuar una labor eficaz, sin embargo, deben tener conocimiento de cómo identificar cuando están frente a un infante con trastorno por déficit de atención, de los otros padecimientos que se involucran con éste y de este modo determinar las causas que desencadenan el problema, pero sobre todo de la manera en cómo auxiliarlos.

Los docentes deben ser personas pacientes con los niños, que se den por satisfechos con adelantos relativamente pequeños; deben ser flexibles, capaces de aceptar lo excepcional tanto en los logros en la conducta como en el lenguaje; así como poseer un espíritu creador, capaz de mantener la actitud experimental y tentativa para saber si el niño está preparado o no para recibir cosas nuevas y sentirse lo suficientemente seguro para emprender una retirada rápida si los materiales de enseñanza resultan demasiado avanzados para el niño, sin hacerle sentir que ha fracasado. (López, 2005).

En apariencia, lo anterior parece difícil de lograr, pero hay que recordar que todo docente debe ser consciente de que a lo largo de su carrera no está exento de encontrarse con este tipo de niños y que el compromiso que asumió al elegir esta carrera, implica ser versátil e innovador de acuerdo a las circunstancias.

Asimismo, es importante considerar que el profesor también desempeña un rol afectivo, donde el alumno lo visualiza como una imagen de segundo padre, una nueva fuente de autoridad y un punto de referencia sobre su escala de valores, pero sobre todo un reflejo de su propia imagen.*

Por lo anterior, se resume que entre las funciones del educador a cargo de un niño con TDA-H se encuentran:

- Detectar a tiempo el padecimiento, teniendo como punto de referencia al resto del grupo.

- Entrar en contacto con los padres de familia o tutores con el objetivo de indagar si el comportamiento se observa en otros ambientes y así asesorarlos para canalizar al niño con los especialistas adecuados.

En este aspecto es importante resaltar que el docente debe asumir una actitud objetiva al informar a los padres su supuesto, pues en muchos casos se niegan a aceptar la posible existencia de un problema, o por el contrario tienden a culparse de ello y no se da una solución efectiva.

- Al confirmar el diagnóstico debe haber una interacción continua y permanente con los padres para atender al niño de acuerdo a las pautas marcadas por el médico o psicopedagogo y de este modo dar un tratamiento integral.

Este aspecto incluye informarles de los progresos del niño –por mínimos que sean- y sugerirles pautas de actuación común tanto en el colegio como en el hogar.

- Resulta adecuado que el maestro se ponga en contacto directo con el psicopedagogo, quien le asesorará sobre la mejor forma de conducir al pequeño.

- En caso de que el niño requiera tratamiento médico, el docente debe estar informado de éste y colaborar con el suministro de medicamentos,

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

así como observar si con ello se presentan o no mejoras en su conducta y en su grado de atención.

- Estar al tanto del grado de afectación del alumno, del nivel académico en que se encuentra y del nivel de atención que es capaz de lograr.
- Programar actividades –tanto individuales como grupales- que den solución a las áreas de aprendizaje con mayor dificultad , lo que implica adecuar el currículum a las exigencias y a las necesidades del niño en cuestión.
- Resaltar los aciertos y logros del niño como medio de mejora de la autoestima y estimulación para la integración al ambiente educativo.
- En caso de que no se cuente con la ayuda de un equipo especializado, el profesor puede implementar estrategias que mejoren la conducta en el aula, con base en su observación diaria, es decir, reforzar acciones que le han resultado benéficas o eliminar las que obstaculizan el trabajo del niño.*

4.2. Sugerencias para facilitar la labor del docente dentro del salón de clases.

La tarea de un educador a cargo de un niño que padece TDA-H debe ser sumamente versátil, pues no sólo debe enfocarse al alumno que sufre el trastorno, sino atender las demandas educativas del grupo en general, sin dejar de lado a ninguno.

En este apartado se hacen ciertas sugerencias para enfocar el trabajo en clase, sin embargo, es necesario recordar, que no se deben hacer diferencias notorias que descalifiquen al niño o lo discriminen del resto de sus compañeros. Dichas sugerencias deben adaptarse al grupo escolar en general.

* id. ORJALES

- Es necesario plantear normas dentro del salón que sirvan de base para modular el comportamiento del grupo en general y no sólo el del niño con TDA-H.
- Resaltar y premiar las conductas adecuadas con el fin de mantenerlas y que aparezcan por sí solas; así como retirar la atención ante comportamientos inadecuados para disminuirlos paulatinamente.
Conviene mencionar que no se pueden cambiar los malos hábitos y comportamientos al mismo tiempo, por lo que se debe comenzar por modificar los más sencillos.
- Elaborar un programa educativo individualizado que sirva de alternativa para registrar las mejoras y debilidades del alumno en cuestión.
- Evitar las situaciones que resulten difíciles de controlar por el niño con el fin de contrarrestar sentimientos de frustración, intolerancia y rechazo que propicien desórdenes conductuales.
- Evitar hacer comparaciones entre alumnos y/o poner como ejemplo a seguir a otros compañeros y a su vez no propiciar la competitividad entre ellos, pues esto sólo reduce la autoestima del alumno y obstaculiza su tratamiento.
- Tratar de ser lo más claros y precisos posible al dar las instrucciones de trabajo, sin esperar la ejecución perfecta de las mismas en el primer intento. Una buena manera de estimular su obediencia es presentar las indicaciones en forma de fichas o emplear recordatorios visuales.
- Cuando el alumno requiera una llamada de atención, el docente debe ser sumamente explícito, para que el chico pueda comprender cuál fue la falla en que incurrió, recordando que su comportamiento responde a impulsos que no puede controlar. Asimismo, es importante poner énfasis en el vocabulario y tono de voz empleados para no ofender y dañar la autoestima del menor.

- Emplear como parte de la dinámica cotidiana juegos que estimulen su atención y desarrollen su habilidad memorística. Muchos de ellos también servirán para fomentar la integración del niño al resto de sus compañeros. Algunos de ellos pueden ser: memorama, dominó, rompecabezas, imágenes donde tenga que encontrar diferencias o similitudes, adivinanzas, crucigramas, sopa de letras, etc.
Aquí cabe aclarar que las actividades se irán graduando conforme al progreso del niño, pues es indispensable ir incrementando los requerimientos, pero debe hacerse paulatinamente.
- Llevar una bitácora detallada de las actividades realizadas, como medio de control de los aciertos y fallos obtenidos, la cual debe ser enviada a los padres con frecuencia. Ésta debe incluir observaciones y sugerencias de trabajo en casa, para mantener los avances en todos los ambientes del niño.
- De vez en cuando es recomendable implementar actividades manuales que favorezcan la motricidad, la agudeza visual y auditiva, la imaginación y la autoestima, además de que creen un ambiente versátil dentro del salón de clases.
- Las actividades que se planeen deben ser relativamente cortas al principio, aumentando poco a poco su intensidad para mantener la atención por lapsos más duraderos.
- Mantenerlos ocupados la mayor parte del tiempo con actividades adicionales (sopa de letras, laberintos, etc.) para evitar que incurran en comportamientos inadecuados y motivar a los que trabajan más lento a apurarse.
- Brindar de vez en cuando al niño la posibilidad de que él elija cuándo trabajar solo o en equipo, de acuerdo a la actividad planteada. Esta medida evitará problemas de relación con sus compañeros.
- Situar al niño en un pupitre al alcance del docente, procurando que esté libre de distracciones.

- No se debe permitir el uso de útiles escolares con objetos animados, pues son factores de distracción constante.
- Adecuar las tareas a su capacidad de atención y tolerancia emocional.
- El docente debe ser un modelo de conducta reflexiva y de autocontrol. No se puede exigir algo que el docente no lleva a cabo, por eso es importante que sea paciente y no actúe de forma impulsiva cuando no logre los resultados que esperaba. Hay que recordar que el niño con TDA-H tiene un alto grado de inmadurez y dependencia emocional, motivo por el cual, el docente puede modelar paulatinamente actitudes reflexivas. (Orjales, 2002).

4.3. Sugerencias para la adecuación de premios y castigos dentro del aula.

Una manera efectiva de mantener las conductas de interés es el estímulo por medio de premios y castigos. A continuación se recomiendan algunas técnicas que propician su eficacia y evitan el caer en rigidez y monotonía durante su aplicación. Para ello, éstas deben ajustarse a cada pequeño y a las necesidades específicas.

4.3.1 Los premios.

Antes de enunciar los estímulos que se pueden emplear con niños con TDA-H, hay que aclarar que las recompensas materiales no son aconsejables por dos razones: la primera de ellas porque en general, los grupos escolares son numerosos y resultaría difícil para el docente sufragarlos; la segunda, es que por las características del niño, resultan más significativas las recompensas orales como una felicitación y/o el reconocimiento de su avance.

A continuación se mencionan los estímulos a utilizar, recomendados por Orjales Villar, 2002:

- Entre las gratificaciones más llamativas se encuentra la obtención de “privilegios” como: repartir los cuadernos, borrar el pizarrón, vigilar el orden del grupo, etc. que además de servir como incentivos, mantienen ocupado al pequeño y evitan que cometa interrupciones al trabajo de los demás.
- Establecer puntajes a los comportamientos deseados, que sirvan para obtener una calificación alta de conducta y que, además, le permitan al niño discriminar entre los comportamientos adecuados y los que no lo son.
- Registrar gráficamente el puntaje conductual obtenido al finalizar el día, en un esquema visible para todos.
- Reconocer públicamente los avances comportamentales del niño con palabras afectivas que incrementen su autoestima.
- Permitir que el pequeño sugiera actividades de trabajo cuando ha mostrado mejoras en las relaciones sociales.

4.3.2. Los castigos.

Al implementar una sanción dentro del salón de clases, es importante que el niño entienda el motivo de la misma, para que sea capaz de detectar acertadamente cuál fue su falta; de lo contrario ésta seguirá presentándose y el problema irá en aumento llegando, al grado de que el niño se muestre renuente a cumplir el castigo.

Además, es indispensable que el docente asuma una postura firme al comunicar el castigo, pero sin caer en el autoritarismo, así como que no ceda a omitirlo, pues los niños darán cuenta de que pueden ser ellos los que controlen la situación.

Una manera efectiva de mantener el control de los niños, es exponerles que las sanciones no son otorgadas por el profesor, sino hacerle ver que él mismo se las ha impuesto. Para esto, en primer lugar se tienen que establecer colectivamente cuáles son las normas dentro del aula y que el no respetarlas trae consigo una consecuencia.

De este modo se logrará que el alumno se haga responsable de su conducta y que no piense que “la maestra (o) lo reprobó o castigó”. Para esto se deben emplear palabras tales como: escoger, elegir o decidir, por ejemplo: “si decides interrumpir la clase, estarás eligiendo quedarte sin recreo”.

Esta dinámica puede emplearse también para otorgar premios, esto es: “si decides trabajar en silencio, estarás eligiendo poder jugar al terminar la actividad”.*

Otra estrategia relacionada con lo anterior, es mostrarle de una forma pacífica y sin amenazas que su conducta no está siendo agradable para los demás empleando frases como: “aquí no usamos los golpes para arreglar un problema, por favor elige hacer algo diferente”.

Precedentemente se ha mencionado que los niños que padecen TDA-H reaccionan mejor ante los estímulos verbales, siendo una buena alternativa retirar la atención del maestro ante las actitudes inadecuadas como: hablar cuando se le ha dado la palabra a otro compañero, levantarse constantemente de su lugar, etc. Esto ayudará a que el docente no pierda tiempo en llamadas de atención inútiles y reforzar los comportamientos que se desean. Por ejemplo, si la consigna es que no se acerque al escritorio hasta que haya concluido la actividad y el niño hace lo contrario, debe ignorársele y entenderá que tendrá la atención del maestro si cumple con lo solicitado.

4.4 El papel que juegan los compañeros de grupo con el niño que padece TDA-H.

Las características conductuales del niño que padece TDA-H, generalmente provocan sentimientos de rechazo, crítica y burla, por lo que es importante que como educadores logremos una integración grupal plena.

Para efectuar esta tarea, es necesario observar con frecuencia la dinámica grupal y discernir qué pequeños pueden auxiliarnos en esta labor.

* Véase Blanco, Margarita. “Manual para la evolución personal y académica del profesor”. OPUS MÁGNUM CAPACITACIÓN, México, 2006.

4.4.1 Definición de grupo.

Dado que los grupos poseen múltiples propiedades, resulta difícil formular una definición de grupo. De acuerdo con Brodbeck (citado por Cartwright y Zander, 1980, p. 60), un grupo es “la suma de individuos situados en ciertas relaciones observables entre sí, que dependerán del objetivo por el cual se relacionan”.

Cabe hacer la aclaración de que es mentira que cualquier integración arbitraria de personas constituyan un grupo, para que puedan calificarse como tal, deben relacionarse entre sí de un modo definido.

Pertenecer a un grupo implica la existencia de interrelaciones concretas y dinámicas entre las personas, considerando las diferencias y similitudes que existen entre ellos.

Los grupos fuertes y bien organizados, lejos de ser por completo homogéneos, contienen una variedad de diferentes subgrupos e individuos. Por lo tanto, un grupo puede definirse como un todo basado más bien en la interdependencia que en la similitud, es decir, es un conjunto de individuos cuyas relaciones mutuas hacen a éstas interdependientes en algún grado significativo. (Cartwright y Zander, 1990, p. 108).

4.4.2 Características de los grupos

Los grupos manifiestan gran variedad de propiedades. Se diferencian por el tamaño, por su duración, sus objetivos, sus actividades, su estructura interna, la importancia de sus miembros y sobre todo por su dinámica.

Dentro de los grupos se manifiestan diversas divisiones que dan lugar a subgrupos. Éstos dependen del grado de afinidad entre los miembros, sus gustos, sus necesidades y la empatía que desarrollan entre sí.

Existen diferentes tipos de grupo, sin embargo, para este trabajo nos enfocaremos a los grupos escolares, en los cuales es indispensable que exista “cohesividad” para lograr un aprendizaje efectivo en medio de un ambiente óptimo.

El concepto de cohesión se refiere al grado en que los miembros de un grupo desean permanecer en él, por lo que se preocupan por mantener su membresía.

La cohesión -atracción- contribuye a la potencia y vitalidad de un grupo. De acuerdo con Festinger (citado por Cartwright y Zander), la cohesión de grupo es “la resultante de todas las fuerzas que actúan sobre los miembros para permanecer en él”. (Cartwright y Zander, 1980, p.109). Estas fuerzas ejercen diversos efectos en el comportamiento y actitudes de los miembros.

La atracción de una persona hacia el grupo no sólo está determinada por las características de éste, sino por su opinión respecto a cómo tales características se relacionan con sus necesidades y valores. Asimismo, el sujeto evalúa las consecuencias deseables e indeseables que surgirán de pertenecer a él.

Por esta razón, es importante que el sujeto sienta que es capaz de asumir las metas del grupo y participar para llevarlas a cabo, lo que requiere la aceptación mutua entre todos.

Con todo lo anterior podemos apreciar que el grado de cohesión en un grupo escolar será crucial para el tratamiento de un niño que padece TDA-H, ya que en la mayoría de los casos sus compañeros tienden a excluirlos de las actividades por considerar que son incapaces para efectuarlas como se debe.

Una estrategia que puede facilitar el incremento de cohesión en estos pequeños es promover “coterapeutas de grupo”, que son niños que colaboran con el profesor para apoyar a otro en su trabajo individual. Para elegir correctamente a los coterapeutas es necesario observar la dinámica del grupo en general y seleccionar a aquellos niños que además de ser buenos académicamente, tengan empatía hacia el resto de sus compañeros, procurando que sean niños abiertos y con cierto grado de liderazgo e influencia que permita integrar al pequeño con TDA-H.

Para elegir a un coterapeuta el docente tiene que tener una visión objetiva y debe procurar no mencionar que es un patrón a seguir porque se ocasionarían comparaciones que a la larga resulten frustrantes y en vez de lograr una buena interacción se propiciarían rivalidades y fricciones. Esta tarea debe hacerse de

manera sutil para que el niño que nos auxilie lo haga sin crearse sentimientos de superioridad y su tarea sea efectiva.

Entre las ventajas que obtiene el docente al establecer coterapeutas están la adquisición de un control indirecto de comportamientos dentro del salón de clase, tener otras perspectivas de los acontecimientos cuando el docente no está presente, poseer un medio de reforzamiento académico y social que permita la integración del niño con TDA-H que le genere nuevas metas, etc.

Para elegir un coterapeuta es necesario que éste cuente con características tales como: que sea admirado o apreciado por el niño con TDA-H, que sea reflexivo, organizado y respetuoso; que tenga disposición a colaborar con los demás sin sentirse obligado por el maestro, que no quiera asumir una postura de jefe sino de orientador y que no deje de lado sus tareas por centrarse en auxiliarnos.

El papel del coterapeuta debe ser asignado a otra persona constantemente, lo que facilitará la interacción grupal; para efectuar este rol, podemos hacerlo por periodos de tiempo variables (semanal, quincenal, mensual) y no prolongados, o también se puede manejar por materia, pues como bien se sabe, los niños tienen diferentes habilidades y aptitudes; así, el detectar quién es más hábil para ciertas asignaturas tendrá buenos resultados sin caer en la monotonía para los niños.

:

4.5 El papel de los padres con relación al tratamiento del TAD-H.

Tener un niño con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es una de las cosas más difíciles para cualquier padre, porque por lo general sienten que ellos son los causantes del problema por no saber educar de forma correcta a su hijo. Asimismo, son personas que con frecuencia están malhumoradas y cansadas por las características conductuales que su hijo manifiesta, situación que empeora cuando el pequeño tiene hermanos, porque las necesidades y limitaciones de cada uno se hacen más notorias. Algunas veces se le destina mayor atención al

niño con TDA-H, lo que origina molestias en los demás hijos, al grado de llegar a confundirlos creyendo que atraerán la atención de los padres si se comportan mal.

Es por esta razón que los padres deben estar enterados de cómo interactuar con el niño que padece TDA-H, pues son ellos quienes representan la fuente máxima de seguridad, respeto, autoridad y protección.

Como se ha hecho mención, los padres de familia deben mantener un contacto directo y frecuente con todos los actores que intervienen en el tratamiento y apegarse a las sugerencias para mantener las mejoras logradas en otros ambientes como el escolar.

Los padres deben establecer ciertas normas que permitan llevar una mejor relación con el pequeño, dejando de lado los descalificativos, los gritos y las agresiones físicas, que sólo entorpecen cualquier acción. Opuesto a ello, deben aumentar su autoestima alabándolo y brindándole mayor atención cuando haga algo que se quiera reforzar.

Es necesario que entre las características básicas de la familia donde viven niños con TDA-H se cuente con normas claras y bien definidas respecto a la rutina diaria y el horario de las diversas actividades, procurando que éstas sean lo más precisas posible. También debe existir un ambiente adaptado y organizado que considere a todos los miembros del núcleo familiar y que la familia reconozca el esfuerzo realizado por el niño con TDA-H.

Asimismo, es importante ayudar al menor a socializar y estar con otros niños para que no se aisle, también identificar actividades físicas que pueda disfrutar y donde no sean evidentes sus diferencias con los demás niños.

Otro aspecto fundamental por parte de los padres es que asistan con el niño a las terapias para que puedan comprenderlo y sean pacientes, así como brindarle los cuidados y protección necesarios, sin lastimarlo o perjudicarlo tanto física como anímicamente.

A continuación se puntualizan de manera más clara las acciones que deben realizar los padres de familia con el niño con TDA-H:

- Aumentar la autoestima del niño evitándole fracasos recurrentes; esto se hace apoyándolo en la realización de tareas que estén por debajo de su capacidad, de manera que pueda hacerlas bien; paulatinamente se irá aumentando la exigencia conforme a las mejoras obtenidas.
- Reconocer de inmediato sus logros en forma verbal y no verbal; es decir conceder recompensas.
- Utilizar libremente claves de asociación* para sostener el interés y mejorar la retención de la memoria.
- Renovar las estrategias de trabajo de acuerdo con los problemas, habilidades y avances del niño.
- Capturar su interés y mejorar su motivación mediante el uso controlado y creativo de la novedad y la sorpresa.
- Evitar saturarlo de información. Es más efectiva una enseñanza corta pero repetida.
- Utilizar ayudas audiovisuales, pues mejoran la asociación sensorial y la comprensión.
- Observar y anotar el patrón si se presenta un nuevo comportamiento para entender mejor la manera cómo funciona.
- Permanecer en contacto estrecho y permanente con los docentes, psicólogos, médicos y especialistas encargados del pequeño, mediante reportes regulares, visitas y llamadas telefónicas constantes.
- Informar a los demás miembros de la familia que viven con él - hermanos principalmente- del padecimiento, haciéndolo en términos coloquiales que faciliten la aceptación y cuidados del niño. Esto ayudará a reprimir sentimientos de rechazo, celos y envidia.

* Se entiende por claves de asociación a los ejemplos que utiliza el docente para relacionar los contenidos de la clase con aspectos relacionados a la vida cotidiana del alumno, para que éste retenga la información y se interese en ella, con la finalidad de que le sea significativa.

4.6. El papel que juegan las instituciones.

En México, las instituciones especializadas para atender el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad son escasas en comparación con el porcentaje de niños que lo padecen, por lo que su papel resulta preponderante.

De acuerdo a los recursos con los que cuenta cada una, es el tipo de ayuda que ofrecen, pero en general los objetivos de todas son los siguientes:

- Detección precoz del trastorno, ya que con esto aumentan considerablemente las posibilidades de un tratamiento exitoso y la integración escolar y social del niño, disminuyendo así los problemas de aprendizaje que se relacionan con el TDA-H, así como problemas familiares y sociales.
- Orientación a los padres sobre el manejo y cuidados a seguir con el pequeño, relacionada con las terapias psicológicas con la pareja, con el niño y en familia. Esto ayuda a lograr una mejor interacción familiar, lo que se refleja en todas las esferas de desarrollo del infante.
- Orientación a profesionales de la enseñanza, con el fin de poder contar con personal calificado que informe y evalúe el grado de mejora del alumno, que indique cuáles son las áreas de dificultad sobre las que hay que trabajar más y que observe cuáles son las estrategias que han resultado más estimulantes para el pequeño.
- Difusión de la existencia del problema para concientizar a la población de las causas, características y formas de tratamiento del padecimiento, evitando así la marginación y exclusión de los niños con TDA-H.

En la gran mayoría de las instituciones se considera importante ayudar al niño a alcanzar su madurez física y mental y aunque conocen y emplean los distintos fármacos que se sirven para tratar este trastorno, no omiten el tratamiento psicoterapéutico.

En este último capítulo se abordó el papel que juegan los docentes y padres de familia en la detección y tratamiento del problema, quienes están sumamente relacionados entre sí.

Como se pudo advertir, es necesario tener contacto permanente y directo entre los padres de familia y los especialistas para obtener mejoras recurrentes en todos los ambientes y aspectos de desarrollo de los niños con este trastorno.

Se presentaron algunas estrategias de trabajo escolar que tienen como finalidad la integración del niño con TDA-H a las actividades habituales dentro del salón de clases, así como corregir conductas inapropiadas a causa del padecimiento, lo que puede conducir a un comportamiento adecuado dentro y fuera del aula.

Se mencionó la importancia de los compañeros de grupo y se describieron algunos beneficios que el docente obtiene al apoyarse en ellos, enfatizando que los grupos son entendidos como entidades sociales en constante cambio, que se caracterizan por estar unidos con un mismo fin. En los grupos escolares, una de los propósitos es obtener conocimientos académicos, sociales y culturales que les permitan adaptarse e integrarse a la sociedad a la que pertenecen. (Cartwright y Zander, 1980, p. 68).

A continuación se presenta un listado de algunas instituciones públicas/privadas (según corresponda) que atienden el TDA-H en el D.F. Las siglas GADAH significan Grupo de Apoyo al Déficit de Atención e Hiperactividad.

Listado de instituciones que atienden el TDA-H

GADAH: 5 DE MAYO	
Contacto	MARTHA CARVAJAL NIEVES
Teléfono	55 57 03 71
E-mail	gadah_5demayo@proyectodah.org
Día Sesión	VIERNES 08:00 - 10:00 HRS.
Dirección	LAGO ZURICH ESQ. LAGO GINEBRA S/N COL. 5 DE MAYO EN LA ESCUELA PRIMARIA LUIS CASTILLO LEDON DEL. MIGUEL HIDALGO, D.F. CP 11470
GADAH: APAC	
Contacto	MARIA ANGELICA NUÑEZ, ANGELICA ORTEGA
Teléfono	56 15 89 61, 57 95 54 08
E-mail	gadah_apac@proyectodah.org
Día Sesión	MARTES 10:00 - 12:00 HRS.
Dirección	DR. ZARRAGA #31 COL. DOCTORES SECCION ESCUELA PARA PADRES 4º PISO (ARTES Y OFICIOS) DEL. CUAUHEMOC, D.F. CP 06720
GADAH: ARAGÓN	
Contacto	MARTHA VAZQUEZ MARTINEZ, ENRIQUE NUÑEZ JIMENEZ
Teléfono	54 28 92 31, 57 96 69 28
E-mail	gadah_aragon@proyectodah.org
Día Sesión	VIERNES 16:00 - 18:00 HRS.
Dirección	SEGUNDA CERRADA #633 COL. SAN JUAN DE ARAGON EN LA SECUNDARIA 272 A UN LADO DEL SALON ROJO

	DEL. GUSTAVO A. MADERO, D.F. CP 07969
GADAH: BARRANCA DEL MUERTO	
Contacto	ADRIANA RODRIGUEZ, MARTHA RIVERA
Teléfono	56 80 00 42, 04455 18 10 34 55, 58 10 32 10
E-mail	gadah_barrancadelmuerto@proyectodah.org
Día Sesión	MIERCOLES 8:00 - 10:00 HRS
Dirección	FELIPE VILLANUEVA no. 18 COL. GUADALUPE INN EN LA PRIMARIA GUADALUPE VICTORIA
	DEL. ALVARO OBREGÓN, D.F. CP 01020
GADAH: BENITO JUAREZ 1	
Contacto	DR. GUILLERMO CASTELLANO
Teléfono	53 12 75 20
E-mail	gadah_benitojuarez1@proyectodah.org
Día Sesión	MIERCOLES 10:00 - 12:00 HRS.
Dirección	BIBLIOTECA DEPORTIVO LA PUNTA COL. ALFREDO DEL MAZO GRUPO ADJUNTO AL CENTRO DE SALUD BENITO JUAREZ
	NAUCALPAN, EDO. MEX. CP
GADAH: BENITO JUAREZ 2	
Contacto	DR. GUILLERMO CASTELLANO
Teléfono	53 12 75 20
E-mail	gadah_benitojuarez2@proyectodah.org
Día Sesión	MIERCOLES 10:00 - 12:00 HRS.
Dirección	BIBLIOTECA DEPORTIVO LA PUNTA COL. ALFREDO DEL MAZO GRUPO ADJUNTO AL CENTRO DE SALUD BENITO JUAREZ

	NAUCALPAN, EDO. MEX.
GADAH: BENITO JUAREZ 3	
Contacto	DR. GUILLERMO CASTELLANO
Teléfono	53 12 75 20
E-mail	gadah_benitojuarez3@proyectodah.org
Día Sesión	MIERCOLES 10:00 - 12:00 HRS.
Dirección	BIBLIOTECA DEPORTIVO LA PUNTA COL. ALFREDO DEL MAZO GRUPO ADJUNTO AL CENTRO DE SALUD BENITO JUAREZ NAUCALPAN, EDO. MEX.
GADAH: BENITO JUAREZ 4	
Contacto	DR. GUILLERMO CASTELLANO
Teléfono	53 12 75 20
E-mail	gadah_benitojuarez4@proyectodah.org
Día Sesión	MIERCOLES 10:00 - 12:00 HRS.
Dirección	BIBLIOTECA DEPORTIVO LA PUNTA COL. ALFREDO DEL MAZO GRUPO ADJUNTO AL CENTRO DE SALUD BENITO JUAREZ NAUCALPAN, EDO. MEX.
GADAH: BENITO JUAREZ 5	
Contacto	DR. GUILLERMO CASTELLANO
Teléfono	53 12 75 20
E-mail	gadah_benitojuarez5@proyectodah.org

Día Sesión	MIERCOLES 10:00 - 12:00 HRS.
Dirección	BIBLIOTECA DEPORTIVO LA PUNTA COL. ALFREDO DEL MAZO GRUPO ADJUNTO AL CENTRO DE SALUD BENITO JUAREZ
	NAUCALPAN, EDO. MEX.
GADAH: CTM CULHUACÁN	
Contacto	EVANGELINA GUEVARA C.
Teléfono	56 08 24 85
E-mail	gadah_ctmculhuacan@proyectodah.org
Día Sesión	JUEVES 8:30 - 10:30 HRS.
Dirección	CALLE ROSARIO CASTELLANOS Y ELVIRA VARGAS S/N COL. CTM CULHUACAN SEC. 4 ESC. PRIMARIA EPIGMENTIA ARRIAGA
	DEL. IZTAPALAPA, D.F. CP 04480
GADAH: GUERRERO	
Contacto	BLANCA ESTELA LOPEZ
Teléfono	55 97 30 48
E-mail	gadah_guerrero@proyectodah.org
Día Sesión	MARTES 7:00 - 8:30 HRS.
Dirección	CALLE DE ESTRELLA NO. 27, COL. GUERRERO, ESC. SECUNDARIA TÉCNICA NO. 23 DR. MARIANO VÁZQUEZ. DEL. CUAUHTÉMOC, D. F., C. P. 06300

GADAH: HUICHAPAN 1	
Contacto	AMADA FELIX TANIYAMA, BLANCA ESTELA RUBIO
Teléfono	(01761) 782 15 08, (01761) 782 0571
E-mail	gadah_huichapan1@proyectodah.org
Día Sesión	VIERNES 17:00 - 19:00 HRS.
Dirección	PATONI #42 COL. LA CAMPANA ESCUELA DON BOSCO PREGUNTAR NUMERO DE SALON
	HUICHAPAN, Hidalgo CP 42400
GADAH: HUIPULCO	
Contacto	ROXANA BRUZZO, ENRIQUETA PENILLA
Teléfono	55 13 16 02, 55 73 00 16
E-mail	gadah_huipulco@proyectodah.org
Día Sesión	VIERNES 18:00 - 20:00 HRS.
Dirección	IGLESIA SAN AGUSTIN DE LAS CUEVAS COL. TLALPAN A UN LADO DE LAS OFICINAS SALON 2 O 3
	DEL. TLALPAN, D.F. CP 14090
GADAH: IDENAP	
Contacto	
Teléfono	
E-mail	gadah_idenap@proyectodah.org
Día Sesión	MARTES 8:15 - 10:15 HRS.

Dirección	CARRETERA MEXICO - QUERETARO N° 1905 COL. SANTA MÓNICA AULA MAGNA DEL IDENAP
	TLALNEPANTLA, EDO. MEX. CP 54050
GADAH: INICIO	
Contacto	MARICELA LOPEZ (CALL CENTER FUNDACION)
Teléfono	53 39 50 65
E-mail	gadah_inicio@proyectodah.org
Día Sesión	SABADOS 9:00 - 11:00
Dirección	TORRESCO #6 ESQUINA PROGRESO COL. BARRIO DE SANTA CATARINA SE SESIONA EN LAS INSTALACIONES DE LA FUNDACION
	DEL. COYOACÁN, D.F. CP 04010
GADAH: IZTAPALAPA	
Contacto	JUAN RIGOBERTO AGUILAR
Teléfono	57 44 17 13
E-mail	gadah_iztapalapa@proyectodah.org
Día Sesión	SABADOS 10:00 - 12:00 HRS.
Dirección	AV. CARLOS HANK GONZALEZ MZ. 4 LOTE 3 COL. 2° AMPLIACION SANTIAGO ACUHUALTEPEC A UNA CALLE DE LAS OFICINAS DEL IFE
	DEL. IZTAPALAPA, D.F. CP 09606

GADAH: JUANA DE ASBAJE	
Contacto	IVETTE RIVERA LEYVA
Teléfono	55 73 06 49
E-mail	gadah_juanadeasbaje@proyectodah.org
Día Sesión	JUEVES 9:30 - 11:30 HRS.
Dirección	INSURGENTES SUR #4411 EDIF. 19 DEPTO. 4 CONDOMINIOS RIS COL. TLALCOLIGIA JOYA PASANDO LA UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL DEL. TLALPAN, D.F. CP 14430
GADAH: LANCASTER AZCAPOTZALCO	
Contacto	CARLOS ALBERTO LARA, MIREYA PEREDO R.
Teléfono	53 53 29 97, 53 93 03 14
E-mail	gadah_lancasterazc@proyectodah.org
Día Sesión	MARTES 8:00 - 10:00 HRS.
Dirección	HACIENDA LA ESCOLASTICA #66 COL. AMPLIACION PROVIDENCIA ESCUELA LANCASTER DEL. AZCAPOTZALCO, D.F. CP 02440
GADAH: LINDAVISTA	
Contacto	
Teléfono	
E-mail	gadah_lindavista@proyectodah.org
Día Sesión	LUNES 14:00 - 16:00 HRS.

Dirección	AV POLITECNICO NACIONAL ESQ CON TICOMAN COL. LINDAVISTA ALA VUELTA DE LA TIENDA DEL SNTE
	DEL. GUSTAVO A. MADERO, D.F. CP 07300
GADAH: MISTERIOS	
Contacto	ARACELI LEAL AGUIRRE, PATRICIA FLORES GARCIA
Teléfono	55 17 48 03, 55 17 73 95
E-mail	gadah_misterios@proyectodah.org
Día Sesión	VIERNES 9:00 - 11:00 HRS.
Dirección	CARUSO Y CLAVE S/N COL. VALLEJO EN LA BIBLIOTECA DE LA ESCUELA PRIMARIA PRENSA PEMEX
	DEL. GUSTAVO A. MADERO, D.F. CP 07870
GADAH: NAUCALPAN CENTRO	
Contacto	XOCHITL GONZALEZ
Teléfono	53 58 64 11, 04455 20 85 31 85
E-mail	gadah_naucalpancentro@proyectodah.org
Día Sesión	SABADOS 10:00 - 12:00 HRS.
Dirección	ADOLFO LOPEZ MATEOS #1 COL. NAUCALPAN DE JUAREZ CENTRO EN LAS OFICINAS CENTRALES DEL DIF
	NAUCALPAN, EDO. MEX. CP 53000

GADAH: NEZAHUALCOYOTL	
Contacto	DIOZINANZIN GOMEZ J.
Teléfono	55 81 89 16
E-mail	gadah_nezahualcoyotl@proyectodah.org
Día Sesión	MARTES 8:00 - 10:00 HRS.
Dirección	AV. 8 ESQ. LAZARO CARDENAS COL. NUEVA SANTA MARTHA NEZA EN LA SECUNDARIA NO 70 EN LA OFICINA DE TRABAJO SOCIAL NEZAHUALCOYOTL, EDO. MEX. CP 57900
GADAH: PRADO VALLEJO	
Contacto	MA. ANTONIETA GARCIA, ROSALINDA PELTZ
Teléfono	53 69 66 63, 04455 14 83 28 84
E-mail	gadah_pradovallejo@proyectodah.org
Día Sesión	VIERNES 17:00 - 19:00 HRS.
Dirección	PRIVADA TROJE EDIF. 4 CASA NO. 101 COL. EX HACIENDA DE ENMEDIO TLALNEPANTLA, EDO. MEX. CP 54172
GADAH: TAXQUEÑA	
Contacto	MIREYA GONZALEZ, FABIOLA MARTINEZ J.
Teléfono	04455 29 89 28 30, 56 07 37 60
E-mail	gadah_taxqueña@proyectodah.org
Día Sesión	VIERNES 17:00 - 19:00 HRS.
Dirección	SANTA CRUZ ATOYAC #100 COL. EJIDOS DE CULHUACAN ENTRE NAVAL MILITAR Y CALLE DE SAN LORENZO

GADAH: TICOMAN	
Contacto	
Teléfono	
E-mail	gadah_ticomán@proyectodah.org
Día Sesión	JUEVES 14:15 - 15:15 HRS.
Dirección	AV TICOMAN S/N, PASANDO LA CALLE SAN MARCOS COL. SANTA MARIA TICOMAN EN LA PRIMARIA RABINDRANATH TAGORE TEL 55869382
	DEL. GUSTAVO A. MADERO, D.F. CP 07330
GADAH: TLALCOLIGIA AMANDA	
Contacto	LAURA ELIZABETH ALARCON, ISABEL ESTELA RIVAS MIRANDA
Teléfono	55 73 56 72, 56 66 51 19
E-mail	gadah_tlalcoligia@proyectodah.org
Día Sesión	MARTES 8:00 - 9:30 HRS.
Dirección	MONTE ELBRUZ Y FUJIYAMA S/N COL. VOLCANES ESCUELA PRIMARIA AMANDA PALAFOX Y BAZ
	DEL. TLALPAN, D.F. CP 14430
GADAH: TLALCOLIGIA HEROES	
Contacto	LAURA ELIZABETH ALARCON, ISABEL ESTELA RIVAS MIRANDA
Teléfono	55 73 56 72, 56 66 51 19
E-mail	gadah_tlalcoligia@proyectodah.org
Día Sesión	TERCER MIERCOLES DEL MES 8:00 - 9:30 HRS.
Dirección	TEPEHUANOS Y OTOMIES S/N COL. TLALCOLIGIA EX DIRECCION DE LA ESCUELA HEROES DE CHAPULTEPEC

GADAH: TLALCOLIGIA OCHOTORENA	
Contacto	LAURA ELIZABETH ALARCON, ISABEL ESTELA RIVAS MIRANDA
Teléfono	55 73 56 72, 56 66 51 19
E-mail	gadah_tlalcoligia@proyectodah.org
Día Sesión	JUEVES DE CADA QUINCENA 8:00 - 9:30 HRS.
Dirección	CRISTOBAL COLON 8 COL. CHIMALCOYOTL ESCUELA PRIMARIA ISAAC OCHOTORENA DEL. TLALPAN, D.F. CP 14430
GADAH: TULTITLAN	
Contacto	MA. DEL ROSARIO NAVA SERRANO
Teléfono	58 90 03 14
E-mail	gadah_tultitlan@proyectodah.org
Día Sesión	MARTES 9:00 - 11:00 HRS
Dirección	CONJUNTO CASAS GEO COL. VILLA ESMERALDA EN EL KINDER QUE ESTA DENTRO DE ESTE COMPLEJO HABITACIONAL, POR LA CENTRAL DE ABASTOS TULTITLAN TULTITLAN , EDO. MEX. CP 54910
GADAH: VILLA COAPA	
Contacto	CECILIA GONZALEZ, RUTH NAVA BENITEZ
Teléfono	55 94 70 58, 56 71 39 20
E-mail	gadah_villacoapa@proyectodah.org
Día Sesión	VIERNES 19:00 - 21:00 HRS.
Dirección	TENORIOS 25 COL. RESIDENCIAL VILLACOAPA EN LAS OFICINAS DE LA IGLESIA SANTISIMA TRINIDAD

	DEL. TLALPAN, D.F. CP 14390
GADAH: XOCHIMILCO	
Contacto	NORA TAIDE SANTIAGO, PATRICIA CURIEL BARRERA
Teléfono	56 76 14 73, 56 75 52 05
E-mail	gadah_xochimilco@proyectodah.org
Día Sesión	JUEVES 8:00 - 10:00 HRS.
Dirección	AV. MEXICO Y 18 DE MARZO S/N COL. TIERRA NUEVA EN EL MODULO COMUNITARIO HUICHAPAN KOSAMALOT
	DEL. XOCHIMILCO, D.F. CP

CONCLUSIONES

Dentro de este trabajo se incluyó un capítulo destinado a abordar diferentes teorías del desarrollo humano, con la finalidad de apreciar las características físicas, motoras e intelectuales que debe poseer un niño de seis años (edad que nos ocupa en esta tesina) y ver de qué modo se ven afectadas al presentar el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

También se describió el devenir histórico de las investigaciones relacionadas con dicho trastorno y se identificaron sus posibles causas y las características que presenta el sujeto afectado. Así se determinó que los síntomas deben manifestarse en un periodo mínimo de seis meses y estar presentes en más de uno de los ambientes en los que el niño interactúa, descartando con ello que los desórdenes conductuales puedan ser ocasionados por algún problema familiar, ya sea de violencia, socioeconómico o de duelo -como la pérdida de un ser querido- o alguna situación como el divorcio de los padres.

También se realizó una entrevista con un especialista de una institución encargada de atender el TDA-H y auxiliar a niños que lo padecen, con el objetivo de comparar la información obtenida en diversas bibliografías y la experiencia práctica del médico para comparar qué tan aproximadas eran mis impresiones y conocimientos previos.

Finalmente, este trabajo de investigación se centró en presentar una propuesta de trabajo con niños que, al iniciar la educación primaria presentan este trastorno. Para ello se mencionó el papel que tienen los padres de familia, los docentes, la escuela y los compañeros de grupo, a fin de establecer diversas formas de trabajo que permitan una óptima integración del menor y lograr mejoras académicas que repercutan a lo largo de la vida escolar del niño, considerando todos los aspectos mencionados en los capítulos anteriores. Asimismo, se incluyeron algunas instituciones que atienden el padecimiento y sus objetivos principales.

Por todo lo anterior se concluye que el TDA-H es un trastorno que se ha investigado desde hace poco más de un siglo y sin embargo, para muchos es algo

nuevo y desconocido que causa gran polémica, ya que en el presente aún se desconocen las causas específicas que lo originan y no hay pruebas palpables e irrefutables que fundamenten con sumo detalle la explicación de este trastorno.

De acuerdo con la información recabada a lo largo de esta investigación, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es un padecimiento que se ha ido acrecentando considerablemente dentro de la población infantil, por lo que es importante que la comunidad en general esté informada de las características del mismo, para detectar oportunamente a quienes lo padecen y proporcionarles el tratamiento adecuado.

Para establecer el diagnóstico es indispensable acudir con los especialistas pertinentes, tratando de evitar confusiones con los niños inquietos como suele ocurrir y en caso de que dicha sospecha resulte confirmada, debe proporcionarse la atención y cuidados necesarios desde una edad temprana, ya que las conductas que se adquieren en las primeras etapas son determinantes en el futuro para lograr un buen desempeño emocional, social y laboral.

Existen diversas pruebas que descartan un TDA-H o determinan su presencia, y para que sea efectivo el diagnóstico es recomendable que se efectúe de manera multidisciplinaria.

El TDA-H afecta el desarrollo integral del niño, pues al ser un padecimiento conductual propicia el enfrentamiento de los infantes que lo padecen con las personas con las que se relaciona. Posee características peculiares que a su vez pueden acompañarse de otros problemas que repercuten en el aprendizaje. Es por esta razón que el papel de los docentes resulta crucial para su tratamiento, sobre todo cuando nos enfrentamos a niños de escasos recursos, cuyos padres no tienen posibilidad de acudir a otro tipo de terapias y que a su vez no cuentan con medios de información sobre cómo ayudar al pequeño.

Se ha puesto especial énfasis en evitar la exclusión de los niños que padecen TDA-H, pues muchas veces por no tener la información precisa el niño es expuesto a numerosas sanciones, represiones y aislamiento, que lo único que

hacen es nulificar la autoestima del alumno y generar en él sentimientos de frustración que repercuten en su personalidad.

De ahí la importancia de que las personas a cargo de grupos escolares conozcan las particularidades del trastorno y las diferentes alternativas para sacarlo adelante. La información se centra básicamente en que el docente sea capaz de identificar las características de un alumno que posee TDA-H y que maneje algunas estrategias de trabajo que faciliten su actuación. Todas estas estrategias deben adecuarse a las necesidades y características tanto del niño en cuestión, como del grupo de trabajo. De este modo, el profesor puede planear el trabajo específico a realizar con el pequeño y dar un mejor seguimiento al comportamiento de éste.

Cabe señalar que dentro de las funciones del pedagogo se encuentra el crear espacios de innovación en la práctica docente, que favorezcan la adquisición de habilidades, aptitudes y conocimientos, por lo tanto uno de los retos más importantes dentro de nuestra preparación –que debe ser continua y permanente– es estar conciente de que la población, sobre todo la infantil, genera diferentes necesidades por el hecho de desenvolverse en una sociedad en continuo cambio y que es nuestra obligación estar capacitados para atenderlas oportunamente, así como difundir las formas de hacerlo. En este caso nos referimos al TDA-H, que es un tema del cual queda mucho por discernir y del cual los docentes, quienes trabajan directamente con los niños presentan carencias y limitaciones acerca de él, por lo que esto entorpece y obstaculiza su labor diaria.

Por esta razón, no se puede decir que esta investigación ha quedado plenamente concluida, aun quedan ciertos vacíos que conforme a la experiencia práctica deben llenarse, sin embargo, con su elaboración se da una pauta de actuación que puede seguir siendo perfeccionada.

ANEXOS

Sigmund Freud (1856-1939)

Sigismund Schlomo Freud mejor conocido como Sigmund Freud, nació el 6 de mayo de 1856 en Freiberg y murió el 23 de septiembre de 1939 en Londres, fue un médico, neurólogo y librepensador austríaco, creador del psicoanálisis.

Comenzó su carrera interesándose por la hipnosis y su uso para tratar a enfermos mentales. Más tarde, aunque mantuvo en la terapia varios aspectos de esta técnica, reemplazó la hipnosis por la asociación libre y el análisis de los sueños, para desarrollar lo que, actualmente, se conoce como «la cura del habla». Todo esto se convirtió en punto de partida del psicoanálisis.

Freud se interesó especialmente en lo que entonces se llamaba histeria (hoy en día trastorno de conversión según el DSM-IV) y en la neurosis (actualmente esta clasificación fue descartada por la psiquiatría y aparece en la nosología psicoanalítica reclasificada bajo distintas denominaciones: afecciones psicósomáticas, neurosis y psicosis).

Las teorías de Sigmund Freud y el tratamiento que daba a sus pacientes causaron un gran revuelo en la Viena del s. XIX y el debate sobre las mismas continúa en la época actual. Sus ideas son a menudo discutidas y criticadas y muchos consideran su obra como perteneciente al campo del pensamiento y de la cultura, en general. Además, existe un amplio debate sobre si el psicoanálisis y los tratamientos asociados a él pertenecen al ámbito de la ciencia.

La división de opiniones sobre Freud se puede resumir de este modo: por un lado, sus seguidores más convencidos le consideran un gran científico de la medicina que descubrió importantes verdades sobre la psicología humana y por otro, sus críticos lo ven como un filósofo que replanteó la naturaleza humana.



Erik Erikson (1902-1994)

Erik Erikson nació en Frankfurt, Alemania el 15 de junio de 1902. Cuando cumplió 25 años de edad, un amigo suyo, Peter Blos (artista y más tarde psicoanalista), le sugirió que se aplicara para una plaza de maestro en una escuela experimental para estudiantes americanos, donde además de enseñar arte, logró un certificado en educación Montessori y otro de la Sociedad Psicoanalítica de Viena.

En el momento en que los nazis toman el poder, abandona Viena y se dirige primero a Copenhague y luego a Boston, lugar donde Erikson aceptó un puesto de trabajo en la Escuela de Medicina de Harvard y practicó psicoanálisis de niños, en su consulta privada. En este tiempo, logró alternarse con psicólogos de la talla de Henry Murray y Kurt Lewin, así como los antropólogos Ruth Benedict, Margaret Mead y Gregory Bateson, sin embargo su influencia máxima fue Sigmund Freud.

En 1950 escribió "Childhood and Society", libro que contenía artículos de sus estudios de las tribus americanas, un análisis de Máximo Gorky y Adolfo Hitler, así como una discusión de la "personalidad americana y las bases argumentales de su versión sobre la teoría freudiana. Estos temas (la influencia de la cultura sobre la personalidad y el análisis de figuras históricas) se repitieron en otros trabajos, uno de los cuales, La Verdad de Ghandi, obtuvo el premio Pulitzer y el Premio Nacional del Libro.



JEAN PIAGET (1896-1980)

Jean Piaget nació el 9 de agosto de 1896 en Neuchatel y murió el 16 de septiembre de 1980, en Ginebra. Es el hijo mayor de Arthur Piaget, profesor de literatura medieval y de Rebecca Jackson.

Cuando egresa de la escuela secundaria se inscribe en la Facultad de Ciencias de la Universidad de Neuchatel; en donde obtiene un doctorado en Ciencias Naturales. Durante este período publica dos libros cuyo contenido es filosófico y que, aunque el autor los describirá más tarde como escritos de adolescencia, serán determinantes en la evolución de su pensamiento.

Después de haber pasado un semestre en Zurich, donde se inicia en el psicoanálisis, va a trabajar durante un año a París, en el laboratorio de Alfred Binet. Allí estudia problemas relacionados con el desarrollo de la inteligencia.

Piaget ejerció sucesivamente los cargos de profesor de Psicología, de Sociología y de Filosofía de las ciencias en la Universidad de Neuchatel (1925 a 1929); de profesor de historia del pensamiento científico, en la Universidad de Ginebra de 1929 a 1939; de director de la Oficina Internacional de Educación de 1929 a 1967; de profesor de Psicología y de Sociología en la Universidad de Lausanne, de 1938 a 1951; de profesor de Sociología en la Universidad de Ginebra de 1939 a 1952 y luego de Psicología experimental, de 1940 a 1971. Fue el único profesor suizo que se invitó para enseñar en la Sorbonne, de 1952 a 1963.

En 1955, Piaget creó el Centro Internacional de Epistemología Genética que dirigió hasta su muerte. Sus trabajos de Psicología genética y de Epistemología buscaban una respuesta a la pregunta fundamental de la construcción del conocimiento. Las distintas investigaciones llevadas a cabo en el dominio del

pensamiento infantil, le permitieron poner en evidencia que la lógica del niño no solamente se construye progresivamente siguiendo sus propias leyes, sino que además se desarrolla a lo largo de la vida, pasando por distintas etapas antes de alcanzar el nivel adulto.

La contribución esencial de Piaget al conocimiento fue de haber demostrado que el niño tiene maneras de pensar específicas que lo diferencian del adulto. Jean Piaget obtuvo más de treinta doctorados de distintas Universidades del mundo y numerosos premios.



LEV VIGOTSKY

(1896-1934)

Lev Semenovich Vigotsky, nació en Rusia en el año 1896. Sus ideales eran meramente marxistas, pero propugnaba el pensamiento revisionista. En el campo de la preparación intelectual, cursó las materias de psicología, filosofía y literatura. Obtuvo el título en leyes en la Universidad de Moscú, en el año 1917.

Hacia el año de 1924, en el marco del Segundo Congreso de Psiconeurología en Leningrado, pronunció un discurso en el que expresa su teoría, donde manifiesta que sólo los seres humanos poseen la capacidad de transformar el medio para sus propios fines. Esta capacidad, los distingue de otras formas inferiores de vida. Dicho discurso causó tal impresión y aceptación que es invitado a unirse al prestigioso Instituto de Psicología de Moscú.

Escribió bastante sobre la mediación social en el aprendizaje y la función de la conciencia. Parte de estos escritos fueron publicados durante su breve existencia, sin embargo, tuvieron mayor auge después de su muerte, debido a que algunos de sus escritos eran contrarios a las opiniones de Stalin.

Falleció en el año 1934, a causa de una enfermedad llamada tuberculosis. No obstante, en los últimos veinte años, ha aumentado la circulación y las traducciones de los textos de Vigotsky, los cuales han tenido un profundo impacto en los campos de la educación, lingüística y la pedagogía.



BIBLIOGRAFÍA.

- Benavides Tijerina de Adame, Greta. El niño con déficit de atención e hiperactividad: guía para padres. México, ed. Trillas, 2001.
- Berger, Kathleen. Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia. Buenos Aires, ed. Médica Panamericana, 6ª. edición, 2004.
- Blanco, Margarita. Manual para la evolución personal y académica del profesor. México, Opus Magnum Capacitación, 2006.
- Carrales Cuellar, María. Características de las familias marginales y su repercusión en el desarrollo cognitivo de los niños. Un campo de acción para el pedagogo. Universidad Pedagógica Nacional, 1997.
- Cartwright y Zander. Dinámica de grupos. México, ed. Trillas, 1980.
- Gratch, Luis Oscar. El trastorno por déficit de atención. ADD-ADDHD. Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, adolescencia y adultez. Madrid, ed. Médica Panamericana, 2000.
- Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado y Baptista Lucio. Metodología de la investigación. México, ed. Mc Graw Hill, 2003.
- Jones, Maggie. Cómo identificar y ayudar a niños hiperactivos. México, ed. Selector, 2000.
- López Arroyo, María. Acción educativa entre los padres y maestros con niños que presentan trastornos por déficit de atención con hiperactividad. UNAM, 2005.
- Moyano Walker, José Ma. (comp.) ADHD. ¿Enfermos o singulares?. Una Mirada diferente sobre el Síndrome de hiperactividad y déficit de atención. Buenos Aires, ed. Lumen, 2004.
- Newman y Newman. Desarrollo del niño. México, ed. Limusa, 1985.
- Orjales Villar, Isabel. Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores. España, ed. CEPE, 6ª edición, 2002.

- Polaino- Lorente, Aquilino. Cómo vivir con un niño (a) hiperactivo (a). comportamiento, diagnóstico, tratamiento, ayuda familiar y escolar. Madrid, ed. Nárcea S. A. de C. V., 2ª edición, 2000.
- Van-Wiellink, Guillermo. Déficit de atención con hiperactividad. México, ed. Trillas, 2ª edición, 2004.
- Velasco Fernández, Rafael. El niño hiperquinético. Los síndromes de disfunción cerebral. México, ed. Trillas, 1990.

DIRECCIONES EN INTERNET.

- www.enep.org.mx
- www.orientared.com
- <http://es.wikipedia.org/wiki>