

**El Trastorno por déficit de
atención con y sin hiperactividad
y sus Implicaciones Escolares**

**Tesina en la modalidad de elaboración
de material educativo**

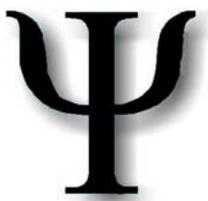
Para obtener el título de

Licenciada en Psicología Educativa

Presenta

Ariadna del Carmen Treviño Palacios

Asesor: Mtro. Pedro Bollás García



Mexico, D.F.

Mayo, 2009

Agradecimientos

El primer agradecimiento es hacia Dios, por haberme permitido ser hija de una mujer tan admirable que gracias a su ejemplo, amor y fortaleza he llegado a materializar mis sueños, y aunque ya no estés aquí físicamente, sé que donde quiera que estés seguramente estarás tan feliz como yo de ver el resultado del esfuerzo que implicó estudiar una licenciatura en las condiciones en las que la hice y después de tantos años.

Eso me lleva a decirte a ti Darian, gracias mi amor, gracias por el apoyo incondicional que me has dado, y debes saber que gracias a ese apoyo hoy estamos aquí, al final de un ciclo y en espera de una vida mejor; además quisiera decirte que mi más grande deseo es ser tu ejemplo para que luches por tus sueños, y algún día, muy pronto (espero) estemos en tu examen profesional, y que sepas que todas las veces que tuve la intención de declinar, el pensar en ti y el saber que este esfuerzo era por nosotros siempre me dio fuerzas para seguir adelante y no desfallecer en ningún momento.

También quiero agradecer a toda mi familia, mis hermanos, mis cuñadas y sobrinos, porque desde la partida de mamá, nunca me he sentido desprotegida porque ustedes siempre han estado ahí conmigo, y ese es otro regalo que tengo que agradecer a Dios, el permitirme ser parte de esta familia.

A mis tíos Agustín y Linda, gracias por el ejemplo que me han dado, así como las palabras de aliento que he recibido de ustedes; sobre todo te agradezco a ti Tía Linda por el apoyo y los regaños que me han llevado a ser hoy quien soy.

Y un agradecimiento especial es para mi ángel guardián Alfonso Zegbe, sin tu apoyo incondicional y tu cariño no lo hubiera logrado, así que puedo decir que este es también tu triunfo, ya que has estado conmigo en todo momento, y quiero decirte que la promesa que le hiciste a mi madre antes de partir la has cumplido cabalmente y ese es otro motivo más para reiterarte mi cariño y agradecimiento.

Alguien que no puedo olvidar es mi amigo Pepe Peguero, ya que sin tu apoyo incondicional no habría podido materializar mi proyecto, y gracias a ti hoy estamos aquí, gracias amigo.

Y por último quisiera agradecer a mis maestros por sus enseñanzas, apoyo y amistad, así como a mis amigas quienes formaron una parte muy importante de esta etapa de mi vida, y puedo decir con certeza que coseché amigas para toda la vida.

Y a mi asesor Pedro Bollás, gracias por haberme aceptado aún sin conocerme ya que por circunstancias nunca coincidimos en que fuera mi maestro, sin embargo gracias por llevarme de la mano en todo este proceso.

Índice

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Justificación.....	3
Objetivo General.....	4
Objetivos específicos.....	4

Capítulo 1 Trastorno por déficit de atención

Antecedentes.....	5
Etiología.....	7
Descripción	8
3.1 Hiperactividad	15
3.2 Impulsividad.....	16
3.3 Atención.....	19
4. Enfoque clínico y enfoque cognitivo.....	23
4.1. Enfoque Clínico.....	23
4.2. Enfoque Cognitivo.....	25
4.2.1. Cognición.....	26
5. Desarrollo Social.....	29
6. Evaluación del Trastorno por déficit de atención.....	30

Capítulo 2 Implicaciones escolares

Implicaciones escolares.....	36
7. Estrategias de tratamiento desde un punto de vista educativo.....	40
7.1. Tratamiento cognitivo-conductual.....	40
7.1.1. Estrategias cognitivo- conductuales.....	43
7.2. Tratamiento Farmacológico.....	44
7.2.1. Tipos de medicación.....	46

Método

1. Organización de contenidos.....	48
2. Elaboración de la escaleta.....	51
3. Elaboración de los guiones.....	52
Pre-guión.....	52
Guión técnico.....	62

4. Realización del video.....	74
Materiales.....	74
Participantes.....	74
Escenario.....	74
5. Propuesta de evaluación.....	76
Reflexión final.....	83
Referencias.....	85

RESUMEN

El propósito de este trabajo fue realizar un material didáctico el cual tiene la estructura de video en formato de DVD acerca del trastorno por déficit de atención.

Este trabajo surge a partir del creciente interés que han generado los problemas de atención en las escuelas, sin embargo una de las múltiples causas que producen estos problemas, se debe al trastorno por déficit de atención, el cual es un padecimiento de origen biológico que impide concentrarse correctamente a quien lo padece.

Es por tal motivo que para realizar este trabajo, se hizo una investigación documental acerca del trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad, la cual se detalla en dos capítulos, y en ellos se explican no sólo las características del mismo, sino también el proceso de diagnóstico, así como sus implicaciones escolares y algunas estrategias recomendadas para trabajar con estos alumnos.

En este video se explican las características, el diagnóstico y las implicaciones escolares, ya que tiene la finalidad de ser una herramienta de difusión dirigida a maestros, padres de familia y psicólogos escolares para que conozcan lo que es el trastorno.

Para realizar dicho material, fue preciso elaborar un guión que surgió a partir de la investigación documental que fundamenta este trabajo escrito, y fue el soporte del material didáctico al que se refiere esta tesis.

Introducción

El *Trastorno por Déficit de Atención (TDA)*, así como el *Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*, son conceptos que se escuchan reincidentemente en los últimos años, y generalmente están ligados a la escuela, sin embargo, a pesar de ser palabras que ya no son ajenas al contexto actual, aún falta mucha información acerca del tema, y sobre todo con las personas que se encuentran en contacto con niños que han sido detectados como TDA / TDAH.

Si se considera que algunos de los problemas que se presentan en las escuelas, son provocados por la falta de atención, se debe saber que para los niños con *trastorno por déficit de atención*, esa falta de atención es involuntaria, es decir, no se trata solo de que le resulte aburrido el tema, o de que el docente no aplique estrategias que les haga más entretenido el aprendizaje, sino que su misma condición biológica, no les permite captar de manera correcta los contenidos escolares como consecuencia de su distracción constante.

Es debido a lo anterior, que este proyecto está encaminado a informar lo que el trastorno significa, así como de orientar sobre las consecuencias de padecer el *trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad* o TDA/TDAH, con el propósito de que sirva de guía y ayuda para las personas que conviven a diario con estos niños, para evitar la etiquetación de éstos por el simple hecho de ser distraídos o demasiado inquietos, y que al mismo tiempo se conozca que para mencionar que un niño tiene *déficit de atención y/o hiperactividad*, se requiere de un proceso de diagnóstico el cual se explicita más ampliamente mas adelante.

Del mismo modo, este proyecto principalmente se dirige a maestros, psicólogos educativos y padres de familia, al ser ellos quienes más convivencia tienen con los niños detectados o inclusive diagnosticados con déficit de atención con y sin hiperactividad, con la finalidad que este material les sea de ayuda para poder encaminar a éstos a integrarse a la vida escolar y cotidiana de la manera más normal posible.

Para explicar con mayor amplitud el contenido de este proyecto, se estableció un marco teórico que da el sustento para comprender el significado del trastorno por déficit de atención, su sintomatología, sus implicaciones escolares y las estrategias que se recomienda utilizar con relación de este padecimiento.

Justificación

El Trastorno por Déficit de Atención, es un trastorno de origen orgánico y no puede ser considerado como enfermedad puesto que no se adquiere a través de un virus, ni por contagio; en realidad el TDA / TDAH es una condición neurológica que obstaculiza para mantener la atención o concentrarse a quienes lo padecen (Mendoza, 2003a); y aunque no se cura, es factible desarrollar estrategias que permitan tener una vida normal a los niños que padecen este trastorno; ya que se les considera como niños con necesidades educativas especiales, es decir, se requiere de ayudas educativas adicionales que le permitan al niño tener una vida escolar y social dentro de los parámetros de la normalización.

Cabe señalar que el *trastorno por déficit de atención* afecta aproximadamente del 3 al 7 % de la población mundial (Murphy y Gordon, 1998), sin embargo, en México los datos oficiales con déficit de atención hasta 1985 reportaban un porcentaje que fluctuaba entre 2 y 4 % de la población escolar total (Macotela, 2003). Por lo que se debe considerar que tanto en México, como en el resto del mundo, el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad es un problema que afecta cada vez más a la población infantil y adolescente. Dentro del común denominador de las investigaciones realizadas por los teóricos revisados en este trabajo, coinciden con que el TDA es heredado y tiende a presentarse en algunas familias más que en otras. Es una condición de por vida que afecta a niños, adolescentes y adultos de todas las edades, sin hacer distinción de género, razas, contextos sociales y culturales.

Sin embargo, si se contempla al trastorno por déficit de atención como una de las afecciones neuropsiquiátricas que más afectan a la población infantil y adolescente, y debido a las serias consecuencias que puede llegar a tener, se enfatiza la necesidad de fortalecer la instrucción de maestros y psicólogos escolares, así como de informar a los padres de familia sobre esta condición.

No obstante, son cada vez más los casos de docentes que señalan a sus alumnos con este padecimiento por el simple hecho de no poder controlar o sobrellevar a sus alumnos. Entonces los padres de familia se hallan con la angustia de no saber qué hacer ante este hecho, y van de un doctor a otro sin encontrar solución al problema frente al que se encuentran, inclusive algunos de estos doctores prescriben medicamentos sin hacer un estudio previo; donde lo pertinente sería acudir en primera instancia a los especialistas

indicados para realizar el proceso de diagnóstico como son los psicólogos, paidopsiquiatras o neurólogos, con la finalidad que se realice el diagnóstico correcto y que a su vez, éste le permita al alumno con TDA / TDAH tener un desempeño escolar y social adecuado, ya que éste es un padecimiento que no desaparece con el tiempo y permanece a lo largo de la vida de las personas, y si se tiene conciencia de su existencia, permitirá tener una mejor integración escolar y social en las personas que lo padecen.

Complementando lo anterior, es común que los padres y docentes empleen el término de hiperactivo de manera errónea para referirse a todo alumno quien es difícil de incorporar a las actividades del aula debido a que exhibe altos niveles de actividad y se distrae con facilidad (Friend y Bursuck, 1999), y es por lo que la intención de este trabajo, es brindar información sobre lo que el TDA / TDAH significa, y que a su vez se conozca que el diagnóstico no se reduce a una opinión personal, sino que se requiere de todo un protocolo de diagnóstico que incluye la labor de muchos especialistas, así como de pruebas psicométricas y en ocasiones tomografías (Dzib, 2004) entre otros estudios, que conllevan a realizar un dictamen responsable del TDA / TDAH, y que el uso de medicamentos como los antidepresivos sólo se recomienda para algunos casos a criterio del especialista.

Objetivo general

La elaboración de un documental en formato de DVD, que proporcione información acerca del trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad (TDA y TDAH) y sus implicaciones escolares, dirigido a maestros de educación básica, psicólogos escolares y padres de familia; y tiene el propósito de brindar herramientas que les ayuden a comprender con mayor claridad a los alumnos con esta condición.

Objetivos específicos

Organizar los temas que darán la estructura del video.

Elaborar una escaleta, es decir, un listado de segmentos que contiene el video

Elaboración de guiones

Realizar el video.

Propuesta de evaluación del DVD.

Capítulo 1

Trastorno por Déficit de Atención

El *Trastorno por Déficit de Atención* es un término que surgió dentro de la American Psychiatric Association (APA) en la década de los 80's (McEwan, 1998), con el propósito de diagnosticar a aquellos niños que presentaban conductas desafiantes, de mal comportamiento e inclusive que mostraban problemas de atención en sus actividades.

Ya que, algunos conceptos con los que en el pasado se le conocía a este trastorno son: hiperactividad, síndrome hiperactivo, inmadurez neurológica, hiperquinético y disfunción cerebral mínima (Mendoza, 2003a), sin embargo estos conceptos no aclaraban el significado que se relacionaba con el trastorno atencional, por lo que finalmente se estableció como *Trastorno por Déficit de Atención*.

1. Antecedentes

A finales de los años 50, se comienzan a elaborar modelos teóricos del funcionamiento de los procesos atencionales. En este sentido, García (1997) menciona que con anterioridad la atención podía suscitar mayor o menor interés por parte de la psicología, pero no hasta el punto de elaborar un modelo de su funcionamiento, ni de ser considerada en ningún momento un mecanismo explicativo del psiquismo humano.

Después de diversas investigaciones acerca de la atención, entre las que se mencionan el estudio realizado por Bartlett en 1932 sobre el estudio cognoscitivo en general y acerca del recuerdo en particular; o el estudio realizado por Ausubel, Robins y Blake en 1957, acerca del olvido y la interferencia retroactiva, así como el realizado por Newell, Shaw y Simon en 1958, en su modelo por explicar el funcionamiento del pensamiento humano, surgió una nueva corriente que se convirtió en dominante, *la psicología cognitiva* (Ausubel, 2000) cuyas premisas fueron:

- 1) La conducta se halla guiada por la cognición, esto es, por el conocimiento que el individuo tiene del mundo que le rodea.
- 2) El conocimiento del mundo no es pasivo, sino que el propio sujeto juega un papel activo.

- 3) El objeto de estudio de la psicología no es tanto la conducta como los procesos cognitivos implicados en ella.

Esto quiere decir, que el conocimiento del ser humano está en función del mundo que lo rodea, y esto se manifiesta en su conducta.

Este nuevo enfoque cognitivo incluía diversas líneas de pensamiento y de investigación, pero la que más imperó fue la conocida con el nombre de *teoría del procesamiento de la información*:

“Esta corriente, notablemente influida por otras disciplinas en auge en ese momento tales como la teoría de la información y la cibernética, estableció una analogía entre el funcionamiento de la mente y el funcionamiento de un ordenador, y consideró la mente como un sistema representacional y computacional que procesa y manipula la información” (García, 1997; pp. 67- 68).

En referencia a lo anterior, Kahneman (1997), cita la *Teoría del Filtro* de Broadbent, que es el punto de partida sobre la discusión sobre las teorías modernas de la atención. Esta teoría hace referencia a que la atención cuenta con tres elementos: un almacén a corto plazo, un filtro selectivo y un canal de capacidad limitado, y lo explica de la siguiente manera:

Los estímulos simultáneos entran en la memoria a corto plazo y ahí los analiza el cerebro, después el filtro selectivo permite a estos estímulos entrar en el sistema de la capacidad limitada, para ser almacenada en la memoria a largo plazo. Por lo que la teoría del filtro interpreta la atención focalizada como la disposición del filtro para la selección de cierta clase de estímulos y el rechazo de todo lo que no es del interés del sujeto (Kahneman, 1997).

En este sentido, la atención tiene una función adaptativa a las demandas del ambiente y del propio organismo; hay ocasiones que esta función adaptativa comienza a fallar más o menos sistemáticamente, y es entonces cuando decimos que se está produciendo una disfunción atencional:

“Cuando un sujeto sufre algún tipo de disfunción atencional y lleva a cabo pruebas y/o tareas que exigen precisamente habilidades atencionales, el rendimiento suele ser bajo. En estos casos hablamos de déficit de atención” (García, 1997: 172).

Lo cual explica que cuando esta disfunción atencional es provocada por un problema del organismo, de origen biológico o neurológico se convierte en una dificultad para quien se encuentra afectado por este problema y para quienes le rodean, en este caso específico se hace referencia al *trastorno por déficit de atención*.

Hallowell y Ratey (2001) explican que George Frederic Still fue la primera persona que definió el síndrome en 1902, con la hipótesis de que esa enfermedad no era debida a una mala crianza, sino como producto de una herencia biológica o bien de una lesión en el nacimiento. Esta hipótesis prevaleció hasta 1960 en que Stella Chess separó los síntomas de la hiperactividad de cualquier noción de lesión cerebral; y no fue hasta 1980 que Virginia Douglas estableció el concepto que ha prevalecido hasta el día de hoy.

Taylor (1990) por su parte lo define como falta de atención a la debilitación de los medios con que los individuos regulan sus intereses hacia el ambiente. Así que cuando se habla de un mal funcionamiento de la atención, se dice que se trata de un *trastorno*, y es entonces cuando surge el término: *Trastorno por Déficit de Atención*.

Como complemento a lo anterior, Moyano (2004) describe que se trata del déficit de un sujeto en lograr una adecuada intensidad, mantenimiento, selección y control del foco atencional, y en especial si estos factores se manifiestan en el curso de tareas cognitivas estructuradas y no automáticas. Para ahondar más en este tema, a continuación se hará una revisión a la etiología del déficit de atención.

2. *Etiología:*

El Trastorno por Déficit de Atención denominado con la sigla TDA, se presenta en los sujetos desde los primeros años de su vida y puede permanecer sin diagnóstico a lo largo de la existencia de una persona.

De acuerdo a lo anterior, se conoce que el trastorno por déficit de atención afecta aproximadamente del 3 al 7 % de la población (Murphy y Gordon, 1998). Aunque no se conoce con precisión su origen la mayoría de los casos, se piensa que el trastorno por déficit de atención es heredado y tiende a presentarse en algunas familias más que en otras.

Y a manera de complemento se puede mencionar a Amstrong (citado en Friend y Bursuck, 1999), que argumenta que las estimaciones acerca de la ocurrencia del *trastorno*

por déficit de atención con y sin hiperactividad, varían desde menos del 1% hasta más del 20% de la población escolar, pero que solamente entre el 3% y el 5% de los alumnos se ven afectados.

Esto quiere decir, que el trastorno por déficit de atención es una condición de por vida que afecta a niños, adolescentes y adultos de todas las edades. Afecta tanto a hombres como a mujeres y a personas de todas las razas y de todos los trasfondos culturales, es decir que no hace distinción de género, raza o condición social, por lo que, cabe destacar que el trastorno por déficit de atención no es un problema de voluntad o de manejo disciplinario, sino que, es una alteración bioquímica del sistema nervioso que modifica el funcionamiento de las habilidades intelectuales (Mendoza, 2003).

A este respecto el DSM-IV (1995) describe:

*“Se sabe que el trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad ocurre en distintas culturas, con variaciones en su prevalencia entre distintos países occidentales, probablemente a causa de que las prácticas diagnósticas son distintas, y no a consecuencia de diferencias en la presentación clínica del cuadro”.
(p. 47)*

Esto quiere decir que sin importar el país donde se presente el trastorno por déficit de atención, las manifestaciones de conducta en los sujetos que lo padecen son similares en cada cultura, y la diferenciación la hacen las prácticas diagnósticas de cada lugar.

En relación a lo anterior, Tomás (1998) argumenta que no se conoce una causa única productora de los síntomas cardinales del déficit de atención, ya que varios fenómenos pueden afectar el sistema nervioso central. Aunque describe que existe una predisposición genética.

3. Descripción

De acuerdo a las características anteriormente mencionadas acerca del trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad, se encuentra la descripción de Calderón (2006), quien define al trastorno de la siguiente manera:

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

características seguir reglas o normas rígidas de comportamiento. Habitualmente se asocia este déficit a una falta de autocontrol, y sobretodo dificultades en la toma de conciencia de los errores propios para la persona afectada (p. 1).

En este sentido es posible analizar las implicaciones del proceso ya que las personas que padecen el trastorno por déficit de atención pueden parecer, en ocasiones, personas rebeldes, desafiantes o que se muestran como demasiado distraídas o desinteresadas en sus relaciones sociales y en su vida cotidiana, lo cual les ocasiona problemas de relación en sus contextos.

Respecto a lo anterior, Tomás (1998) complementa que el déficit de atención es la dificultad manifiesta para concentrarse en una tarea por lapsos adecuados, y esto se explica por la alta dispersión de la atención y la falta de concentración.

Por su parte, Barkley (1999), menciona que los síntomas en los niños con trastorno por déficit de atención varían de acuerdo a la edad y el estado evolutivo en que se encuentren, entre los que se puede mencionar la baja tolerancia a la frustración, arrebatos emocionales, rechazo social y baja autoestima. El rendimiento escolar se ve devaluado, por lo que estos niños presentan conflictos familiares y escolares.

De igual manera, McEwan (1998), describe al trastorno por déficit de atención como una incapacidad neurobiológica que se caracteriza por que las habilidades de atención se desarrollan inapropiadamente, impulsivamente y en algunos casos con hiperactividad.

Con relación a lo anterior, Marra (2006) complementa la definición de McEwan precisando el padecimiento como un trastorno neurobiopsicológico, caracterizado por un patrón persistente de desatención, impulsividad y/o hiperactividad; a estos se les conoce como síntomas primarios. Los síntomas secundarios varían en función de la edad, el estado evolutivo, la cultura y el sexo; por lo que es muy importante la detección temprana del trastorno, ya que cuanto más se demore en diagnosticar el trastorno por déficit de atención, mayores son los efectos negativos relacionados con este déficit como pueden ser inadaptación social, baja autoestima, depresión y en la edad adulta la posible tendencia a las adicciones.

Estudios estadísticos epidemiológicos que se han realizado en Estados Unidos, afirman que el TDA afecta del 3 al 5% de niños en edad escolar, y que éste se manifiesta entre los 3 y 4 años de edad, pero se evidencia de manera importante cuando los niños comienzan

la escolaridad (Grau,2001). Esto es debido a que el trabajo con la lectoescritura y la formación del pensamiento matemático requieren de una atención voluntaria sostenida, a fin de integrar las estructuras gráficas de los fonemas en la formación de palabras y en la unión de éstas para la concepción de enunciados y textos; en el caso del pensamiento matemático, la concepción del número (*cantidad*), el cálculo y la realización de las operaciones aritméticas primarias: adición y sustracción.

Sin embargo la detección en niños pequeños o preescolares se dificulta, ya que los niños habitualmente experimentan pocas exigencias de atención sostenida y es por tal motivo que el diagnóstico se realiza en los primeros años de la escolaridad básica.

A este respecto, el DSM-IV (1995) describe como una de las características del trastorno por déficit de atención lo siguiente:

“Las deficiencias de la atención pueden manifestarse en situaciones académicas, laborales o sociales. Los sujetos afectados de este trastorno pueden no prestar atención suficiente a los detalles o cometer errores por descuido en las tareas escolares o en otros trabajos” (p. 44)

Es decir que, las deficiencias atencionales se encuentran presentes en todas las actividades de estos sujetos, sin embargo se manifiestan con mayor intensidad en las situaciones escolares debido a que es precisamente en este ámbito donde se requiere de mayores exigencias en la atención sostenida.

De acuerdo a lo anterior en 2004, Moyano describe que en este sentido, la atención se presenta en dos tipos de habilidades específicas: la habilidad de focalizar la atención en algo concreto como una tarea escolar, y la habilidad de prestar atención en un sentido más general, como atender el mundo que nos rodea, sentir la ropa sobre la piel o cualquier cosa que se presente entorno al sujeto.

Sin embargo, la sintomatología que caracteriza a este síndrome puede ser muy variada, uno de los signos más comunes que se evidencian en el trastorno por déficit de atención tiene una relación con el alto nivel de actividad motora que presentan algunas personas y que es conocido como *hiperactividad* y que se entrelaza con otro síntoma frecuente, la *impulsividad* (Calderón, 2006) reflejada principalmente en la toma de decisiones, en la realización de varias actividades, en juegos, deberes escolares, etc.

Dicho de otra manera, Friend y Bursuck (1999) definen la denominación empleada para referirse a los problemas severos de atención en el *trastorno por déficit de la atención* es el *trastorno hiperactivo*, que se caracteriza por una falta de atención severa y crónica, hiperactividad y/o impulsividad, a los que también se les conoce como sintomatología mixta del trastorno de atención, y se da cuando aparecen combinados dos o tres de los síntomas primarios.

Por lo que cuando se detectan actitudes como: dificultades para mantener la atención, necesidad de moverse significativamente, más de lo normal o adecuado en cada caso, escasos indicadores de comportamiento reflexivo o de falta de atención sostenida en tareas de reflexión y, en su caso, deficiencias de eficacia atencional y lentitud en procesos cognitivos y motrices (Asociación Española para el Estudio Interdisciplinar de los Trastornos por Déficit de Atención (AESI-TDA), 2006), se puede sospechar la presencia del trastorno por déficit de atención, y que se podrá confirmar después de realizar las pruebas necesarias.

Otros indicativos del TDA, son los que describe Calderón (2006), quien detalla la sintomatología que describe el DSM-IV y que caracteriza al trastorno por déficit de atención, que se ve reflejado en conductas frecuentes e insistentes de inatención, impulsividad e hiperactividad y se describen como:

Inatención:

- Frecuentemente no ponen atención a los detalles, o la continuidad de errores por no fijarse en trabajos de la escuela o en otras actividades, es decir que estos individuos no observan los *pequeños* detalles, por citar un ejemplo, cuando necesitan buscar un objeto específico, si no lo tienen al alcance inmediato aseguran que no está, no son personas que busquen con detenimiento,
- dificultades en mantener la atención aun en trabajos lúdicos, esto quiere decir que en las tareas que realizan sin importar la actividad que sea, pierden interés en un lapso muy corto de tiempo,
- parecen no escuchar cuando se les habla, es decir, cuando uno le está hablando a un sujeto con estas características, es común que mantenga la vista en su interlocutor, pero no esté poniendo atención a lo que se le esté diciendo,

- no siguen instrucciones o fallan en terminar las cosas, incluso en la interpretación de estas instrucciones, es decir que cuando se les da una indicación sobre lo que debieran hacer, es común que no la realicen en el orden que se les indique, sino que harán las cosas con tal de terminar rápido aunque el resultado no sea el esperado,
- tienen dificultad en organizarse, esto es debido a que como consecuencia de la misma inatención dan la impresión de no saber qué deben hacer, o cómo realizar una tarea, del mismo modo se les complica discernir por dónde empezar, por lo que tardan demasiado tiempo en comenzar una actividad,
- evitan situaciones que implican mantener un nivel constante de esfuerzo mental, esto es debido a que los lapsos de atención en estos sujetos son más cortos que en otros individuos, por lo que se aburren fácilmente y se distraen con cualquier otra cosa que les llame la atención, como ejemplo se puede citar una tarea de matemáticas en la que debe resolver operaciones de aritmética, al tener que centrar la atención en la resolución de esas operaciones y buscar el modo de solucionarlas, se cansan y dejan de lado la tarea,
- pierden cosas, especialmente las escolares por olvido manifiestan no saber donde las dejan, este punto se relaciona con no poner atención a los detalles, y es por esto que al no estar atentos a lo que están haciendo, tampoco se fijan en donde dejan las cosas,
- se distraen fácilmente con estímulos externos, es decir que cualquier cosa que no les requiera sostener la atención va a ser más llamativa, por ejemplo, el alumno de primaria que tiene que resolver una página de un libro que no sea de su agrado, va a poner más atención en las actividades que estén efectuando sus compañeros que en la tarea que se le asignó,
- son olvidadizos en sus actividades diarias, es decir, que no son capaces de realizar sus tareas cotidianas sin supervisión. Ejemplo, lavarse los dientes, bañarse, tender su cama, recoger la ropa sucia, etc.

Como ya se mencionó antes, otro de los síntomas primarios que presenta el déficit de atención es la *impulsividad*, y presenta conductas frecuentes y persistentes como:

- A menudo actúan antes de pensar, es común que estos sujetos hagan actividades sin pensar en las consecuencias de sus actos,

- cambian con excesiva frecuencia de una actividad a otra, esto quiere decir que no dedican mucho tiempo a una actividad y cambian a otra sin haber terminado la primera actividad que emprendieron,
- tienen dificultades para organizarse en el trabajo (sin que haya un déficit cognitivo), es decir que les cuesta mucho trabajo discernir el cómo debe realizarse una tarea por lo que invierten demasiado tiempo en la misma, sin que éste sea un problema de no saber lo que se le está pidiendo,
- necesitan supervisión constante, esto es debido a que no son capaces de realizar una tarea por sí solos, ya que sin la dirección de un supervisor, pueden realizar mal la tarea o no hacerla,
- no miden el peligro, estas personas se encuentran en riesgo constante debido a que no tienen una conciencia clara de las consecuencias que pueden tener de sus actos. Ejemplo, se pueden arrojar desde una gran altura, o pueden aventarse en patines por una calle muy empinada, etc.,
- hablan sin pensar e interrumpen conversaciones, inclusive se les puede señalar como personas imprudentes, ya que con frecuencia hablan sin poner atención a lo que dicen, sin pensar en las consecuencias de sus palabras,
- hay que llamarles la atención con frecuencia, esto es debido a que sus actos imprudentes causan molestias en las personas que los rodean, e inclusive para hacerles reflexionar en sus actitudes impulsivas,
- les cuesta esperar turno en los juegos o en las situaciones grupales, es decir que debido a su misma impaciencia, no suelen ser tolerantes en esperar su turno en los juegos y se desesperan con mucha facilidad, es decir que presentan altos índices de frustración si no se hacen las cosas del modo que estos sujetos indican.

Mientras que el tercer síntoma primario del déficit de atención es la *hiperactividad*, que presenta conductas frecuentes y persistentes como:

- Corren de un lado para otro con exceso, o se suben a los muebles, es decir que mientras se observan otros niños que son capaces de permanecer en un solo sitio jugando por periodos largos de tiempo, estos niños constantemente están corriendo y subiéndose a los muebles o escalando por donde puedan, inclusive provocando molestias en las demás personas,

- a menudo mueven manos y pies, y se balancean constantemente, es decir que aún cuando estén sentados, están moviendo la cabeza, los brazos o las piernas,
- hablan en exceso, es decir que no sólo hablan demasiado, sino que es común que utilicen un volumen más alto y una mayor velocidad cuando mantienen una conversación, como si tuvieran prisa por ser escuchados antes de que los interrumpen o les pidan que guarden silencio,
- les cuesta mucho quedarse quietos en un sitio o se mueven excesivamente, es decir que si se les pide que permanezca en un lugar por algún periodo de tiempo prolongado, les provoca desesperación por retirarse de dicho lugar y si no lo consiguen se mueven o hacen ruidos, porque se les complica mantenerse callados o quietos,
- les cuesta estar sentados, como se ha explicado en algunos puntos anteriores, su misma necesidad de movimiento constante se ve invadida al pedirles que permanezcan sentados, por lo que se considera que el tiempo que permanecen sentados es demasiado corto en relación con otras personas de la misma edad,
- se mueven mucho durante el sueño, estos sujetos mantienen la actividad aún cuando están dormidos, por lo que aún durante los periodos de sueño se están moviendo de manera constante, rodando de un lado al otro de la cama, o rotándose constantemente, inclusive si duermen en compañía de alguien más, no es extraño que golpeen a su compañero de cama,
- están siempre *en marcha* o actúan *como si los moviera un motor*, esto quiere decir que los sujetos hiperactivos están en constante movimiento, tanto en actividad física o verbal.

La frecuencia y totalidad de los síntomas es variable, algunos niños no presentan todas las características, algunos las presentan más e incluso otras. Por lo que si un individuo presenta al menos seis o más de estas características durante un periodo mínimo de seis meses, entonces se podrá sospechar de la existencia del Trastorno por Déficit de Atención (Biaggi, 1996).

Al tiempo que se debe esclarecer en el proceso de diagnóstico, si las manifestaciones de inatención, impulsividad e hiperactividad de un sujeto se deben a simples síntomas aislados o constituyen un trastorno (Félix, 2005).

Sin embargo, para confirmar la presencia del trastorno por déficit de atención es necesario recurrir a un especialista, éste puede ser psicólogo, psiquiatra, neuropediatra o neurólogo, para que sean aplicadas un conjunto de pruebas que confirmen la existencia del trastorno.

De tal manera que, sólo después de realizar todo el proceso de diagnóstico se podrá conocer si el niño padece el trastorno por déficit de atención y si presenta algunos de los síntomas secundarios como la impulsividad o la hiperactividad, y entonces se conseguirá definir qué tipo de tratamiento que requiere el alumno, ya que cada una de ellas tiene características que las diferencian.

Por lo que a continuación se hará una revisión más detallada de la sintomatología que acompaña al trastorno por déficit de atención, éstas son la hiperactividad y la impulsividad:

3.1. *Hiperactividad*

Cuando los síntomas son acompañados de exceso de actividad motriz, entonces se habla de hiperactividad, ya que ésta es definida como un conjunto de problemas de conducta (Taylor, 1990), cuya principal característica es la combinación de inquietud y falta de atención a un nivel impropio para la edad del niño.

Con respecto a lo anterior Moyano (2004) argumenta que el niño hiperactivo mantiene un funcionamiento psicomotriz alto e inadecuado para su edad y el contexto en que el niño se desenvuelve.

Por su parte, Palagot (2001) describe a la hiperactividad como el más aparente de los trastornos de la conducta, no solo se trata de una inquietud reconocible, sino de un verdadero estado de movilidad permanente.

Al tiempo que Barkley (1982) lo describe como:

“El niño hiperactivo comporta una deficiencia significativa en la atención propia de la edad, en el control de impulsos y en la conducta según las normas más establecidas como obediencia, autocontrol y resolución de problemas” (p. 15)

De acuerdo a lo anterior Barkley en 1999, detalla la hiperactividad como un trastorno del desarrollo del autocontrol, que engloba problemas para mantener la atención y para

controlar impulsos y el nivel de actividad. Estos problemas se ven reflejados en el deterioro de la capacidad para mantener la mente en sus metas futuras, por lo que requiere de mayor disciplina, organización y límites.

A lo que Elías y Estañol (2005) complementan que si prevalece la hiperactividad en la etapa de la adolescencia, existe el riesgo de presentar baja autoestima, una relación pobre con sus compañeros, escaso rendimiento académico y una alta propensión a la delincuencia y al abuso de sustancias adictivas como el tabaquismo, drogas y alcohol.

Por su parte Douglas (citada en Félix, 2005) argumenta que la deficiencia básica de los niños hiperactivos, no es el excesivo grado de actividad, sino su incapacidad para mantener la atención y la impulsividad.

Por lo que en el siguiente apartado se ampliará la información de lo que significa la impulsividad, así como sus consecuencias.

3.2. *Impulsividad*

La impulsividad es uno de los síntomas primarios del trastorno por déficit de atención, la cual se describe en el manual DSM IV (1995), de la siguiente manera:

La impulsividad se manifiesta por impaciencia, dificultad para aplazar respuestas, dar respuestas precipitadas antes de que las preguntas hayan sido completadas, dificultad para esperar un turno, e interrumpir o interferir frecuentemente a otros hasta el punto de provocar problemas en situaciones sociales, académicas o laborales. Los sujetos afectados de este trastorno típicamente hacen comentarios fuera de lugar, no atienden las normas que se les dan, inician conversaciones en momentos inadecuados, interrumpen a los demás excesivamente, se inmiscuyen en los asuntos de los demás, se apropian objetos de otros, tocan cosas que no debieran, hacen payasadas. La impulsividad puede dar lugar a accidentes (p. ej., golpearse con objetos, golpear a otras personas, agarrar una cazuela caliente) y a incurrir en actividades potencialmente peligrosas sin considerar sus posibles consecuencias (p. ej., patinar en un terreno abrupto) (p.45).

Como complemento de la definición del DSM-IV, Bornas y Servera (1996) explican que la impulsividad se entiende, por un lado, como una incapacidad para demorar reforzadores, es decir que los sujetos presentan baja tolerancia a la frustración y/o poca resistencia a la tentación y por otro, como una falta de consideración de las condiciones estimulantes

presentes, que dicho de otra manera se entiende como la precipitación e incapacidad de previsión de consecuencias.

Por otra parte, Barkley, citado en Moyano (2004) define que la impulsividad implica un déficit primario en el comportamiento específicamente en la habilidad para demorar respuestas, es decir, el niño impulsivo no puede detenerse a evaluar la conveniencia de actuar o demorar una respuesta. Otro axioma de impulsividad, que la refiere como un rasgo de personalidad, es decir, un modo de procesar la información de acuerdo a un conjunto de conductas con tiempos cortos de reacción (Bornas y Servera, 1996), lo cual se define como una inconsistencia para mantener la atención en una sola cosa por un periodo prolongado y que repentinamente hay cambios de acción inesperados de una tarea a otra.

Por su parte, Dickman (1993) define la impulsividad como una tendencia a actuar con una menor previsión de las consecuencias de sus actos, y distingue entre una impulsividad funcional y otra disfuncional.

La impulsividad funcional se refiere a conductas de falta de previsión que han recibido contingencias positivas asiduamente, es decir que han sido reforzadas por el medio y se encuentra en personas muy activas, buscadores de riesgos y sensaciones, que de algún modo poseen sistemas que les protegen de los posibles errores normalmente asociados a su conducta impulsiva, sin embargo, este tipo de impulsividad no se halla asociada con el trastorno por déficit de atención, ya que la impulsividad de una persona que padece el trastorno por déficit de atención está más relacionada con el tipo de impulsividad disfuncional.

Por otro lado, la impulsividad disfuncional, es la impulsividad que aun habiendo recibido mucha estimulación hostil se mantiene, y se encuentra en las personas que al ímpetu normalmente añaden errores o resultados negativos. Sin embargo, Servera y Galván (2001), afirman que no hay una definición única de impulsividad, sino que puede ser clasificada como motora, social y cognitiva.

Por lo que Barkley (1999) describe, que la conducta impulsiva a menudo se califica como desobediente e insensible, y que conlleva a consecuencias negativas en el área social y educativa; esto se debe a que el trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad disminuye la habilidad para inhibir la conducta y para mostrar el control de impulsos, es

decir, que actúan antes de pensar, la cual definirían en 2001, Servera y Galván como impulsividad social.

Mientras que por otra parte, la impulsividad motora, según describe el manual del DSM IV (2005), se puede presentar en un tipo combinado de hiperactividad-impulsividad y se manifiesta en accidentes como por ejemplo golpearse con objetos, golpear a otras personas, agarrar una cazuela caliente y a incurrir en actividades potencialmente peligrosas sin considerar sus posibles consecuencias

Del mismo modo, Servera y Galván (2001) definen la impulsividad cognitiva como una tendencia del sujeto a precipitar sus respuestas, especialmente en tareas que explícita o implícitamente conllevan incertidumbre de respuesta, y a cometer más errores, misma a la que definen como una impulsividad infantil.

Elías y Estañol (2005), concordando con la explicación que se realiza en el DSM-IV complementan lo siguiente:

“El síntoma hiperactivo-impulsivo se caracteriza por un escaso control de la espera, de los impulsos y de la interferencia, así como por un trastorno de la psicomotricidad, el manejo pobre del proceso de anticipación y la tendencia a responder precipitadamente” (p.33)

Esto significa que estos niños carecen de autorregulación, el cual es un mecanismo del ser humano que le permite mantener constante el balance psicológico (Madrid, 2007). Por lo que se describe a una persona impulsiva, como aquella cuyo sistema de autorregulación falla ante determinadas situaciones y hace que su comportamiento resulte precipitado, irreflexivo o ineficaz (Bornas y Servera, 1996).

De lo anterior se explica como una de las funciones principales de la autorregulación, la de prever las consecuencias de una acción antes de realizarla, acto que no sucede por sí sólo en los niños que padecen de trastorno por déficit de atención con impulsividad; sin embargo la impulsividad puede ser controlada, si se les dota a los niños de un sistema de autorregulación, que les permita concientizar en sus acciones.

Como ya se ha revisado a lo largo del trabajo, el trastorno por déficit de atención significa que el sujeto padece una deficiencia en los procesos atencionales, y se conoce que su sintomatología puede prevalecer en la inatención, hiperactividad y/o impulsividad; por lo tanto en el siguiente apartado, se hará una revisión más extensa acerca de la atención, de

manera que se pueda comprender de forma precisa que significa el concepto y cómo funcionan o debieran funcionar los procesos que fallan en un niño que padece el trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad.

3.3. Atención

Taylor (1990) define la atención como los procesos que el organismo utiliza, es decir, las estrategias que usa el cerebro para identificar la información del entorno y que a su vez permita que el aprendizaje y la conducta sean eficaces.

Como complemento a esa definición, se encuentra la que proporciona el diccionario de las ciencias de la educación:

“Atención es el proceso de focalización perceptiva que incrementa la conciencia clara y distinta de un número central de estímulos, en cuyo entorno quedan otros más difusamente percibidas” (Pinillos, citado en diccionario de las ciencias de la educación, 2005).

Es decir, que la atención es el proceso que permite atender a una situación en particular aunque se encuentren otros estímulos próximos al que capta el interés determinado. Por lo que Geldard (1971) describe a la atención como un proceso de la percepción, y que requiere de influencias internas del organismo y otras externas del ambiente que determinarán si la atención es sostenida o distraída.

Al respecto, García (1997) explica que la atención ha sido concebida como un atributo de la percepción gracias a la cual se puede seleccionar eficazmente la información que es relevante al organismo, y que produce dos efectos principales:

1. Que se perciban los objetos con mayor claridad, y
2. que la experiencia perceptiva se presente de forma organizada al excluir y seleccionar datos.

Lo cual permite que los sujetos sean más receptivos a los sucesos del ambiente, y que se ejecuten con mayor eficacia las tareas aún las que requieren de un mayor esfuerzo.

De acuerdo a lo anterior, García (1997) afirma que cuando los procesos atencionales se ponen en marcha, el sujeto es más receptivo a los sucesos del ambiente y pueden desempeñar de manera eficaz una tarea aunque ésta exija esfuerzo.

“Los seres humanos nos adaptamos continuamente al medio ambiente mediante las conductas y actividades mentales que desarrollamos. Ello se consigue gracias a la actuación conjunta de diversos mecanismos, procesos y operaciones: percepción, representación, atención, aprendizaje, memoria, inteligencia, etc.”
(García, 1997: 13)

Por lo tanto, se consideran a los factores internos como los que determinan la dirección de la percepción y que reciben el nombre de hábitos de atención como motivos dominantes del momento (Geldard, 1971).

Por otra parte, Zepeda (1998) define a la atención como una especie de extracción de los elementos que en un momento dado se presentan como relevantes en una situación específica, las cuales explica de la siguiente manera:

- El proceso de responder preferencialmente a un estímulo o a un rango de estímulos.
- El ajuste de los órganos sensoriales y del sistema nervioso para recibir la máxima estimulación.
- Es la toma de posesión por la mente de un solo objeto de entre numerosos objetos.
- Una actividad de la conciencia, por la cual los fenómenos adquieren mayor claridad.
- Un enfoque de las energías psíquicas en un sentido determinado.
- Un estado de claridad sensorial que posee un foco y un margen.

Esto quiere decir que la atención responde a diversos estímulos, sin embargo se pueden discriminar dos tipos de atención:

La atención espontánea, que se genera sin la participación voluntaria de la persona, y la *atención voluntaria* que está dirigida por las decisiones conscientes de las personas (Broadbent citado en Zepeda, 1998; 139-140), aunque existen otras definiciones como la *atención pasiva*, y la *atención espontánea adquirida* cuya explicación se centra en que en un principio se produce por la voluntad y que después de una práctica constante se convierte en natural o normal; en otras palabras es a este proceso al que en psicología cognitiva se le nombra sistematización (Ausubel, 2005).

De esta manera, se define a la atención como un mecanismo que pone en marcha a una serie de procesos u operaciones gracias a los cuales los sujetos son más perceptivos a

los sucesos del ambiente y se pueden llevar a cabo tareas de manera eficaz; tales mecanismos son:

- *Los procesos selectivos* que se activan cuando el ambiente exige dar respuesta a un solo estímulo.
- *Los procesos de distribución* que se activan cuando el ambiente exige atender varias cosas a la vez, y
- *Los procesos de mantenimiento o sostenimiento de la atención* que se producen cuando el ambiente exige concentración en una sola tarea por periodos de tiempo prolongados (García, 1997).

Y es a partir de estos procesos que García (1997) hace un análisis de las disfunciones de la atención, es decir que cuando existen fallas de atención, estas fallas responden a diversos factores, los cuales se enumeran a continuación:

1. *Problemas de amplitud de la atención:*
 - a. *Ensanchamiento de la atención.*- cuando hay demasiada información que no puede discriminar el sujeto.
 - b. *Estrechamiento de la atención.*- cuando el sujeto no procesa la cantidad de información la misma forma que lo haría un sujeto de la misma edad y circunstancias.
2. *Problemas de oscilamientos de la atención*
 - a. *Laguna Mental.*- El sujeto no recuerda hechos de un pasado reciente; no se considera una disfunción de la memoria.
 - b. *Problemas de flexibilidad de la atención.*- se produce cuando el sujeto es excesivamente lento al desplazar su atención de una tarea a otra.
3. *Disfunciones relacionadas con los factores determinantes de la atención*
 - a. *Falta de intensidad.*- es cuando los estímulos que se presentan no son muy intensos y no llegan al umbral del foco atencional y no logran captar la atención del sujeto; éste es un problema atencional y no sensorial ni perceptivo.
 - b. *Indiferencia.*- Se presenta cuando el sujeto apenas muestra interés por los estímulos que se le presentan.
 - c. *Curiosidad excesiva.*- Se presenta cuando hay excesivo interés por los estímulos que rodean al sujeto, presta atención a todas las cosas y no focaliza el interés en uno particular, y se presenta lo que se entiende como atención

dispersa; el ejemplo de éste se puede ver en un niño pequeño rodeado de juguetes y no sabe a cual prestarle especial atención.

4. *Disfunciones en los procesos selectivos de la atención*

- a. Hiperconcentración.- Se define como una atención excesiva a un solo aspecto del ambiente; cuando la atención se orienta a los propios pensamientos y no atiende nada de lo que le rodea se menciona el concepto de *ausencia mental* o *autoatención*.
- b. Falta de concentración.- Se presenta cuando los niveles de concentración son tan bajos que la calidad de aquello que se selecciona no es óptimo; se presenta cuando no hay suficiente motivación por la tarea que se ha de realizar.
- c. Distraibilidad.- Es la incapacidad para ignorar la información irrelevante dicho de otra manera es que se presentan cambios continuos de focalización, lo que dificulta realizar una tarea en la presencia de distractores.

5. *Problemas de disposición atencional*

Tiene lugar cuando el sujeto no es capaz de valerse de los indicios que se le dan para prepararse en la realización de una tarea.

6. *Disfunciones en los procesos de distribución de los recursos atencionales*

- a. Falta de recursos atencionales.- Se produce cuando el sujeto no cuenta con suficientes recursos atencionales, se produce en aquellos sujetos cuyo nivel de activación es excesivamente bajo.
- b. Fallos en los mecanismos de distribución.- Se presenta en sujetos que aunque cuenten con los suficientes recursos atencionales, no saben organizarlos, y se considera como una disfunción en los mecanismos de atención o como una incapacidad para utilizar éstos mecanismos.

7. *Disfunciones en los procesos de mantenimiento de la atención*

- a. Falta de constancia.- consiste en un fallo de mantenimiento de la atención, es decir, que el sujeto no es capaz de sostener la atención hacia una tarea por periodos de tiempo prolongados.
- b. Fatigabilidad.- Es la tendencia a presentar altos niveles de fatiga en periodos de tiempo cortos.

8. *Disfunciones en los mecanismos de alerta de la atención*

- a. Hipervigilancia.- Es la tendencia a atender todos los estímulos del ambiente y se acentúa al atender aquellos estímulos que son importantes para el sujeto.

- b. Déficit de vigilancia.- Se presenta cuando los niveles de alerta del sujeto no son altos y la focalización selectiva es ineficiente.

Esto quiere decir que cuando se produce una falla en la atención de un sujeto, es debido a diversos factores y no a una causa única.

Una vez hecha la revisión lo que a atención se refiere, es conveniente señalar que existen varias perspectivas respecto al trastorno por déficit de atención, por lo que en el siguiente apartado se revisarán los enfoques que han recibido mayor atención y que son la base de la evaluación de éste trastorno.

4. *Enfoque clínico y enfoque cognoscitivo*

El trastorno por déficit de atención, se ha estudiado desde diversos enfoques, éstos son clínico, conductual y cognitivo (Elías y Estañol, 2005) sin embargo, al considerarse el TDA/TDAH un problema de índole conductual, en los siguientes apartados solo se hará una revisión más profunda del enfoque clínico y del enfoque cognoscitivo, puesto que la conducta ha sido abarcada a lo largo del trabajo.

4.1. *Enfoque clínico:*

Si se considera al trastorno por déficit de atención desde un enfoque psiquiátrico, se conoce que el TDA es considerado como un desorden orgánico de origen neurobiológico, y aunque no se conoce a ciencia cierta la causa del problema, las investigaciones que se han hecho al respecto, indican que es una alteración en la producción de neurotransmisores inhibidores (dopamina, norepinefrina):

*“Las personas con déficit de atención presentan un mecanismo deficiente de los neurotransmisores que inhiben o detienen la transmisión de impulsos nerviosos, para evitar que lleguen a la corteza cerebral alta y sean integrados y con esto percibidos”
(Mendoza Estrada, 2003; p. 121).*

En relación a lo anterior, Joselevich (2005) afirma que los mediadores químicos (neurotransmisores) son los responsables de transmitir los estímulos de neurona a neurona, y los neurotransmisores responsables de la conducta son: dopamina, serotonina y noradrenalina.

Una perspectiva neuroquímica sugiere la existencia de un desequilibrio químico que afecta los neurotransmisores, los elementos químicos que regulan la forma en que el cerebro controla el comportamiento; por lo que estos niños no son capaces de realizar el seguimiento y control de su conducta y que por lo tanto son impulsivos y no prestan atención (Friend y Bursuck, 1999).

Como resultado de la alteración en la producción de éstos neurotransmisores inhibidores, cabe mencionar que la existencia del trastorno por déficit de atención afecta en la vida cotidiana a quienes lo padecen, por lo que es necesario saber que el trastorno por déficit de atención afecta principalmente dos áreas: el área cognitiva (menor rendimiento intelectual que otras personas de la misma edad); y/o en el área interpersonal (problemas de relación) o en ambas.

Sin embargo, para las personas que padecen el trastorno por déficit de atención, a pesar de tener menor rendimiento intelectual y a consecuencia del padecimiento tienen problemas de relación interpersonal, la conducta puede beneficiarse ampliamente con la aplicación de terapias psicopedagógicas y psicomotoras, ya que éstas permiten mejorar su desempeño.

“El trastorno por déficit de atención es la patología neurofuncional que por sus principales características se beneficia, por un lado de una terapia psicopedagógica enfocada en mejorar la atención, y por el otro, de una terapia psicomotora, la cual debe insistir en la normalización del balance psicomotor frecuentemente alterado” (Duvirage, 1992; p. 79).

Por su parte Michanie (1998) describe que el trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad, es uno de los problemas más prevalentes en psiquiatría infantil, siendo responsable de aproximadamente el 30% de las consultas a los servicios de salud mental infantil.

Por lo que Tomás (1998) complementando lo anterior, explica que la hiperactividad resulta el más notable de los síntomas en el 75% de los niños que padecen el trastorno por déficit de atención:

“Los niños hiperactivos a pesar de tener inteligencia normal o normal alta presentan dificultades de aprendizaje y del comportamiento, además de sutiles desviaciones de las funciones neurológicas en lo atinente a la percepción, conceptualización, lenguaje, memoria, atención y función motora” (p. 15).

Sin embargo, al ser ésta una visión clínica que concierne exclusivamente a la rama médica, se considera que los profesionales acreditados para hacer este diagnóstico son los psiquiatras, neurólogos y neuropediatras, que a la vez son los especialistas indicados para recetar los medicamentos recomendados con la finalidad de mejorar las condiciones del trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Como se ha visto en este apartado, el enfoque clínico se encuentra relacionado con los neurotransmisores y el funcionamiento del sistema nervioso central, sin embargo existe otro enfoque del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, que tiene relación con el funcionamiento intelectual del niño, en este caso se trata del enfoque cognitivo. A continuación se hará una revisión de las principales características de este enfoque.

4.2. Enfoque cognitivo.

Desde un enfoque cognitivo, cabe mencionar que debido a la extrema variabilidad del trastorno por déficit de atención frente a personas y actividades, se producen grandes oscilaciones en el rendimiento académico y en el control de la conducta, por lo que aumenta la posibilidad de que se cometan errores constantes, ya que la rapidez va en detrimento de la precisión (Joselevich, 2005).

De acuerdo a lo anterior, se alude que por causa de la inatención en los niños con trastorno por déficit de atención se altera la organización del sistema cognoscitivo (García, 2003). Es decir, los déficits cognitivos asociados con el trastorno por déficit de atención están relacionados con la capacidad de auto-regulación (Douglas, 1988)

Como derivación del trastorno por déficit de atención con respecto a las actividades cognoscitivas, se menciona que las dificultades de atención pueden ser la causa de la pobre ejecución en las tareas de memoria, ya que se ha observado que los niños con trastorno por déficit de atención no suelen emplear estrategias de repetición con tanta frecuencia como otros niños, por lo que parece adecuado que los programas de entrenamiento incluyan este tipo de estrategias (Goldstein y Goldstein, 1990).

Por lo que para comprender mejor lo que se refiere al enfoque cognitivo, a continuación se hará una revisión más profunda de lo que es el proceso de cognición.

4.2.1. Cognición

La cognición se refiere a cada uno de los *procesos* por los que se llega al conocimiento de las cosas, que son fundamentalmente: la percepción, el descubrimiento, el reconocimiento, la imaginación, el aprendizaje, el pensamiento y el lenguaje (Diccionario de las Ciencias de la Educación, 1995).

El aparato del sistema cognoscitivo o de cognición, está integrado por una gran cantidad de funciones psicológicas a través de las que el ser humano establece relación con el medio ambiente que le rodea (García, 2003).

Sin embargo para Ausubel (2005), el estudio de la cognición, se centra en la naturaleza de los aspectos del proceso de aprendizaje que afectan la adquisición y retención del conocimiento, así como el mejoramiento de las capacidades que permiten aprender y resolver problemas. Por lo que se desglosa como actividad cognitiva aquella que el sujeto desarrolla ante determinadas situaciones problema, en las que hay implicados ciertos procesos y/o mecanismos psicológicos (García Sevilla, 1997).

Félix (2005) por su parte, define de manera concreta estos procesos psicológicos con el concepto de funciones específicas y funciones ejecutivas, las cuales definen la actividad de un conjunto de procesos cognitivos vinculados al lóbulo frontal del cerebro. Por lo que dichas funciones específicas son las que se encuentran vinculadas con la inhibición, la memoria de trabajo y la planeación; y las funciones ejecutivas es el constructo cognitivo usado para describir las conductas dirigidas hacia las metas o planes al futuro (Ozonoff, Strayer, McMahon y Filloux, citados en Félix, 2005).

Sin embargo, García (2003) especifica estos procesos psicológicos como: la atención, la concentración, el lenguaje, el pensamiento, la memoria, el aprendizaje, la habilidad para interpretar los estímulos visuales, auditivos, táctiles, gustativos, la coordinación del movimiento, la capacidad para planear y organizar el sistema que recibe la información así como el que elabora la respuesta; y que interrelacionados entre sí dotan al individuo para la solución de problemas. A esta solución de problemas se le conoce también con el nombre de tareas; y la forma de medir los procesos cognitivos es a través del rendimiento o producto obtenido en la realización de las tareas.

Por lo que se considera, que la disposición cognoscitiva influye en la eficiencia del proceso de aprendizaje y a menudo determina si será aprendible una determinada tarea intelectual en todos o en un estado particular del desarrollo (Ausubel, 2000). Y en este sentido cabe hacer mención de que todos estos procesos tienen lugar dentro de una estructura cognoscitiva, que se define como el factor principal que influye en el aprendizaje y la retención de significados dentro de este mismo campo (Ausubel, 2005).

Sin embargo, en los niños con trastorno por déficit de atención están poco desarrollados los procesos cognoscitivos, tales como buscar indicaciones de memoria, realizar inferencias y desarrollar estrategias, al observar la manera como enfocan muchos problemas (Marra, 2006). Aunque en el área cognitiva, los niños con trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad pueden desempeñarse en cualquier nivel, ya que los alumnos que se encuentran por debajo del promedio en capacidad y logro, los alumnos promedio y los alumnos extraordinarios y talentosos también pueden presentar TDA/TDAH (Friend y Bursuck, 1999).

Por lo que a causa de las dificultades de atención, es conveniente elaborar programas de adquisición metacognitiva, ya que:

“Los procedimientos de adquisición metacognitiva, permiten alcanzar destrezas de orden superior, tales como seleccionar y controlar la estrategia adecuada para una determinada tarea, descubrir nuevas estrategias que no han sido enseñadas y autorregular el funcionamiento cognitivo facilitando su ampliación transituacional” (Mayor, 1995; p. 55).

Para llevar a cabo estos procedimientos se considera adecuado desarrollar *estrategias metacognitivas* por que este tipo de *estrategias* consisten en madurar sobre los procesos mentales empleados en el proceso de aprendizaje, controlar el aprendizaje mientras éste tiene lugar, y evaluarlo una vez completado (Marra Valle, 2006).

Para lo cual, se entiende como *estrategias metacognitivas* aquellas acciones concretas que se realizan conscientemente para mejorar o facilitar el aprendizaje, es decir, las *estrategias metacognitivas* son procedimientos que se desarrollan sistemática y conscientemente para influir en las actividades de procesamiento de información como buscar y evaluar información, almacenarla en la memoria a largo plazo y recuperarla para resolver problemas y auto-regular en el aprendizaje (González, 2008).

Un ejemplo de estas estrategias puede ser cuando un alumno después de leer un texto, hace una revisión de cuanto comprendió del mismo, e inclusive puede releer para reafirmar su comprensión; otro ejemplo se encuentra en la resolución de operaciones matemáticas cuando el alumno se enfrenta a un problema y a partir de los conocimientos previos, descifra de que manera debe resolverse.

Por lo que para la realización de las estrategias metacognitivas se debe establecer especial énfasis hacia la meta atención, ya que la meta atención hace referencia a dos áreas: conocimiento acerca de cómo funciona y que variables afectan a la atención y control de la atención (Mayor, 1995). Puede ser que los niños atiendan eficazmente una vez que los procesos atencionales se ponen en marcha, pero que la dificultad estribe en iniciarlos, y es posible que no se les ocurra controlar activamente la atención o tengan dificultad para desarrollar las estrategias adecuadas para concentrarse en una situación particular.

Por lo que cabe mencionar que:

“La selección de las estrategias más adecuadas para cada estudiante, se hace en función de dos factores: Los déficits de la persona y las demandas del entorno” (Mayor, 1995: 15).

Con respecto a lo anterior, Barkley (citado en Mayor, 1995) argumenta que la mayoría de los niños con déficits atencionales, no aplican estrategias eficaces en la ejecución de tareas, y esto se debe a que carecen de información acerca de los procesos cognitivos y metacognitivos.

Por lo que Brown y Barclay (1976), han demostrado que sólo los programas de entrenamiento que incluyen tanto habilidades generales como específicas tienen efectos positivos a largo plazo en aquellos niños que padecen algún tipo de deficiencia atencional. Ya que en el área cognitiva los niños con TDA/TDAH pueden desempeñarse en cualquier nivel; se sabe que algunos alumnos con este desorden experimentan serios problemas de aprendizaje, y que a la vez presentan un bajo rendimiento escolar debido a baja autoestima, problemas emocionales o de conducta (Friend y Bursuck, 1999).

Es decir que al trabajar con los alumnos que padecen déficit de atención, se beneficia al enfatizar el trabajo metacognitivo, ya que éste les permite autorregular su aprendizaje, y desarrollar estrategias que le permite al alumno controlar su proceso de aprendizaje, así

como detectar fallos y evaluar lo que están aprendiendo, así como las consecuencias de sus actos.

Sin embargo, no sólo el área cognitiva se ve afectada en los niños con déficit de atención con y sin hiperactividad, ya que el área del desarrollo social se ve de la misma manera afectada al ser estos niños constantemente rechazados por la impulsividad que les caracteriza al no saber seguir reglas, de manera que se les dificulta a los demás tener una convivencia con estos niños; por lo que a continuación se hará una revisión de lo que a desarrollo social o socialización se refiere.

5. Desarrollo social

Otro problema que se deriva del trastorno por déficit de atención con hiperactividad se halla en las relaciones sociales, ya que es común que tengan problemas con los compañeros, ya que tienen dificultades para participar en juegos cooperativos y ajustar su comportamiento a las reglas de los mismos.

Es decir, que los niños hiperactivos parecen tener problemas para regular sus acciones según los deseos de otras personas o las demandas del contexto (Slusarek, Velling, Bunk y Eggers, 2001). Esto quiere decir que los niños con el trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad se encuentran constantemente en riesgo de experimentar problemas tanto social como emocionalmente, por lo que Friend y Bursuck (1999) argumentan que las investigaciones sobre el TDA/TDAH sugieren que el 25% de los alumnos con el padecimiento presentan dificultades de aprendizaje por las posibilidades de presentar serios problemas de comportamiento como negativismo, conductas desbordadas, comportamiento perturbadores o depresión, lo cual les dificulta la convivencia con sus compañeros y familiares.

Por lo que Elías y Estañol (2005) consideran que el trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad no sólo impacta al sujeto que lo padece sino también a su familia, percibiéndose ello a partir de los efectos que produce sobre las relaciones del niño con sus padres y parientes.

A lo que Tomás (1998), complementa que un tratamiento eficaz en ésta área desde un punto de vista psicopedagógico consiste en propender la rehabilitación de las relaciones interpersonales con una terapia cognitiva que involucre al niño en su participación activa

en el proceso de aprendizaje. Dicha terapia puede favorecer el trabajo en equipo, así como la integración del niño a las actividades que destaquen su desarrollo social.

Sin embargo, aunque hasta ahora ha sido de utilidad conocer lo concerniente al trastorno por déficit de atención, se debe considerar que esto no es suficiente, y que el identificar los síntomas no determina si un sujeto padece o no el trastorno, por lo que es necesario también abarcar en cuanto a evaluación se refiere, que es el tema del siguiente apartado.

6. Evaluación del trastorno por déficit de atención

La evaluación del trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad, es un proceso que requiere de diversos puntos de vista profesionales, por lo que es preciso el trabajo multidisciplinar que incluye el trabajo de maestros, psicólogos, psicólogos educativos, neurólogos y paidopsiquiatras (Dzib, 2004). La evaluación que realiza cada especialista tiene un objetivo específico y éste se realiza con la finalidad de conseguir la detección del trastorno. Por lo que, el diagnóstico se obtiene mediante la administración de test individualizados de capacidad y desempeño cognitivos, de un examen médico y de rangos de conducta realizados por los miembros de la familia y por profesionales escolares (Maag y Reid, citados en Friend y Bursuck, 1999).

Sin embargo, Elías y Estañol (2005) explican que el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad, debe descartar la presencia de otros desórdenes, sean psiquiátricos, del desarrollo o médicos y/o neurológicos, además de determinar si existe comorbilidad o semejanza con el síndrome del trastorno por déficit de atención.

Con respecto a lo anterior, el DSM-IV (2005) especifica que antes de iniciar el protocolo de diagnóstico, es preciso distinguir al trastorno por déficit de atención con hiperactividad de la dificultad experimentada en comportamientos dirigidos a un objetivo por niños pertenecientes a ambientes inadecuados, desorganizados o caóticos. Los datos suministrados por distintos informadores, como son además de los padres las otras personas que tengan contacto con el niño (padres de otros niños, abuelos, tíos, etc.) son útiles en cuanto que suministran una confluencia de observaciones concernientes a la desatención, hiperactividad y capacidad del niño para autorregularse adecuadamente en distintas situaciones.

Sin embargo, Hallowell y Ratey (2001) explican que el diagnóstico del Trastorno por déficit de atención no se basa únicamente en la presencia de los síntomas, sino también en la

gravedad con que se manifiestan, en su duración y en la amplitud con que interfieren en la vida diaria; ya que de acuerdo a esto, cabe mencionar que el DSM IV categoriza el déficit de atención como leve, moderado y grave. Considerándose como leve aquel en el que los síntomas no imposibilitan las actividades de quien lo padece, moderado aquel que requiere de ayudas psicopedagógicas adicionales y grave se considera aquel que además de las ayudas psicopedagógicas adicionales requiere de la medicación.

Moyano (2004), de igual manera argumenta que las características de inatención, hiperactividad e impulsividad se hacen evidentes en el ámbito escolar, por lo que el docente puede evaluar si esas características forman parte de las generalidades de los demás niños o se relacionan con un problema específico.

Por lo que cabe mencionar, que las maestras son quienes tienen más posibilidades de detectar el trastorno por déficit de atención al interactuar con niños con probables síntomas de hiperactividad y déficit de atención, porque el niño que comienza la educación primaria es sometido a exigencias académicas y de conducta (Moyano, 2004).

Por lo que la primera fase de la evaluación consiste en realizar una anamnesis minuciosa, recogiendo la mayor información que padres y profesores puedan proporcionar acerca de los aspectos natales y perinatales del niño, así como su curso evolutivo, historia escolar, aspectos familiares, etc. (Félix, 2005), donde se obtendrán los siguientes datos:

- Historia familiar y personal.- Tiene la finalidad de conocer la historia completa del niño, las condiciones de su nacimiento, el embarazo, el tipo de familia a la que pertenece, si los padres están casados, divorciados, si la madre es soltera, etc.; así como la historia de la familia de una manera más extendida, es decir, recabar datos sobre los abuelos, tíos, y otros familiares con la finalidad de conocer la mayor cantidad de datos que ayuden para poder realizar un diagnóstico y poder discernir si existen suficientes elementos para sospechar de la existencia del trastorno.
- Evaluación del comportamiento.- Es decir, en esta parte se evalúa el comportamiento del niño en sus diferentes contextos, en la escuela, en su casa y en sus grupos de convivencia (amigos, actividades extracurriculares, familia etc.).
- Evaluación de la atención y del conocimiento.- Esta evaluación recaba información acerca del desempeño escolar del niño, por lo que la información que pueda

proporcionar el profesor del alumno será de gran utilidad además de la que proporcionen los padres o familiares a cargo del menor.

- Evaluación de la agudeza visual y la capacidad auditiva.- Esta evaluación se realiza con la finalidad de descartar que los indicios de posible déficit de atención que haya presentado el alumno por lo que se recomendó hacer la evaluación, se deban a déficits visuales o auditivos.
- Análisis de los exámenes complementarios.- Además de la información que recabe el especialista en las entrevistas realizadas a las personas cercanas al alumno, se le aplica una serie de estudios complementarios (batería de pruebas psicológicas y exámenes médicos), las cuales junto con las entrevistas arrojarán resultados que permitirán confirmar el diagnóstico.

Moyano (2004), precisa las áreas que se analizan en el proceso de diagnóstico psicopedagógico:

- *Área cognitiva.* En esta área se evalúa la percepción, la atención, la memoria, el lenguaje y razonamiento.
- *Área madurativa.* Se evalúa la coordinación visomotriz y la organización espacio-temporal.
- *Evaluación del pensamiento.* Se evalúa el nivel de la estructura cognoscitiva con el que es capaz de operar en distintas situaciones.
- *Área pedagógica.* Se analiza el trabajo en clase a través de los libros y cuadernos y de entrevistas con el docente encargado del niño.
- *Área de Lenguaje.* Se analiza la producción en cuanto al lenguaje oral y la escritura, la comprensión oral y escrita y los contenidos escolares.
- *Área de aritmética.* Se evalúa el razonamiento de las operaciones, la resolución de problemas y el cálculo.
- *Área proyectiva.* Se evalúa la manera de expresarse gráficamente a través de las fantasías inconscientes.

Todas estas áreas se analizan en el diagnóstico psicopedagógico con la finalidad de conocer como es el desempeño del alumno, y del mismo modo conocer cuáles son las deficiencias que presenta y que en un momento dado requerirán de ser reforzadas en el tratamiento que se siga con el alumno.

Esta evaluación se hace a través de un conjunto de estudios de manera multidisciplinar según dictamina el DSM IV. Por lo que algunas de las pruebas que aplica el protocolo de diagnóstico son: los criterios de diagnóstico establecidos por la Asociación Americana de Psiquiatría expuestos en el DSM IV, un examen físico, electroencefalogramas, tomografía por emisión de positrones y test psicométricos entre otras pruebas (Dzib, 2004) entre las que se pueden mencionar el WISC-RM, el test gestáltico-visomotor de Bender, escala de inteligencia Stanford- Binet, la evaluación de la percepción visual de Frostig, dibujo de la figura humana, dibujo de la familia, prueba casa- árbol- persona (HTP), prueba de apercepción temática para niños y el psicodiagnóstico de Rorschach, Test de ejecución continua, entre otras.

De manera complementaria, Hallowell y Ratey (2001) mencionan los pasos que se deben seguir para efectuar el diagnóstico:

1. *Buscar ayuda.* Una vez que se ha confirmado la sospecha de que puede existir el trastorno, se debe acudir a los especialistas como son el psicólogo educativo quien debe de aplicar las pruebas psicológicas indicadas para la previa detección, y éste a su vez debe canalizar a un neurólogo o un psiquiatra con la finalidad de comenzar el protocolo del diagnóstico clínico.
2. *Revisar el historial.* Esta revisión que realiza el psicólogo consiste en reconocer si el paciente tiene los síntomas del TDA / TDAH, cuáles y en que intensidad se presentan; el tiempo que tienen de haberse presentado; conocer si estos síntomas se manifiestan con una intensidad mayor que los que son característicos en personas con igual edad mental y descartar que no exista otro diagnóstico que pueda explicar esos síntomas.

La revisión del historial deberá incluir:

- a. Historia familiar. En padres, abuelos o familia extensa, así como las condiciones de vivienda y circunstancias en las que se encuentre el niño.
- b. Embarazo e historial del nacimiento. Las condiciones de la gestación, la salud de la madre, las condiciones del parto, si fue natural, cesárea o inducido, etc.

- c. Factores médicos y físicos. Que enfermedades ha padecido, si ha sido operado, condiciones de las recuperaciones, etc.
 - d. Historia del desarrollo. La edad en que comenzó a balbucear, si gateó o no, a qué edad caminó, habló, etc.
 - e. Historial escolar. Organización, rendimiento, proceso de aprendizaje de lectura, comentarios de los profesores, etc.
 - f. Historia de las relaciones en el seno escolar. Relación con los padres, hermanos y familiares, límites, cooperación en el hogar, etc.
 - g. Relaciones interpersonales. Relación con los compañeros, relaciones sociales, opinión de sí mismo, opinión que los demás tienen del sujeto, etc.
3. *Considerar todas las posibilidades.* Es preciso que se descarte la comorbilidad con otros padecimientos, de manera que se tenga claro que lo que se examina es el trastorno por déficit de atención y no otros padecimientos.
4. *Realización de test psicológicos.* La importancia de realizar los test psicológicos es para esclarecer si existe algún trastorno del aprendizaje asociado o para descubrir si existen problemas que pudieran haber pasado desapercibidos en el historial del paciente.
5. *Exámenes médicos.* Si hasta esta fase, los estudios comprueban que el sujeto en estudio contiene elementos suficientes que determinan la posible existencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, será necesario considerar pasar entonces a la fase de estudios clínicos que complementen los hallazgos hasta ahora realizados.

Una vez realizado el protocolo y confirmado el diagnóstico se podrá dar paso a el tratamiento concerniente para el caso específico.

Como se ha revisado en páginas anteriores, el trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad, se encuentra presente en la vida del paciente, pero es en la escuela donde presenta los primeros síntomas que conllevan a la detección y diagnóstico, y de la misma manera cabe considerar que una vez hecha la confirmación del diagnóstico, será preciso realizar adecuaciones curriculares para el correcto desarrollo escolar del alumno. Ya que,

cuando los niños con trastorno por déficit de atención son diagnosticados y tratados a tiempo, pueden mejorar su rendimiento y desarrollar una escolaridad adecuada. Por lo que la detección precoz representa una posibilidad de prevención de fracasos posteriores (Joselevich, 2005).

Por lo que, el maestro y el psicólogo educativo deberán trabajar de forma conjunta para desarrollar estrategias que permitan integrar al niño con trastorno por déficit de atención al aula regular, ya que el trastorno presenta implicaciones escolares, las cuales se detallan con mayor amplitud en el siguiente capítulo.

Capítulo 2

Implicaciones escolares

Barkley (citado en Kirby y Grimley, 1992), sostiene que los niños con trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad, sufren una deficiencia en las conductas regidas por reglas; los problemas más grandes surgen en situaciones donde las instrucciones requieren una réplica exacta de una actividad dirigida a la tarea, en circunstancias en que el reforzamiento es retardado, poco frecuente o inexistente.

Friend y Bursuck (1999), agregan a lo anterior que las características y necesidades de los alumnos con trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad pueden variar ampliamente de un alumno a otro, por ejemplo desordenes de la atención como presentar dificultades para mantener la atención durante la tarea escolar o las actividades recreativas, o el frecuente extravío de cosas y el parecer olvidadizos; algunos alumnos pueden exhibir un desorden impulsivo- hiperactivo al no poder quedarse quietos e ir de un lado al otro en el aula mientras que los otros alumnos permanecen sentados, o interrumpen a los demás cuando están hablando, y al mismo tiempo hay alumnos que presentan un trastorno mixto, caracterizado por falta de atención como por impulso hiperactivo.

Complementando lo anterior, se puede decir que una de las consecuencias que padecen los niños con trastorno por déficit de atención en edad escolar, es la presencia de un retraso en el aprendizaje, lo cual se explica cómo:

Se considera que existe una dificultad de aprendizaje cuando se da una clara discrepancia entre la edad mental del niño y/o su edad cronológica y el rendimiento académico que cabría esperar de su edad. En el caso específico de los niños con *trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad*, el principal problema de la dificultad de aprendizaje se relaciona con el interés que presenta el niño hacia determinado tema, y éste se puede presentar en mayor medida en las actividades que requieren de la atención sostenida como las matemáticas o las ciencias.

Sin embargo, un niño con trastornos de aprendizaje, puede ser un niño inteligente que trata de concentrarse y de tener buen comportamiento en la casa y en la escuela, sin embargo, no domina las tareas escolares y comienza a rezagarse (Mendoza, 2003b).

A lo que Deutsch (2003) complementa señalando que las personas con problemas de aprendizaje pertenecen a un grupo de personas muy diversas, pero todos comparten un problema en común, y es que no todos aprenden de la misma manera o no son eficaces como sus iguales sin discapacidad. Aunque casi todos poseen una inteligencia normal, su rendimiento académico se encuentra significativamente por debajo de sus compañeros de clase. Por lo que la detección de retraso de aprendizaje, se hace comparando las consecuciones diarias del estudiante y la trayectoria trazada en el tiempo con las de sus compañeros de clase. Esto proporciona información práctica a los profesores sobre la eficacia de sus métodos de instrucción para la totalidad de la clase.

De manera complementaria, Friend y Bursuck (1999), describen que las dificultades de aprendizaje son aquellas en las que se presentan disfunciones para procesar la información, responder consignas, resolver tareas, organizar el trabajo y organizar el tiempo, por lo que estos alumnos con frecuencia parecerían haraganes o carentes de motivación aunque estén empleando su capacidad al máximo.

Por lo tanto, las dificultades de aprendizaje suelen apreciarse normalmente en referencia a las tres áreas de procesamiento de la información: la respuesta, la integradora y la expresiva. Estas dimensiones del aprendizaje se designan empleando el término *perceptivo-cognitivo* (Pallagot, 2001).

El DSM-IV en su versión de 1995, describe algunas características de la escolaridad de los niños con déficit de atención de la siguiente forma:

El trabajo suele ser sucio y descuidado y realizado sin reflexión. Los sujetos suelen experimentar dificultades para mantener la atención en actividades laborales o lúdicas, resultándoles difícil persistir en una tarea hasta finalizarla. A menudo parecen tener la mente en otro lugar, como si no escucharan o no oyeran lo que se está diciendo. Pueden proceder a cambios frecuentes de una actividad no finalizada a otra. Los sujetos diagnosticados con este trastorno pueden iniciar una tarea, pasar a otra, entonces dedicarse a una tercera, sin llegar a completar ninguna de ellas. A menudo no siguen instrucciones ni órdenes, y no llegan a completar tareas escolares, encargos u otros deberes (p. 44).

Por lo que las características del déficit de atención hacen que la persona se distraiga fácilmente, afectando también su organización cognoscitiva y el control de la conducta, con lo cual manifiesta un cuadro complejo que afecta el desarrollo habitual de las

habilidades. De esta manera se observa una gran discordancia entre las capacidades potenciales de la persona y la ejecución que logra (Mendoza, 2003a).

Respecto a lo anterior Taylor (1990) aporta que el sentido común y la tradición educacional aducen que los niños con una conducta de falta de atención no sacan provecho de su enseñanza, ya que el aprendizaje requiere atención, aunque es probable que un buen aprendizaje mejore la atención aunque éste no sea su objetivo.

Por lo que algunos problemas que presentan los niños con este trastorno en la escuela pueden ser: con respecto a la lectura, especialmente en párrafos extensos que demandan altos niveles de comprensión; en ortografía, que requiere de mucha atención para los detalles; en la capacidad para escuchar, especialmente cuando la información que se presenta incluye numerosos detalles; y en las matemáticas que con frecuencia requieren una mayor rapidez en la aplicación de las habilidades para el cálculo de la que los alumnos con TDA/H pueden manejar (Friend y Bursuck, 1999).

De acuerdo a lo anterior, Zentall (Citado en Friend y Bursuck, 1999) aporta que estos problemas de aprendizaje pueden relacionarse con la incapacidad del alumno para concentrarse en la tarea escolar durante periodos prolongados y con su dificultad para dirigir la atención en forma selectiva sólo a los aspectos importantes de la información.

Ya que la falta de atención podría causar directamente trastornos específicos de aprendizaje (Dykman y cols., 1971), que a su vez podría ser el resultado de la frustración que conlleva a problemas de conducta.

Por lo que se considera que la falta de atención en estos niños se manifiesta de la siguiente forma: son desatentos en las tareas escolares, en las actividades lúdicas o de otro tipo, lo que hace que suelen incurrir en errores y descuidos en la realización de dichas tareas; parece que no escuchan cuando se les habla directamente, como si tuvieran la mente puesta en otra parte; dejan las actividades a medio hacer, sin llegar a finalizarlas; evitan, les disgusta o se muestran remisos a dedicarse a tareas que exijan un esfuerzo mental sostenido; son descuidados con sus objetos personales, suelen extraviar diferentes objetos; se distraen muy fácilmente con estímulos irrelevantes, son descuidados y olvidadizos en las actividades diarias (Barkley, 1997).

Cabe mencionar que la DSM-IV incluye dentro de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia diferentes tipos de trastornos relacionados con *las dificultades de aprendizaje* (García, 1998). Aunque el trastorno por déficit de atención por sí mismo no forma parte de las dificultades de aprendizaje como tal, por lo general estas personas presentan algún tipo de problema escolar y académico, por lo que podrían encajar dentro de las dificultades de aprendizaje.

“El Déficit de Atención, se constituye como una clase específica de Dificultad de Aprendizaje, centrándose dicha dificultad en la capacidad de mantener el foco de atención durante un período de tiempo suficiente para que tenga lugar la secuencia de aprendizaje necesaria” (Palladino, 2006; p. 253).

En este sentido se explica que debido a las características de inatención que presenta un niño con el trastorno, éste se ve desprovisto para mantener la concentración por periodos de tiempo prolongados. Con la finalidad de corregir las complicaciones que provoca la dispersión del foco de atención en los niños con trastorno por déficit de atención, es propicio desarrollar diseños de instrucción que permitan conseguir resultados duraderos, ya que los diseños de instrucción que incluyen tanto habilidades generales como específicas, tienen efectos positivos a largo plazo en todo tipo de poblaciones infantiles, sobretodo en niños con problemas de atención (Brown y Barclay, 1976).

Dentro de este enfoque se encuentran las técnicas cognitivas y las autoinstrucciones que tienen como propósito fundamental el controlar las verbalizaciones internas (metacognición) y externas sobre la conducta abierta (García, 1997), y las afirmaciones en donde el niño aprenda a tener conciencia de los procesos mentales (Orjales, 2001).

La manera en la que trabajan las técnicas metacognitivas de autoinstrucciones está en relación con hacer que el sujeto sea consciente de las actividades que está realizando y cómo la está llevando a cabo, y funciona de la siguiente manera:

El primer paso consiste en definir el problema, es decir concientizar en lo que debe hacer o resolver; el segundo paso consiste en la aproximación del problema, es decir discernir en todas las posibilidades que se tienen para resolver el mismo; el tercer paso consiste en focalizar la resolución del problema, es decir concentrarse en resolver el problema o la actividad en la manera que lo haya elegido y por último se hace una evaluación del resultado que se obtuvo después de haber resuelto el problema o la actividad emprendida. De esta manera al ser consciente de la tarea que se está resolviendo, el

alumno puede focalizar y resolver tareas de una mejor manera, lo cual le permitirá autorregular su aprendizaje.

Por lo que a continuación se abordará sobre las estrategias sugeridas para el tratamiento de los niños que padecen trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad.

7. Estrategias de tratamiento desde un punto de vista educativo.

Las estrategias de tratamiento, tienen como objetivo principal favorecer el desarrollo normal, De lo cual, Calderón (2003) argumenta que en las últimas décadas, el tratamiento de la hiperactividad infantil se ha venido desarrollando desde dos enfoques terapéuticos distintos: el tratamiento cognitivo- conductual y el tratamiento farmacológico.

7.1. Tratamiento cognitivo-conductual

Para el tema de los tratamientos en esta modalidad, Tomás (1998), considera que el proceso desde un punto de vista educacional debe orientarse hacia el desarrollo de estrategias educativas que incidan sobre habilidades especiales, desarrollo de talentos y valoración de la instrucción así como del comportamiento. Lo que complementa García (2003) mencionando que la escuela debe asistir a los niños con trastorno por déficit de atención para ayudarlos a desarrollar la estimulación necesaria para que sus habilidades cognoscitivas débiles evolucionen hasta el punto que puedan ser capaces de aprender a manejar la información propia de las habilidades pedagógicas básicas.

Por ejemplo, una de las estrategias sugeridas para aplicarse por el maestro en el salón de clases es con respecto a las instrucciones para realizar una actividad. El docente deberá destacar las características principales de su objeto de aprendizaje, eliminando la información innecesaria; éstas deberán presentarse de forma breve y precisa, eliminando la posibilidad de dar una serie de instrucciones así como una larga lista de ejemplos (Friend y Bursuck, 1999). Las instrucciones se darán paso a paso enumerando con instrucciones sencillas lo que se requiere conseguir por el alumno. Por ejemplo:

1º.- Saquen su cuaderno,

2º.- en la parte superior de la hoja escriban su nombre,

3º.- escriban una oración con la siguiente palabra,

4º.- escriban una oración con la siguiente palabra, etc.

Esto tiene la finalidad de permitirle al alumno con TDA / TDAH que realice las actividades una a una en lugar de saturarse de instrucciones al grado de no saber a cual atender.

Otra estrategia para trabajar con los alumnos que padecen el déficit de atención consiste en que ellos mismos piensen en las consecuencias que les puede generar determinada actividad; es decir, se le dice al alumno – si tú terminas tu trabajo en un lapso de 10 minutos y sin errores, te puedes encargar de recoger las tareas de tus compañeros -, este tipo de actuaciones por parte del maestro hacia el alumno no sólo resulta estimulante para el alumno, sino que también favorece en su autoestima, ya que al encomendársele una tarea que lo distingue de sus compañeros puede resultar benéfica e impulsa a que el alumno coopere en el salón de clases.

Otra recomendación es la de promover el trabajo en equipo, ya que ayuda a los niños con déficit de atención a lograr una mejor integración social y los niños pueden ver los beneficios de convivir en armonía dentro de un grupo, ya que por sus mismas características es común que se sientan disgregados de los demás, ya que en ocasiones sus altos índices de impulsividad e intolerancia pueden provocar el rechazo de sus compañeros, es por esto que si se integran en trabajos grupales mejoran de manera considerable en su conducta.

Con respecto a lo anterior, Tomás (1998) aconseja utilizar métodos de enseñanza que sean creativos para captar la escasa atención del niño, así como evitar situaciones de fracasos y experiencias negativas. Por lo que deberá tomarse en cuenta el tema que se ha de estudiar, ya que cuando se trata de una lectura de comprensión, los alumnos con el trastorno suelen tener mejor desempeño cuando trabajan con párrafos cortos y en cada uno de ellos se verifica la comprensión; así como en el área de matemáticas, los alumnos deberán disponer de periodos extensos para completar ejercicios de cálculo, ya que sus periodos de atención son más cortos en este tipo de ejercicios donde se requiere de atención sostenida (Friend y Bursuck, 1999).

Se recomienda también el uso de material didáctico que debe contemplarse como una herramienta eficaz para trabajar con niños que padecen TDA, por que los niños se benefician visiblemente con la exposición del material didáctico por bloques temáticos, y es posible instruirlos para que organicen el material semánticamente y

consecuentemente, mejore su recuerdo (Corsale y Ornstein, 1980). Por ejemplo, el uso de fichas e ilustraciones, o el uso de la tecnología (computadoras) que ofrecen al alumno elementos para mantenerlo atento por periodos de tiempo más largos. En México, se utiliza un programa llamado *enciclomedia*, que consiste en un pizarrón interactivo táctil, que no solo permite a los alumnos aprender, sino que ellos mismos pueden investigar los temas de su interés. Por lo que se debe considerar que este material didáctico estará en función con la motivación extrínseca e intrínseca en cada sujeto, por lo que Deci (1975) propone una distinción teórica entre la motivación extrínseca e intrínseca, aplicándose este último término a las actividades a las que no se premia con una recompensa manifiesta, si no es la actividad misma. Existirá motivación intrínseca para realizar una tarea, si la dedicación a ella aumenta el sentimiento personal de competencia y autodeterminación.

Para lo que se debe tomar en cuenta, que el propósito del empleo del material didáctico, es para alcanzar como un proceso final en el progreso cognitivo infantil, el desarrollo en la habilidad para encontrar y obtener información que se a registrado en la memoria (Mayor, 1995). Por lo que debe considerarse que el material didáctico debe escogerse de acuerdo con el área que se desee desarrollar, en este caso particular, el enfoque de este proyecto está orientado hacia los problemas de aprendizaje que provoca el trastorno por déficit de atención en el ámbito escolar y social.

Sin embargo, se debe considerar que los procedimientos conductuales y cognitivo-conductuales se han dirigido primordialmente a dos áreas de intervención: una, a los déficits en la atención sostenida, al control de la impulsividad y a la mejora en el rendimiento académico; y la otra, a reducir la actividad excesiva, las conductas oposicionistas-desafiantes y las conductas agresivas (Waschbusch et al. 1998; Thiruchelvam, Charach y Schachar, 2002).

Por lo que la adecuación de las tareas es importante porque el fracaso continuo en ellas genera desánimo por su realización en lo que es significativo para ellos que van sintiendo que pueden hacerlo bien, aunque el grado de dificultad vaya paulatinamente aumentando.

Por lo que a continuación se hará una revisión de algunas estrategias recomendadas para el tratamiento cognitivo conductual.

7.1.1. Estrategias cognitivo-conductuales

Actualmente, bajo el término de *técnicas cognitivo-conductuales* se engloba a más de 200 técnicas de tratamiento (Kazdin y Johnson, 1994). La aplicación de las técnicas cognitivo-conductuales a niños con TDAH se focaliza en cinco dominios:

- la conducta desobediente en casa y en la escuela
- el desarrollo de las habilidades socio-cognitivas
- mejora del autocontrol
- mejora de las habilidades sociales
- mejora en la relación familiar y escolar

Taylor (1991), expone que una estrategia que ha funcionado con los niños hiperactivos es *el lenguaje interiorizado* que consiste en incorporar su propio lenguaje en el proceso de realización de tareas, y consiste en que los niños deben repetir en voz alta sus acciones con la finalidad de escuchar y pensar antes de actuar; a esta estrategia se le conoce también como auto-instrucciones, o auto-verbalización.

Esto quiere decir que el alumno se da indicaciones a sí mismo sobre la actividad que esté realizando, para explicarlo con mayor claridad se cita un ejemplo: el alumno se dice a sí mismo mientras realiza una tarea: *debo hacerlo con cuidado, debo terminar la tarea, debo lavarme los dientes, debo anudarme los zapatos, etc.* De este modo, mientras el alumno resuelve las tareas cognitivas, disminuye el número de errores y aumenta de manera paulatina los periodos de atención poniendo mayor conciencia a sus actividades.

Complementando lo anterior, se explica que la manera que el alumno desarrolla esta estrategia a través de un guía o instructor, quien le enseña al alumno a realizarla poniendo el ejemplo, es decir, el instructor debe realizar inicialmente la actividad repitiendo en voz alta las tareas a desempeñar al mismo tiempo que las ejecuta, y le explica al alumno las ventajas de hacerlo de este modo, mientras que estimula al alumno a que comience a realizar sus actividades de igual forma. Una vez que el alumno ha dominado esta técnica, se le estimula a que continúe ejecutando dicha estrategia de autoinstrucciones pero interiormente, es decir, ya no deberá repetir en voz alta sus actividades, sino que se las deberá decir a sí mismo en silencio.

Por su parte, Calderón (2003) explica otra estrategia basada en la *teoría de la reducción de estímulos* de Zentall, que presuponía que el niño hiperactivo estaba sometido a una

sobre estimulación ambiental y era incapaz de controlar los estímulos que provenían del exterior, lo que le provocaba una respuesta excesiva y desorganizada. Bajo esta premisa, la estrategia de intervención utilizada consistía en colocar a los niños en cubículos sin apenas estímulos, o rodearlos de un ambiente lo menos atractivo y estimulante posible.

Con respecto a lo anterior, Friend y Bursuck (1999) aconsejan que sea conveniente sentar al alumno al frente de la clase y trabajar en un ambiente con pocas distracciones visuales. El objetivo es ayudar al niño a controlar su propia conducta restringiéndole al máximo los estímulos que podían sobre estimularlo.

Taylor (1991) por su parte, explica que los estudios que han utilizado técnicas operantes en el tratamiento de la hiperactividad infantil han demostrado que estas técnicas son eficaces, aunque no suficientes, para controlar todos los síntomas del TDAH. Por lo que aunque el maestro ponga todo su empeño en ayudar a estos niños, éstos no siempre funcionan, y a veces es necesario que los alumnos se sometan a un tratamiento farmacológico, siempre a criterio y control de los especialistas clínicos, por lo que a continuación se explica de manera más amplia de lo que este tipo de tratamiento significa.

7.2. Tratamiento farmacológico

En un artículo publicado en 2007, Isabel Menéndez explica que el tratamiento, puede ser farmacológico, y de orientación psicológica, con la finalidad de conseguir una reducción de la hiperactividad y un tratamiento adecuado para modificar las conductas impulsivas e incrementar la atención.

Con respecto a esto, Tomás (1998) argumenta que el tratamiento del déficit de atención e hiperactividad es prolongado dentro de los esquemas terapéuticos, y que requiere de la coordinación entre la familia y un neuropediatra, quien decidirá los ajustes de acuerdo a la evolución del paciente; las dosis de medicamento se mantendrán la menor cantidad de tiempo que sea posible de manera que permitan facilitar el aprendizaje.

A lo que Hallowell y Ratey (2001) complementan que el tratamiento que requiere de fármacos tiene la finalidad de que el individuo se centre y aumentan la capacidad cerebral y permiten a la persona mantener de forma prolongada la concentración en la tarea que se esté llevando a cabo, al tiempo que eliminan los estímulos o distracciones que van surgiendo.

Sin embargo, ha existido una gran polémica en torno a la medicación de los niños con déficit de atención, por lo que Bautista (2002) aporta al respecto que la medicación psicotrópica no cura el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, más sin embargo modifican conductas y funciones lo cual permite la acción de otras medidas terapéuticas.

En referencia a esto, Michanie (1998) afirma que aproximadamente el 80% de los niños que padecen el trastorno mejoran significativamente con el tratamiento farmacológico, y que estando controlado por un paidopsiquiatra es seguro para la salud del niño.

Con respecto a lo anterior, Moreno (2001) argumenta que el tratamiento de la hiperactividad consiste en la administración de fármacos del tipo estimulantes, así como la aplicación de métodos conductuales y cognitivos, con la finalidad de mejorar el comportamiento del niño. Cabe mencionar que los medicamentos utilizados en el tratamiento de la hiperactividad tienen como función la de facilitar la acción de la dopamina y de la noradrenalina (Menéndez, 2007). A lo que Taylor (1990) argumenta que el consumo de medicamentos ayuda a controlar conductas como: conducta antisocial, atención, rendimiento escolar, relaciones personales, humor y duración en las acciones.

Por su parte Barkley (1999) explica que la medicación se prescribe a criterio del psiquiatra solo en casos en los que la desatención, hiperactividad e impulsividad son tan severas que afectan la adaptación social y el trabajo escolar. Por lo que, entonces debe entenderse, que el uso de los medicamentos debe quedar restringido al criterio exclusivo de los especialistas como son paidopsiquiatra y/o el neurólogo, ya que existe el riesgo de que aparezcan efectos secundarios en el uso de los fármacos, que pudieran haber consecuencias serias si no se administran con responsabilidad (Taylor, 1990).

De acuerdo a lo anterior Michanie (1998) explica que con el uso de los fármacos se mejoran algunas habilidades cognitivas como la atención y memoria inmediata, así como la coordinación motora fina.

Sin embargo para que pueda prescribirse algún tipo de medicamento, Friend y Bursuck (1999), establecen una serie de lineamientos que deben tomarse en cuenta en caso de que se solicite el uso de medicamentos con respecto a los posibles efectos positivos que podría tener una medicación, y estos lineamientos se consideran si:

1. La atención del alumno es extremadamente limitada y su comportamiento es extremadamente perturbador.
2. Se han puesto en práctica sistemáticamente otras medidas, tanto en las áreas académicas como disciplinarias sin resultados positivos.
3. El alumno no presenta síntomas de problemas emocionales tales como la ansiedad.
4. Los padres están a favor de la medicación.
5. El alumno puede ser supervisado adecuadamente a fin de que tome la medicación en forma regular.
6. El alumno comprende el propósito de la medicación y no presenta una negativa cerrada a la aplicación de esta medida.

Esto quiere decir que para que el tratamiento que requiere de la medicación tenga óptimos resultados, se deberán acordar los parámetros del mismo entre los padres, el alumno y el médico tratante, de manera en el que todos estén de acuerdo sobre lo que se debe hacer.

Sin embargo, existen diferentes tipos de medicamentos indicados para el tratamiento del *trastorno por déficit de atención*, y cada uno de éstos, se indica de acuerdo a las necesidades de cada paciente, por lo que a continuación se hará una revisión de los tipos medicamentos que se utilizan para el tratamiento del déficit de atención.

7.2.1. Tipos de medicación

Calderón (1993) manifiesta que dentro del tratamiento farmacológico, los estimulantes, y el metilfenidato, en particular, constituyen la medicación elegida para la hiperactividad infantil. La medicación psicoestimulante va dirigida a mejorar la capacidad atencional de los niños, a incrementar el tiempo de trabajo que dedican a una tarea concreta y a reducir la hiperactividad motriz.

Aunque la medicación estimulante sigue siendo hoy en día uno de los tratamientos de elección para la hiperactividad, numerosas investigaciones señalan que, dada la heterogeneidad de síntomas que presentan estos niños, es más adecuado un tratamiento que combine diferentes técnicas y procedimientos. De este modo, la combinación de tratamientos, como el tratamiento farmacológico y el cognitivo-conductual, potenciaría los efectos obtenidos por separado, asegurando el mantenimiento de las ganancias y

atenuando los problemas y limitaciones que conllevan a administración de cada uno de ellos por separado (Barkley, 1999; Taylor, 1991).

Respecto a esto, Michanie (1998) menciona que los medicamentos más utilizados son estimulantes como el metilfenidato compuesto que se encuentra en medicinas como el *Ritalin* y *Rubifen*; así como antidepresivos tricíclicos como la imipramina que se encuentra en el *tofranil*, la desipramina como *nebril* y la nortriptilina como el *ateben*. Todos estos medicamentos tienen el objetivo de nivelar los neurotransmisores que se hallan en carencia en el cerebro de los niños con el trastorno.

De modo que cabe señalar que la administración de estos medicamentos debe ser suministrada por un médico especialista quien debe determinar qué tipo de medicamento se le debe proveer al paciente, así como el tiempo que debe durar dicha prescripción, considerando de esta manera que los médicos indicados para realizar esta prescripción son los psiquiatras y neurólogos.

Hasta aquí se ha hecho una revisión teórica de lo que es el *Trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad*, a continuación se hará una descripción de lo que será la elaboración del material en el cual se plasmará esta información previamente descrita.

MÈTODO

Este trabajo recepcional es una elaboración de material didáctico con un tipo de estudio descriptivo, y la manera en que se desarrolló fue a través de la producción de un material video grabado en formato de DVD, donde se explica el trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad y sus implicaciones escolares, y sustentó el marco teórico de este trabajo. Para realizarlo se desarrollaron los objetivos específicos mencionados al inicio del trabajo, y que se enumeran a continuación:

Objetivos Específicos

Organizar los temas que darán la estructura del video.

Elaborar una escaleta, es decir, un listado de segmentos que contiene el video

Elaborar de los guiones

Realizar del video.

Propuesta de evaluación del DVD.

1) Organización de los contenidos:

La organización de los contenidos, se refiere principalmente a ordenar secuencialmente la información recabada en el marco teórico, y que se tomó como el esqueleto de la secuencia del documental, la cual se divide en tres grandes bloques; características del trastorno, diagnóstico y tratamiento.

La estructura del video se compone principalmente de entrevistas a especialistas, entre los que se encuentran dos profesores, un psicólogo, un psiquiatra y una paidopsiquiatra. Además de un locutor que complementa la información de los especialistas en déficit de atención y una conductora quien resume la información de cada bloque, y presenta el bloque siguiente; ilustrado además con dramatizaciones e imágenes varias como apoyo visual del documental.

El primer bloque se enfoca en las características del déficit de atención y su sintomatología, con la intención de que las personas que vean el video, entiendan y conozcan, o amplíen sus conocimientos acerca del déficit de atención.

El segundo bloque, indica acerca de lo que es el protocolo de diagnóstico, en esta sección los especialistas explican cual es el procedimiento para realizar el diagnóstico, además

cuenta con la entrevista a una paidopsiquiatra del Hospital Infantil *Juan N. Navarro* que se encuentra en la Ciudad de México, quien explica el procedimiento clínico de diagnóstico, así como los criterios de la medicación de los niños con trastorno por déficit de atención.

El tercer y último bloque del material, está dedicado a las implicaciones escolares, y se presentan sugerencias de los maestros de grupo sobre el trabajo que realizan con los alumnos con déficit de atención dentro del aula, y se hace mención del USAER, con la intención de que los padres de familia que vean el material, sepan que en las escuelas públicas de educación básica hay un servicio que puede ayudar a sus hijos que padecen el trastorno. Como complemento el locutor menciona algunas de las estrategias que se funcionan con estos alumnos, como las autoinstrucciones, la reducción de estímulos y el lenguaje interiorizado. Por lo que a continuación se expone un cuadro que especifica los contenidos de cada uno de estos bloques previamente explicados:

BLOQUE	DVD
<p>1º: Características del TDA/TDAH</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Definición del trastorno b) sintomatología 	<p><u>Contexto teórico.- definición del trastorno y sintomatología</u></p> <p>En este primer bloque se detalla a través de entrevistas con psicólogos, paidopsiquiatra y maestros lo que significa el TDA / TDAH, desde la perspectiva de cada uno de ellos; es decir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Los psicólogos hablan de las características del trastorno y dan una explicación de la sintomatología <p>Así mismo se apoya con dramatizaciones y apoyo de gráficos que señalan algunos aspectos y sirven de soporte visual., además de la presencia de una conductora (yo misma) que va recapitulando cada uno de los bloques.</p>
<p>2º : Diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Detección b) Diagnóstico psicológico c) Diagnóstico clínico <ul style="list-style-type: none"> a. Tratamiento farmacológico. 	<p><u>Contexto teórico.- detección, diagnóstico psicológico y diagnóstico clínico</u></p> <p>Este segundo momento contiene entrevistas con respecto:</p> <p>Detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Maestros: Como se lleva a cabo la detección, es decir, los indicios que llevan al maestro a considerar la canalización de los niños, cuando presentan

	<p>determinadas características que les hacen sospechar de la existencia del TDA / TDAH</p> <p>Diagnóstico psicológico:</p> <p>a) Psicólogo: En esta fase el psicólogo habla del procedimiento para realizar el diagnóstico, así como también se mencionará el nombre de las pruebas que se les aplican, y cuál es el criterio para canalizarlo hacia el diagnóstico clínico.</p> <p>Diagnóstico Clínico:</p> <p>a) Paidopsiquiatra: Habla de las características del TDA, la medicación y específicamente de cuáles son los casos que requieren de la misma, así como del tratamiento médico que se sigue con un chico con el trastorno.</p> <p>Tratamiento farmacológico:</p> <p>El especialista clínico también habla en esta etapa de qué tipo de tratamiento farmacológico se recomienda en caso de confirmación del diagnóstico, así como de los casos en los que se requiere la medicación y en cuáles no.</p>
<p>3º: Implicaciones escolares</p> <p>a) Problemas de aprendizaje</p> <p>b) Trabajo en clase</p> <p>c) Estrategias para el trabajo:</p> <p> a. En el aula</p>	<p><u>Contexto teórico.- implicaciones escolares y estrategias para el trabajo.</u></p> <p>En este bloque intervienen principalmente:</p> <p>Maestros:</p> <p>Quienes hablan de la conducta de los alumnos con déficit de atención en el aula y del trabajo que realizan con ellos; así mismo se hace mención del servicio de USAER para los alumnos en las escuelas públicas de educación básica.</p>

2) Elaboración de la escaleta.

La escaleta, es un término utilizado en el argot de la producción televisiva, y se refiere a una especie de guión donde se establecen los segmentos que incluye el material, y la duración de cada uno de ellos; así como también determina el tipo de documental que se realizó, generalmente de manera conjunta se desarrolla un guión de contenidos donde se da una estructura al documental, sin embargo en este caso en particular se tomó como guión de contenidos el marco teórico de este trabajo, ya que el documental se enfoca en transmitir la información previamente descrita.

Dicha escaleta se presenta a continuación:

ESCALETA

SECUENCIA	DURACIÓN	CONTENIDO
I	2:00'	Dramatización: niño haciendo tarea
II	50'	Conductora: presentación
III	6:00'	Entrevistas: características del TDAH
IV	2:10'	Gráfico: sintomatología (locutor)
V	50'	Conductora: cierre 1er segmento; y presentación del diagnóstico.
VI	3:00'	Entrevistas: detección y diagnóstico (psicóloga, maestro)
VII	24'	Locutor: resumen del diagnóstico
VIII	27'	Locutor: resumen del diagnóstico
IX	18'	Conductora: presentación del diagnóstico clínico
X	2:00'	Entrevista: neurólogo y psiquiatra
XI	45'	Conductora: cierre del segundo segmento y presentación de las implicaciones escolares
XII	3:00'	Entrevista: implicaciones escolares (maestros)
XIII	35'	Conductora: mención de USAER
XIII	10'	Conductora: presentación de estrategias
XIV	2:30'	Entrevistas: estrategias utilizadas para el TDAH
XV	1:10'	Locutor: estrategias
XVI	41'	Conductora: cierre de las estrategias y del documental.
XVII		Locutor: Frase de cierre, créditos y agradecimientos.

3) Elaboración de los guiones

Para la realización del video, fue necesario elaborar los guiones. El primer paso fue la creación del *pre-guión* que es el acercamiento inicial al documental, aquí se pensó en primera instancia en los posibles componentes que pudiera contener el documental, y que después de la investigación sobre los elementos concretos que se pudieron conseguir para la realización del video (las entrevistas por ejemplo), se realizó el guión definitivo también conocido como *guión técnico*.

En el pre-guión se establecen los contenidos del material y se hace un postulado previo de lo que se ha de realizar en el documental; una vez que fue aprobado este pre-guión en la fase de dictamen de este trabajo recepcional, se realizó el guión definitivo o guión técnico. Por lo que a continuación se presenta el pre- guión:

PREGUIÓN

SECUENCIA I

Duración 2:00'

Abrimos viendo a un niño en la escuela que está trabajando y de repente se queda inmóvil sin hacer el trabajo escolar mordiendo la goma del lápiz y en una actitud como ido en sus pensamientos; de repente niños a su alrededor platican y éste les pone atención, se levanta de asiento y comienza a jugar dentro del aula (sin hacer los deberes escolares) cuando la maestra pide que le entreguen el trabajo, se acerca al escritorio el niño X con el cuaderno en blanco.

CORTE A

SECUENCIA II

Duración 50'

Aparece conductora a cuadro (yo misma)

CONDUCTORA: ¿hola que tal? La escena que acaban de presenciar es un comportamiento típico en la escuela, de un niño que padece el trastorno por déficit de atención; cabe mencionar que el TDA es uno de los padecimientos que se presenta con mayor incidencia en las escuelas, sin embargo, a pesar de ser tan mencionado consideramos que aun hace falta mucha información sobre el mismo, por lo que la intención del video que van ustedes a presenciar tiene la finalidad de ampliar la información de lo que significa “trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad”,

con la finalidad de que sirva como herramienta para ayudar a las personas que se encuentran cerca de alguna persona con TDA a convivir con ellos. Se sabe que el trastorno por déficit de atención afecta aproximadamente de 3 al 7% de la población mundial pero por qué no dejamos que los especialistas nos comenten lo que es el déficit de atención.

PIZARRA: “¿Qué es el TDA/TDAH?”

CORTE A entrevistas con especialistas

SECUENCIA III

Duración 6:00

(En ésta parte, se hacen entrevistas a especialistas psicólogos, neurólogos y psiquiatras) Las preguntas guía son: ¿qué es el trastorno por déficit de atención?, ¿Se considera una discapacidad?, ¿Cómo se adquiere?, ¿Es curable?, ¿Qué lo provoca?, ¿Cuánto tiempo dura?, ¿Con qué frecuencia se presenta?, características de la conducta, ¿cómo funciona la atención en estos niños? comportamiento en el aula y en su entorno social (estas preguntas pueden ser respondidas por una maestra de grupo y por una madre de familia, además del psicólogo); ¿En qué se diferencia un niño con el trastorno de uno que no lo tiene?, sintomatología.

CORTE A pizarra con la sintomatología.

SECUENCIA IV

Duración 2:10'

(Aparece una pizarra con la sintomatología del déficit de atención con sus características, mientras un locutor va leyendo conforme aparecen)

GRÁFICO (Video):

INATENCIÓN

Frecuentemente no pone atención a los detalles,

Dificultades en mantener la atención aun en trabajos lúdicos,

Parece no escuchar cuando se le habla,

No sigue instrucciones o falla en terminar las cosas,

Tiene dificultad en organizarse,

Evita situaciones que implican mantener un nivel constante de esfuerzo mental,

Pierde cosas constantemente

Se distrae fácilmente con estímulos externos y

Es olvidadizo en sus actividades diarias.

IMPULSIVIDAD:

A menudo actúa antes de pensar,

Cambia con excesiva frecuencia de una actividad a otra,

Tiene dificultades para organizarse en el trabajo (sin que haya un déficit cognitivo),

Necesita supervisión constante,

No mide el peligro,

Habla sin pensar e interrumpe conversaciones,

Hay que llamarle la atención con frecuencia y

Le cuesta esperar turno en los juegos o en las situaciones grupales.

HIPERACTIVIDAD:

Corre de un lado para otro con exceso, o se sube a los muebles,

A menudo mueve manos y pies, y se balancea constantemente,

Habla en exceso,

Le cuesta mucho quedarse quieto en un sitio o se mueve excesivamente,

Le cuesta estar sentado,

Se mueve mucho durante el sueño y

Está siempre *en marcha* o actúa *como si lo moviera un motor*.

VOZ OFF (Audio): “El trastorno por déficit de atención tiene 3 tipos de sintomatologías, estas pueden ser de inatención que presenta conductas frecuentes y persistentes tales como:

Frecuentemente no pone atención a los detalles o comete demasiados errores por no fijarse en trabajos de la escuela o en otras actividades, dificultades en mantener la atención aun en trabajos lúdicos, parece no escuchar cuando se le habla, no sigue instrucciones, o falla en terminar las cosas, incluso en la interpretación de estas instrucciones tiene dificultad en organizarse, evita situaciones que implican mantener un nivel constante de esfuerzo mental, constantemente pierde cosas, especialmente las escolares y manifiesta no saber donde las deja, se distrae fácilmente con estímulos externos y es olvidadizo en sus actividades diarias.

Las características de la impulsividad son: a menudo actúa antes de pensar, cambia con excesiva frecuencia de una actividad a otra, tiene dificultades para organizarse en el trabajo (sin que haya un déficit cognitivo), necesita supervisión constante, no mide el peligro, habla sin pensar e interrumpe conversaciones, hay que llamarle la atención con frecuencia y le cuesta trabajo esperar turno en los juegos o en las situaciones grupales.

Y las características de la hiperactividad son: que corre de un lado para otro con exceso o se sube a los muebles, a menudo mueve manos y pies y se balancea constantemente, habla en exceso, le cuesta mucho quedarse quieto en un sitio o se mueve excesivamente, le cuesta trabajo permanecer sentado, se mueve mucho durante el sueño y está siempre *en marcha* o actúa *como si lo moviera un motor*.

Cabe considerar que si un individuo presenta al menos seis o más de estas características durante un periodo mínimo de seis meses, entonces se podrá sospechar de la existencia del *Trastorno por Déficit de Atención*.

Del mismo modo debe aclararse si las manifestaciones de inatención, impulsividad e hiperactividad de un sujeto, se deben a simples síntomas aislados o constituyen un trastorno”.

CORTE A conductora y cierre del primer segmento

SECUENCIA V

Duración 50'

Aparece nuevamente la conductora a cuadro diciendo:

CONDUCTORA: hasta aquí hemos visto lo que es el trastorno por déficit de atención, y ahora sabemos que el TDA es una condición orgánica que se caracteriza por una dificultad o incapacidad para mantener la atención voluntaria frente a determinadas actividades tanto en el ámbito académico, como cotidiano.

También hemos visto que este padecimiento no aparece de repente, ni se contagia, sino que permanece a lo largo de la vida de quien lo padece.

Sin embargo aunque identifiquemos algunas de las características anteriormente mencionadas, no significa que podamos afirmar que una persona tiene el padecimiento, por lo que para confirmarlo se requiere del trabajo de varios especialistas quienes deberán realizar un diagnóstico que confirme la existencia del trastorno, y esto veremos a continuación.

CORTE A pizarra con el texto “Diagnóstico”

SECUENCIA VI

Duración 3:00'

Regresamos a las entrevistas con la psicóloga, las preguntas guía en esta fase son: ¿Cómo se hace la detección?, ¿Una vez que se ha detectado a un niño, qué se debe hacer?, ¿Qué tipo de pruebas se realizan para la confirmación del diagnóstico?, ¿Cuál es el criterio que conlleva para canalizar a un niño con un médico para realizar el diagnóstico clínico?

SECUENCIA VII

Duración 24'

(Aparecen imágenes de una psicóloga entrevistando a unos padres de familia o a una maestra; la psicóloga hace anotaciones).

VOZ OFF: una vez que ha sido detectado un niño con posible déficit de atención, el primer paso a seguir es buscar ayuda de un profesional, quien deberá hacer un análisis minucioso de la historia del niño, recogiendo la mayor cantidad de datos posibles que

puedan proporcionar padres y profesores sobre la historia del nacimiento del niño, así como su curso evolutivo, la historia escolar y la evaluación del comportamiento del menor.

SECUENCIA VIII

Duración: 27'

(Ahora vemos a la psicóloga aplicando una batería de pruebas al niño **no es necesario especificar que prueba se aplicará, cualquier prueba que incluye el protocolo se acepta*).

VOZ OFF: Una vez que se ha realizado el estudio de la historia del niño, se aplica una serie de pruebas psicométricas que permitirán valorar el desempeño cognitivo del niño.

Algunas de las pruebas que se realizan son: El test gestáltico visomotor de Bender, la evaluación de la percepción visual de Frostig, dibujo de la figura humana, dibujo de la familia, el WISC RM, el psicodiagnóstico de Rorschach y el test de ejecución continua entre otras.

CORTE A conductora

SECUENCIA IX

Duración: 18'

Aparece conductora a cuadro.

CONDUCTORA: hasta aquí hemos visto que el primer paso después de la detección, es acudir a un psicólogo quien deberá realizar algunas pruebas que permitirán definir si un niño padece déficit de atención o no, sin embargo para que el diagnóstico esté completo se recomienda acudir a un neurólogo o paidopsiquiatra para terminar este proceso.

CORTE A entrevista a neurólogo y psiquiatra

SECUENCIA X

Duración: 2:00'

Las preguntas guía serán: ¿En qué consiste el diagnóstico del TDA desde un punto de vista médico?, ¿Neurológicamente, qué diferencia a un niño con el TDA de otro que no lo tiene?, ¿Qué estudios se realizan para determinar si existe o no el TDA?

CORTE A locutor

SECUENCIA XI

Duración: 12'

(Imágenes de un consultorio médico donde vemos a un doctor revisando a un niño)

VOZ OFF: si después de aplicar las pruebas psicológicas, los resultados no fueran suficientes, el psicólogo podrá canalizar a un médico ya sea un psiquiatra o un neurólogo quien se encargará de realizar el diagnóstico clínico.

SECUENCIA XII

Duración: 17'

(Se pueden incluir imágenes de tomografías y/o electroencefalogramas para ilustrar este texto)

VOZ OFF: dicho diagnóstico consiste en realizar un examen físico e inclusive de ser necesario electroencefalogramas y tomografías por emisión de positrones que determinarán la actividad cerebral del niño, y hasta ese momento se podrá confirmar la existencia del trastorno por déficit de atención.

CORTE A conductora

SECUENCIA XIII

Duración:

Aparece conductora diciendo:

CONDUCTORA: hasta aquí hemos visto las características del déficit de atención, y el proceso que se requiere para hacer un diagnóstico responsable, que como sabemos ahora, el hecho de identificar a un niño con algunos de estos síntomas no significa que podamos señalarlo con déficit de atención, sino que ahora aprendimos que es necesario realizar las pruebas pertinentes para afirmar que una persona tiene déficit de atención o no.

(Cambia el cuadro de la conductora quien continúa diciendo)

Sin embargo, el detectar y diagnosticar a un niño con el trastorno no es suficiente, pero si nos da una ventaja al saber que es un niño que requiere de ayudas académicas adicionales, así como el poder realizar algunos cambios en su estructura social cotidiana; pero por qué no vamos con los especialistas para que nos hablen de las implicaciones que conlleva el trastorno por déficit de atención?

CORTE A entrevistas con la psicóloga y maestra de grupo

SECUENCIA XIV

Duración: 3:00'

(Esta fase se puede ilustrar intercalando imágenes de las especialistas y niños en salones de clases o jugando)

Las preguntas guía en esta fase son: una vez que se ha diagnosticado el déficit de atención ¿qué se puede hacer al respecto?, ¿cómo es el desempeño escolar de estos niños?, ¿se requiere de algún trabajo especial con ellos?, ¿Qué tan recomendables son las actividades extracurriculares?, ¿qué tipo de actividades?, ¿qué tipo de apoyo reciben los maestros para atender a los niños con TDA/H?, En casa ¿cómo es la conducta de estos niños?, ¿Qué tan benéfico o perjudicial resultan la televisión y los videojuegos para los niños con éste trastorno?, ¿ Si se les da la atención adecuada, que se espera del futuro de estos niños en su vida adulta?

CORTE A conductora

SECUENCIA XV

Duración: 10'

Ya que hemos conocido un poco más de las implicaciones escolares, ahora presentaremos algunas estrategias que se recomiendan para trabajar con estos niños.

CORTE A entrevistas sobre estrategias

SECUENCIA XVI

Duración: 2:30'

Las preguntas guía serán: ¿qué tipo de adecuaciones (estrategias) se recomiendan a estos casos?, ¿Cuáles son las estrategias que más funcionan con un niño con déficit de atención?, ¿Se requieren materiales especiales?, ¿qué tipo de estrategias se recomiendan para los padres de familia?

CORTE A locutor

SECUENCIA XVII

Duración: 1:10'

(Apoyo de imágenes de niños y padres o maestros, actuando las estrategias)

VOZ OFF: algunas de las estrategias recomendadas para el tratamiento del trastorno por déficit de atención son: el lenguaje interiorizado también conocido como auto instrucciones, donde el niño debe repetir en voz alta lo que debe hacer, éste les permitirá pensar antes de actuar; otra estrategia que funciona es la que se conoce como reducción de estímulos, y consiste en ubicar al niño en un área que le ofrezca la menor cantidad de distractores posibles, con la finalidad de que pueda poner atención a una cosa a la vez; se recomienda evitar dar varias instrucciones al mismo tiempo porque el niño no atendería satisfactoriamente ninguna, en cambio se deben dar las instrucciones una por una y se deberán realizar paulatinamente, es importante también mencionar que se le debe enseñar a sistematizar sus actividades cotidianas, esto quiere decir que sin importar la tarea que emprenda, debe aprender a terminar lo que comienza, y por último cabe mencionar que el uso de materiales didácticos es muy útil para el aprendizaje de estos niños, ya que se benefician ampliamente de su exposición al ser personas que requieren de objetos que llamen constantemente su atención.

CORTE A conductora

SECUENCIA XVIII

Duración: 25' ó 40'

CONDUCTORA: Otra recomendación que hacemos, es la incorporación del niño en actividades físicas con disciplina como puede ser la práctica del tae-kwon do, el futbol o la natación, así como la práctica del ballet clásico, puesto que estas actividades no solo

permitirán desahogar la energía excesiva que suelen tener los niños, sino que la misma disciplina les enseñará seguir instrucciones de manera sistematizada y con orden.

Bueno, pues hasta aquí llegamos al final, esperando que este documental les haya servido de ayuda para conocer lo que es el trastorno por déficit de atención, y sus implicaciones y lo que hay que hacer para diagnosticarlo, así como algunas sugerencias para su tratamiento, y recuerden que los niños de hoy son la esperanza del mañana.

DISOLVENCIA A gráfico

“Un buen agricultor siembra con amor, riega con cariño, espera con ilusión y disfruta viendo crecer; si tiene éxito ayudará a formar personas felices y de raíces profundas”.

CORTE A créditos y agradecimientos

SECUENCIA XIX

Créditos y agradecimientos.

Una vez que fue elaborado y aprobado el pre-guión, se hicieron las correcciones pertinentes al mismo y se dio el paso siguiente que fue la elaboración del guión técnico o guión definitivo.

El guión técnico es un guión elaborado a partir de la escaleta, y prácticamente contiene todos los elementos previamente establecidos, sin embargo en esta fase el realizador puede suprimir, incorporar o modificar pasajes de la acción o diálogos, así como establecer tiempos de cada segmento, y es muy útil sobre todo para la edición, ya que el editor debe apoyarse de manera fiel en este guión.

El formato del guión técnico televisivo o guión definitivo, generalmente se realiza en dos columnas, en la columna del lado izquierdo se establecen las imágenes que aparecen en el producto final; si se usan imágenes de fachadas de institutos o niños realizando las pruebas de detección del trastorno, etc. Y en la columna del lado derecho se establece todo lo relacionado con el audio; pero como este documental está basado en una serie de entrevistas, en la columna del lado derecho solo aparecen las preguntas que sirvieron de guía para realizar las entrevistas, ya que en cada consulta se realizaron cuestionamientos

diferentes a cada especialista, con la finalidad de enriquecer y darle una secuencia lógica al documental. Así mismo en la parte donde intervienen el locutor y la conductora, en la columna del lado derecho aparecen los diálogos, aunque cabe mencionar que en el documental no necesariamente deben de aparecer textuales los diálogos, sino que la idea del tema es lo que permanece. Además, en el mismo guión se informa sobre el material de apoyo que se utilizó, como en este caso fue el uso de las dramatizaciones ejemplificando el trastorno, la entrevista a los padres y la aplicación de la batería de pruebas; así como la utilización de gráficos que resaltan los aspectos más importantes a considerar, con la finalidad de ilustrar visualmente las intervenciones del locutor.

Por lo que a continuación se presenta el guión técnico que como se mencionó anteriormente es en el que está basado fielmente el documental:

GUIÓN TÉCNICO

VIDEO	AUDIO
<i>SECUENCIA I</i> (Duración 2:00')	
<p>Fade in: full shot casa, vemos a un niño que se dispone a hacer la tarea.</p> <p>Corte a: reloj de manecillas que marcan las 3:00 pm.</p> <p>Abre el cuaderno, pasa las hojas; se detiene en una y saca el lápiz.</p> <p>Corte a: médium shot del niño que, sin hacer el trabajo escolar mordiendo la goma del lápiz y en una actitud como ido en sus pensamientos.</p> <p>Corte a: el reloj de manecillas que marcan las 3:30 pm.</p> <p>Corte al papá que se acerca a revisar el avance de la tarea, y se da cuenta que no ha hecho nada, y se sienta a ayudarlo.</p> <p>Corte a Full Shot papá e hijo, de repente el niño se pone a platicarle al papá de su día en la escuela, y el papá le llama la</p>	<p>MÚSICA</p> <p><i>AUDIO INCIDENTAL:</i> Ad libitum</p>

<p>atención al niño para que haga la tarea.</p> <p>Corte a close up: la cara del papá desesperado porque han pasado horas y el niño aún no empieza su tarea.</p> <p>Disolvencia al reloj de manecillas, que marca las 4: 15 pm.</p> <p>Corte a: niño que está inclinado en el cuaderno haciendo tarea y de repente se para de la silla y va por (algún juguete o unas galletas, etc.)</p> <p>Corte a reloj de manecillas que marca las 5:00 pm.</p> <p>Corte a: niño que se muestra visiblemente fastidiado y se recuesta sobre la mesa, con la actitud de quererse dormir sobre el cuaderno.</p> <p>Disolvencia al reloj de manecillas que marcan las 6: 00 pm</p> <p>Corte a full shot de papa e hijo que se muestran enojados y cansados, el papá ya dando órdenes al niño de lo que debe hacer y el niño que hace las cosas de mala gana.</p> <p>Corte a: reloj de manecillas que marcan las 7: 00 pm</p> <p>Corte a: El cuaderno con un escrito, la letra debe ser mal hecha, se notan constantes borrones, la hoja está arrugada; e inclusive pueden haber frases o palabras incompletas.</p>	
<p>CORTE A</p>	
<p><i>SECUENCIA II</i> (Duración 50')</p>	
<p>Médium shot: conductora a cuadro (yo misma)</p>	<p>MÚSICA</p> <p>CONDUCTORA: ¿hola que tal? La escena que acaban de presenciar es el</p>

	<p>comportamiento común de un niño que padece el trastorno por déficit de atención, al momento de hacer la tarea; en esta escena pudimos observar que al niño no solo se le dificultó comenzar la tarea, sino que tardó demasiado tiempo en realizar una actividad que a otro niño no le tomaría más de 15 minutos, y su problema con la organización del tiempo provoca frecuentemente el disgusto de los padres e inclusive del niño, por lo cansado que resulta el llevar a cabo estas actividades; cabe mencionar que el TDA es uno de los padecimientos que se presenta con mayor incidencia en las escuelas, sin embargo, a pesar de ser tan mencionado consideramos que aun hace falta mucha información sobre el mismo; por lo que la intención de este video es dar a conocer lo que significa “trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad” con la finalidad de que sirva como herramienta para ayudar a las personas que se encuentran cerca de alguien con TDA para entenderlo mejor y facilitar su convivencia. Se sabe que el trastorno por déficit de atención afecta aproximadamente de 3 al 7% de la población mundial pero por qué no dejamos que los especialistas nos comenten más del tema.</p>
CORTE A	
PIZARRA: “¿Qué es el TDA/TDAH?”	MÚSICA
CORTE A	

<i>SECUENCIA III</i> (Duración 6:00)	
Entrevistas con especialistas	
	(En esta parte, se hace collage de entrevistas a especialistas psicólogos, neurólogos y psiquiatras) Las preguntas guía son: ¿qué es el trastorno por déficit de atención?, ¿Se considera una discapacidad?, ¿Cómo se adquiere?, ¿Es curable?, ¿Qué lo provoca?, ¿Cuánto tiempo dura?, ¿Con qué frecuencia se presenta?, ¿en qué se diferencia un niño con el trastorno de uno que no lo tiene?, sintomatología.
CORTE A	
<i>SECUENCIA IV</i> (Duración 2:10')	
<i>Pizarra:</i> SINTOMATOLOGÍA.	MÚSICA VOZ OFF (Audio): “El trastorno por déficit de atención tiene 3 tipos de sintomatologías, estas pueden ser de inatención, impulsividad e hiperactividad y presenta conductas frecuentes y persistentes.
<i>Gráfico:</i> <i>INATENCIÓN</i> No pone atención No escucha No sigue instrucciones Tiene dificultad en organizarse, No mantiene la atención, Pierde cosas Se distrae fácilmente Es olvidadizo.	VOZ OFF: las características de la inatención son: <ul style="list-style-type: none">• Frecuentemente no pone atención a los detalles, o comete demasiados errores por no fijarse en trabajos de la escuela, o en otras actividades,• Le dificulta mantener la atención aún en trabajos lúdicos,• parece no escuchar cuando se le habla,• no sigue instrucciones, o falla en terminar las cosas, incluso en la interpretación de estas instrucciones,

	<ul style="list-style-type: none"> • tiene dificultad en organizarse, • evita situaciones que implican mantener un nivel constante de esfuerzo mental, • frecuentemente pierde cosas, especialmente las relacionadas con la escuela, • se distrae fácilmente con estímulos externos y • es olvidadizo en sus actividades diarias.
<p><i>Gráfico:</i> IMPULSIVIDAD: Actúa sin pensar, Inconstante, No se organiza Necesita supervisión, No mide el peligro, Habla sin pensar Se le reprende No espera turnos</p>	<p>VOZ OFF: Las características de la impulsividad son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A menudo actúa antes de pensar, • cambia con excesiva frecuencia de una actividad a otra, • tiene dificultades para organizarse en el trabajo (sin que haya un déficit cognitivo), • necesita supervisión constante, • no mide el peligro, • habla sin pensar e interrumpe conversaciones, • hay que llamarle la atención con frecuencia y • le cuesta trabajo esperar turno en los juegos o en las situaciones grupales.
<p><i>Gráfico:</i> HIPERACTIVIDAD: Corre de un lado para otro se balancea constantemente, Habla en exceso,</p>	<p>VOZ OFF: Y las características de la hiperactividad son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • que corre de un lado para otro con exceso o se sube a los muebles, • a menudo mueve manos y pies y se balancea constantemente, • habla en exceso, • le cuesta mucho quedarse quieto en un

	existencia, y esto veremos a continuación.
CORTE A	
<i>Gráfico:</i> DIAGNÓSTICO	
<i>SECUENCIA VI</i> (Duración 3:00')	
Entrevistas sobre diagnóstico	MÚSICA Las preguntas guía en esta fase son: ¿Cómo se hace la detección?, ¿Una vez que se ha detectado a un niño, qué se debe hacer?, ¿Qué tipo de pruebas se realizan para la confirmación del diagnóstico?, ¿Cuál es el criterio que conlleva para canalizar a un niño con un medico para realizar el diagnóstico clínico?
CORTE A	
<i>SECUENCIA VII</i> (Duración 24')	
Intercortes de una psicóloga entrevistando a unos padres de familia o a una maestra; la psicóloga hace anotaciones.	VOZ OFF: Una vez que ha sido detectado un niño con posible déficit de atención, el primer paso es buscar ayuda de un profesional, quien deberá hacer un análisis minucioso de la historia del niño, recogiendo la mayor cantidad de datos posibles que puedan proporcionar padres y profesores sobre la historia del nacimiento del niño, así como su curso evolutivo, la historia escolar y la evaluación del comportamiento del menor.
CORTE A	
<i>SECUENCIA VIII</i> (Duración: 27')	

<p>Two Shot: Vemos a la psicóloga aplicando una batería de pruebas al niño <i>*no es necesario especificar que prueba se aplicará, cualquier prueba que incluye el protocolo se acepta.</i></p>	<p>VOZ OFF: Ya que se ha realizado el estudio de la historia del niño, se aplica una serie de pruebas psicométricas que permitirán valorar el desempeño cognitivo del niño.</p> <p>Algunas de las pruebas que se realizan son: El test gestáltico visomotor de Bender, la evaluación de la percepción visual de Frostig, dibujo de la figura humana, dibujo de la familia, el WISC RM, el psicodiagnóstico de Rorschach y el test de ejecución continua, entre otras.</p>
CORTE A	
SECUENCIA IX (Duración: 18')	
<p>Medium shot: Conductora a cuadro.</p>	<p>MÚSICA</p> <p>CONDUCTORA: Hasta aquí hemos visto que el primer paso después de la detección, es acudir a un psicólogo quien deberá realizar algunas pruebas que permitirán definir si un niño padece déficit de atención o no, y de acuerdo a los resultados, el especialista decide si se considera necesario acudir a un neurólogo o paidopsiquiatra para terminar este proceso.</p>
CORTE A	
SECUENCIA X (Duración: 2:00')	
<p>Entrevista a paidopsiquiatra</p>	<p>MÚSICA</p> <p>Las preguntas guía serán: ¿En qué consiste el diagnóstico del TDA desde un punto de vista médico?, ¿Neurológicamente, qué diferencia a un</p>

	niño con el TDA de otro que no lo tiene?, ¿Qué estudios se realizan para determinar si existe o no el TDA?
CORTE A	
<i>SECUENCIA XI</i> (Duración: 1:00')	
PIZARRA "LA MEDICACIÓN"	Continúa la entrevista a la paidopsiquiatra, las preguntas guía serán: ¿Cuánto tiempo dura la medicación?, ¿Todos los niños con TDAH son medicados?, ¿Qué tipo de medicamentos requieren?
<i>SECUENCIA XII</i> (Duración: 17')	
CORTE A	
Midium shot: Conductora	MÚSICA CONDUCTORA: Hasta aquí hemos visto las características del déficit de atención, y el proceso que se requiere para hacer un diagnóstico responsable, que como sabemos ahora, el hecho de identificar a un niño con algunos de estos síntomas no significa que podamos decir que tiene déficit de atención, sino que ahora aprendimos que es necesario acudir a los especialistas quienes realizarán las pruebas pertinentes para confirmar el trastorno.
CORTE A	
Otro ángulo con la conductora	CONDUCTORA: Sin embargo, el detectar y diagnosticar a un niño con el trastorno no es suficiente, pero si nos da una ventaja al saber que es un niño que requiere de ayudas académicas adicionales, así como el poder realizar algunos cambios en su estructura social cotidiana; pero ¿por qué

	no vamos con los especialistas para que nos hablen de las implicaciones que conlleva el trastorno por déficit de atención?
CORTE A	
<i>SECUENCIA XIII</i> (Duración: 3:00')	
	<p>MÚSICA</p> <p>Las preguntas guía en esta fase son: Una vez que se ha diagnosticado el déficit de atención ¿qué se puede hacer al respecto?, ¿cómo es el desempeño escolar de estos niños?, ¿se requiere de algún trabajo especial con ellos?, ¿qué tipo de apoyo reciben los maestros para atender a los niños con TDA/H?</p>
CORTE A	
<i>SECUENCIA XIV</i> (Duración: 50')	
Medium shot: Conductora	<p>CONDUCTORA: El profesor Marco Antonio Marín mencionó al USAER, que es la unidad de servicios de apoyo a la educación regular; y es un servicio con el que cuentan algunas escuelas públicas de educación básica para atender de manera personalizada dentro de los planteles, a los alumnos que requieren de ayudas académicas adicionales, incluidos los casos de déficit de atención.</p> <p>Ya que hemos conocido un poco más de las implicaciones escolares, ahora presentaremos algunas estrategias que se recomiendan para trabajar con estos niños.</p>
CORTE A	
<i>SECUENCIA XV</i> (Duración: 2:30')	

Collage entrevistas sobre estrategias	<p>MÚSICA</p> <p>ESTRATEGIAS: Preguntas: ¿qué tipo de adecuaciones (estrategias) se recomiendan a estos casos?, ¿Cuáles son las estrategias que más funcionan con un niño con déficit de atención?, ¿Se requieren materiales especiales?, ¿qué tipo de estrategias se recomiendan para los padres de familia?</p>
CORTE A	
<i>SECUENCIA XVI</i> (Duración: 1:10')	
Apoyo de imágenes de niños trabajando en un salón de clases.	<p>MÚSICA</p> <p>VOZ OFF: Algunas de las estrategias recomendadas para el tratamiento del trastorno por déficit de atención son: el lenguaje interiorizado, también conocido como auto instrucciones, donde el niño debe repetir en voz alta lo que debe hacer, éste les permitirá pensar antes de actuar; otra estrategia que funciona es la que se conoce como reducción de estímulos, y consiste en ubicar al niño en un área que le ofrezca la menor cantidad de distractores posibles, con la finalidad de que pueda poner atención a una cosa a la vez; se recomienda evitar dar varias instrucciones al mismo tiempo, las instrucciones se deberán dar una por una y de manera paulatina, es importante también mencionar que se le debe enseñar a sistematizar sus actividades cotidianas, esto quiere decir que sin importar la tarea que emprenda, debe terminar siempre lo</p>

	<p>que comienza. Y por último cabe mencionar que el uso de materiales didácticos es muy útil para el aprendizaje de estos niños, ya que se benefician ampliamente de su exposición al ser personas que requieren de objetos que llamen constantemente su atención.</p>
CORTE A	
SECUENCIA XVII (Duración: 40')	
Medium shot: Conductora a cuadro	<p>MÚSICA</p> <p>CONDUCTORA: Otra recomendación que hacemos, es la incorporación del niño en actividades físicas con disciplina como puede ser la práctica del tae-kwon do, el fútbol o la natación, así como la práctica del ballet clásico, puesto que estas actividades no solo permitirán desahogar la energía excesiva que suelen tener los niños, sino que la misma disciplina les enseñará seguir instrucciones de manera sistematizada y con orden, así como la realización de diversas actividades artísticas.</p> <p>Bueno, pues hasta aquí llegamos al final, esperando que este documental les haya servido de ayuda para conocer lo que es el trastorno por déficit de atención, y sus implicaciones y lo que hay que hacer para diagnosticarlo, así como algunas sugerencias para su tratamiento, y recuerden que los niños de hoy son la esperanza del mañana</p>
DISOLVENCIA A gráfico	
	MÚSICA

	VOZ OFF: Un buen agricultor siembra con amor, riega con cariño, espera con ilusión y disfruta viendo crecer; si tiene éxito ayudará a formar personas felices y de raíces profundas.
CORTE A	
<i>SECUENCIA XVIII</i>	
Créditos y agradecimientos	

4) Realización del video

Una vez que se realizó este guión técnico, se llevó a cabo la grabación y edición del material, el cual se presenta de manera adjunta con este documento escrito.

Cabe mencionar que para dicha realización se utilizaron materiales, participantes y escenarios diversos, los cuales se describen a continuación:

Materiales: Cámara profesional de formato mini HDV, cámara handycam Sony en formato mini DVD, casetes mini HDV, mini DVD, micrófono, set de iluminación portátil, computadora Macintosh, computadora portátil Toshiba, isla de edición con programa final cut, cabina de radio con programa de protocols, discos de DVD con estuche.

Participantes: Los participantes que aparecen en el video se mencionan a continuación:

Actores: Nando Estevané (padre e hijo de mismo nombre)

Especialistas: Dra. María Teresa Acosta, Dr. Boris Rubinstein, Psicólogo José Bauermeister, Dra. Gabriela Santos, Lic. Angélica Sánchez Bastida y Profesor Marco Antonio Marín Cárdenas.

Locutor: Daniel Zavala

Conductora: Ariadna Treviño

Escenario: Los escenarios variaron de acuerdo a la entrevista concedida. Cabe mencionar que las entrevistas realizadas a la Dra. María Teresa Acosta, Dr. Boris Rubinstein y Psicólogo José Bauermeister, tuvieron como marco el 4º Congreso Internacional sobre Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad TDAH, realizado en el hotel Paraíso Radisson del Pedregal en el mes de septiembre del 2008; la entrevista concedida por la

maestra Angélica Sánchez Bastida, se efectuó en las instalaciones del colegio a su cargo llamado *Colegio Alive*, ubicado en Avenida Pacífico esquina M. A. de Quevedo en Coyoacan; la entrevista realizada al profesor Marco Antonio Marín Cárdenas se llevó a cabo dentro de la biblioteca pública *José Rosas Moreno* ubicada en el centro comunitario de la U. H Tlalpan, debido a las dificultades que se me presentaron de poder ingresar a una escuela pública de educación básica, ante la negativa de la SEP para efectuar las entrevistas dentro de un plantel de primaria; y por último la entrevista concedida por la Dra. Gabriela Santos, paidopsiquiatra adscrita del Hospital Psiquiátrico Infantil *Juan N. Navarro*, se realizó en su consultorio particular debido a la política interna de dicha institución. Otros escenarios fueron: para la dramatización inicial, así como el consultorio de la psicóloga se utilizó la casa del niño; el estudio de grabación para la intervención del locutor, los estudios Churubusco donde se llevó a cabo la edición del material y las participaciones de la conductora, se ubican dentro las instalaciones de la Universidad Pedagógica Nacional Unidad Ajusco (UPN), cabe mencionar que todas estas locaciones se encuentran en la Ciudad de México.

5) Propuesta de evaluación del material didáctico

Para la evaluación de este material didáctico dirigido a padres de familia, profesores de educación básica y psicólogos educativos, se elaboró un instrumento en forma de cuestionario con preguntas cerradas de opción múltiple. Este instrumento tiene la finalidad de evaluar tanto el material didáctico como la información que contiene, es decir, este instrumento propone evaluar la información de cada una de las tres categorías que contiene el video, (características, diagnóstico y tratamiento) de los cuales se destinarán 4 reactivos para la primera categoría y dos reactivos para la segunda y tercera parte.

Del mismo modo, se incluye una sección que evalúa el material didáctico, es decir el video; con la finalidad de conocer la opinión de los espectadores acerca del mismo, es decir que no solo se evalúa la información transmitida acerca del déficit de atención, sino también se evalúa el material, en cuanto a dinamismo, entretención, eficacia, etc. Esta parte de la evaluación consta de diez reactivos y una sección abierta para que el espectador haga comentarios libres acerca de su opinión acerca del video.

Esta evaluación se propone aplicar en un solo momento, al terminar de ver el video, con la finalidad de conocer si la información que en él se transmite es consistente e informa de manera clara y precisa lo que es el trastorno por déficit de atención, así como conocer la opinión acerca del dinamismo del material, así como de su utilidad y eficacia.

El propósito de hacer la evaluación de esta manera es porque se debe de considerar que si bien el objetivo de este trabajo recepcional es la realización de un material didáctico, en éste se transmite información acerca del trastorno por déficit de atención, y de este modo se permite conocer si la información que en él se maneja es clara, consistente y útil.

Por lo que el instrumento de evaluación se presenta a continuación:

EVALUACIÓN

Instrucciones: Este cuestionario tiene el objetivo de saber si el video que acaba de ver le transmitió información clara y precisa acerca del déficit de atención, por lo que se le pide que subraye la respuesta que considere correcta:

1.- El déficit de atención es:

- a) Un trastorno
- b) Una enfermedad
- c) Una discapacidad
- d) Un problema de conducta

2.- El déficit de atención se manifiesta con mayor frecuencia, en la siguiente etapa:

- a) Edad adulta
- b) Edad preescolar
- c) Desde el nacimiento
- d) En la educación básica (o primaria)

3.- Los síntomas primarios del déficit de atención son:

- a) Negligencia, inquietud y precipitación
- b) Ímpetu, despreocupación e hiperkinesia
- c) Inatención, impulsividad e hiperactividad
- d) Sobreexcitación, vehemencia e imprevisión

4.- El déficit de atención:

- a) Se cura
- b) Se contagia
- c) Aparece y desaparece de manera intermitente
- d) Permanece a lo largo de la vida de quien lo padece

5.- Según la información que transmite el video, lo que se recomienda que debe hacer este especialista como primer paso para comenzar el proceso del diagnóstico es:

- a) Interrogar al niño
- b) Entrevistar a los padres
- c) Realizar un examen médico
- d) Aplicar pruebas psicológicas

6.- Los tiempos de medicación (cuando se requiere) duran:

- a) Un año
- b) 6 meses
- c) Varía en cada caso
- d) Durante toda la vida

7.- El déficit de atención se beneficia cuando el trabajo escolar es:

- a) En equipo
- b) Separado
- c) Personalizado
- d) Para todo el grupo

8.- La práctica de alguna disciplina deportiva beneficia al déficit de atención porque el alumno:

- a) Mejora sus calificaciones
- b) Aprende a controlar su agresividad
- c) Aprende a seguir reglas y sistematizar
- d) Desahoga la energía excesiva y duerme más

Evaluación del material:

Instrucciones: a continuación se presenta una serie de reactivos que evalúan el material de modo que se conozca su opinión sobre el video, por lo que se le pide que seleccione la respuesta que coincida con su opinión:

Por favor seleccione la respuesta según considere:

1. El video me pareció:
 - a) Aburrido
 - b) Cansado
 - c) Dinámico
 - d) Interesante
 - e) Novedoso

2. La información que se transmite en el video me fue:
 - a) Útil
 - b) Inútil
 - c) Interesante
 - d) No le entendí

3. La musicalización del video me pareció:
 - a) Adecuada
 - b) No me fijé
 - c) Agradable
 - d) Estruendosa (muy fuerte)

4. Antes de ver el video yo conocía acerca del déficit de atención:
 - a) Nada
 - b) Algo
 - c) Poco
 - d) Bastante

5. La información que contiene el video acerca de las características del déficit de atención fue:
- a) Excesiva
 - b) Buena
 - c) Suficiente
 - d) Poca
6. La información que contiene el video acerca de la detección y diagnóstico fue:
- a) Excesiva
 - b) Buena
 - c) Suficiente
 - d) Poca
7. La información que contiene el video acerca de las implicaciones escolares fue:
- a) Excesiva
 - b) Buena
 - c) Suficiente
 - d) Poca
8. La información que contiene el video acerca de las estrategias sugeridas para tratar con los alumnos con déficit de atención fue:
- a) Excesiva
 - b) Buena
 - c) Suficiente
 - d) Poca
9. Después de ver el video considero que aprendí sobre el déficit de atención:
- a) Bastante
 - b) Algo
 - c) Poco
 - d) Nada

TABLA DE RESPUESTAS			
REACTIVO	RESPUESTA	REACTIVO	RESPUESTA
1)	a	6)	c
2)	d	7)	b
3)	c	8)	c
4)	d	9)	a
5)	a	10)	c

REFLEXIÓN FINAL

Una vez que se ha concluido la realización de este trabajo recepcional, es preciso mencionar que la experiencia de hacer un trabajo de esta índole fue muy gratificante, dado que esta tesis se puede considerar como un trabajo de innovación, ya que han sido pocas las tesis en la modalidad de elaboración de material educativo que se han realizado en la Universidad Pedagógica Nacional, sin embargo una gran parte de ellas consisten en desarrollar diversos programas de computadoras conocidos también como software, que permiten un acercamiento diferente a la educación de manera interactiva, tal es el caso de enciclopedia que ofrece un panorama recreativo y diferente del aprendizaje

En este caso, el material educativo consistió en la realización de un documental en formato de video, que nació a partir del interés por difundir el trastorno por déficit de atención dado que a pesar de ser un concepto conocido aún ha sido poco divulgado, y es por esto que la finalidad de este trabajo recepcional tiene la intención de que se conozca el déficit de atención de un modo diferente, y que llegue a la población vulnerable afectada por el mismo.

Esto quiere decir que este material puede utilizarse en las escuelas para instruir a los maestros acerca del TDA, e inclusive puede servir como introducción en un curso de actualización donde los maestros puedan llegar a despejar las dudas que les surjan en torno al mismo.

De igual forma, también puede servir para que los padres de familia que reciban la noticia de que su hijo padece déficit de atención, utilicen este video como guía para aclarar las dudas que puedan tener acerca del mismo, y también conocer que es lo que deben hacer para lograr un diagnóstico y tratamiento responsable con la intención de que sus hijos puedan tener una mejor integración a la sociedad y a sus contextos sin sufrir ningún tipo de etiquetación que pueda repercutir en sus vidas.

Inclusive, como se mencionó al inicio de este trabajo, existen psicólogos escolares que aun desconocen algunos aspectos sobre el trastorno, y es por esto que el video les puede ser de utilidad para conocer un poco más del mismo, y en un momento dado puede ayudarles a saber que procedimiento seguir tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. Ya que como se indicó desde el principio, este documental tiene la finalidad de difundir el trastorno de una manera diferente, en cuanto a características, diagnóstico y

tratamiento, y el modo de hacerlo es a través de este trabajo escrito además del documental en formato de video.

Y para poderlo difundir, en primera instancia será preciso realizar una serie de evaluaciones con las diversas poblaciones hacia las que se dirige este material, y de este modo conocer su funcionalidad; y a partir de los resultados se considerará que junto con el departamento de difusión cultural de la Universidad Pedagógica Nacional pueda publicarse y de este modo permita propagar el video en las instituciones que requieran de este tipo de material, así como también se estimaría tener un acercamiento con la Dirección General de Educación Especial de la SEP con quienes ya se ha establecido un primer contacto, esto con la finalidad que alcance la mayor difusión posible.

Y por último, cabe mencionar que al ser éste el primer trabajo recepcional que plantea la realización de un video en la licenciatura de psicología educativa, tiene también el fin de poder ser una guía para compañeros de generaciones futuras que deseen realizar este tipo de materiales en la modalidad de elaboración de material educativo.

REFERENCIAS

- AESI-TDA (Asociación Española para el Estudio Interdisciplinar de los Trastornos por Déficit de Atención).(2006) "Naturaleza de los TDA's". Revisado el 29 de octubre de 2007, en: www.aportodas.org/decontrasdas.htm
- Ausubel, D., Novak, J. & Hanesian, H. (2000) *Psicología Educativa. Un punto de vista cognoscitivo*. Trillas. México.
- Ausubel, D., Novak, J. & Hanesian, H. (2005) *Psicología Educativa. Un punto de vista cognoscitivo*. Trillas. México.
- Barkley, R. (1982) *Guidelines for defining hyperactivity in children*. En Lahey, B., Kazdin, A. (eds.) "Advances in Clinical Child Psychology", Vol. 5. Plenum. Nueva York.
- Barkley, R. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. Nueva York: Guilford Press.
- Barkley, R. (1999) *Niños Hiperactivos*. "Como comprender y atender sus necesidades especiales". España: Paidós.
- Bautista, R. (2002) *Necesidades educativas especiales*. Málaga: Aljibe.
- Biaggi, H. R. (1996) "Trastorno por Déficit de la Atención". Un resumen actualizado en Alcmeon 18. No.3 Revisado el 20 de septiembre de 2006, en: www.drwebsa.com.ar/aap/alcmeon/18/a18_05.htm
- Bornas, X. y Servera, M. (1996). "Cognitive training programs to reduce impulsivity-related achievement problems: The need of in-classroom interventions", en: *Learning and Instruction*, 2, 89-100.
- Bornas, X. y Servera, M. (1996). *La impulsividad infantil. Un enfoque cognitivo-conductual*. Madrid: Siglo veintiuno de España Editores.
- Brown, A. y Barclay, C. (1976). "The effect of training specific mnemonics in the metamnemonic efficiency of special children". *Child Development*. 16 (47). 71-80.
- Calderón Astorga, N.(2006) "Trastorno por Déficit de Atención", Revisado el 27 de octubre de 2007, en: www.ceril.cl/P74_tda.htm
- Calderón, C. (2003) "Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Programa de tratamiento cognitivo-conductual". *Tesis para obtener el grado de doctorado en psicología*. Barcelona: Facultad de Psicología.
- Cooper, J. (1990) *Cómo mejorar la comprensión lectora*. España: Ministerio de Educación y Ciencia.
- Corsale, K. y Ornstein, P. (1980). "Developmental changes in children's use of semantic information in recall". *Journal of Experimental Child Psychology*. 8 (30), 231- 245.
- Deci. (1975) *La enseñanza y el aprendizaje en la escuela primaria*. Paidós. México
- Deutsch, D. (2003) *Bases Psicopedagógicas de la Educación Especial*. España: Pearson, Prentice Hill
- Dickman, S.J. (1993). "Impulsivity and information processing". en W.G. McCown, J.L. Johnson y M.B. Shure (Eds.). *The impulsive client: Theory, research and treatment* (pp. 151-185). Washington, DC: American Psychological Association.

- Dyckman, R., Ackerman, P., Clements, S., Peters, J. (1971) "Specific learning disabilities: an attentional deficit syndrome". En Myklebust, H. (ed.) *Progress in Learning Disabilities*, vol. 2. Grune & Stratton. New York.
- Dockrell, J. Y McShane, J. (1997) *Dificultades de aprendizaje en la infancia. Un enfoque cognitivo*. Barcelona: Paidós.
- Diccionario de las Ciencias de la Educación*.(1995) Santillana. Madrid.
- Douglas, V. (1988). "Cognitive deficits in children with attention deficit disorder with hyperactivity". En L. Bloomingdale y J. Sergeant (Eds.), *Attention Deficit Disorder: Critique, and Intervention Cognition, and Intervention* (pp. 65-82). Nueva York: Pergamon.
- Duvirage, J. (1992) *Educación y psicomotricidad*. México: Trillas.
- Dzib, A. (2004) *Estrategias metacognitivas como apoyo a la integración educativa de niños con TDA y TDAH*. Conferencia realizada para la UPN en marzo de 2004. México DF.
- Eliás, Y. y Estañol, B. (2005) *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Bases neurobiológicas, modelos neurobiológicos, evaluación y tratamiento*. México: Trillas
- Félix, V. (2005) "Perspectivas recientes en la evaluación neuropsicológica y comportamental del trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad". *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, ISSN:1696-2095. Nº 7, Vol. 3 (3), pp. 215-232. Extraído el 5 de noviembre de 2007, de:
http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/7/espagnol/Art_7_92.pdf
- Friend, M y Bursuck, W. (1999) *Alumnos con dificultades, guía práctica para su detección e integración*. Argentina: Troquel.
- García, B. (2003) "Trastorno por déficit de atención". *Tesina para obtener el título de licenciada en educación básica*. México: Universidad Pedagógica Nacional.
- García, J. (1998) "Manual de dificultades de aprendizaje". *Lenguaje, lecto-escritura y matemáticas*. Narcea. Madrid.
- García, J.(1997) *Psicología de la Atención*. España: Síntesis Psicología.
- Geldald, F. (1971) *Fundamentos de psicología*. México: Trillas.
- Goldstein, S. y Goldstein, M. (1990). *Managing attention disorders in children*. Winchester: Wiley.
- Gómez, L. (2000) "Actividades para el desarrollo de la comprensión lectora en segundo grado de primaria". *Tesis para obtener el título de licenciada en educación primaria*. Toluca, México: Universidad Pedagógica Nacional.
- Gómez, P. (1995) *El niño y sus primeros años en la escuela*. México: Comisión de los Libros de Texto Gratuito.
- González, A. (2008) "Estrategias Metacognitivas en la Lectura". Revisado el 7 de julio de 2008, en:
<http://www.ucm.es/eprints/3077/>
- Grau, M. (2000) *Déficit de Atención: La realidad del cuento mítico en psiquiatría y psicología de la infancia y la adolescencia*. Argentina: Panamericana.
- Hallowell, E. y Ratey, J. (2001) *TDA: Controlando la Hiperactividad. Cómo controlar el déficit de atención con hiperactividad desde la infancia hasta la edad adulta*. España: Paidós.

- Joselevich, E. (2005) *Síndrome de Déficit de Atención con o sin hiperactividad en niños, adolescentes y adultos*. Buenos Aires: Paidós.
- Kahneman, D. (1997) *Atención y Esfuerzo*. España: Biblioteca Nueva.
- Kazdin, A. E. y Johnson, B. (1994). "Avances en psicoterapia para niños y adolescentes, interrelaciones de ajuste, desenvolvimiento e intervención". *Revista de la escuela de psicología*, 32, 217-246.
- Kirby, E. y Grimley, L. (1992) *Trastorno por Déficit de Atención. Estudio y Tratamiento*. México: Limusa.
- Macotela, S. (2003). *Programa de material didáctico. Problemas de aprendizaje*. México: Facultad de Psicología. Octavo semestre. pp. 32.
- McEwan, E. (1998) *The Principal's Guide to Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. USA: Corwin Press
- Madrid, N. (2007). "La autorregulación emocional como elemento central de la inteligencia emocional". Extraído el 25 de noviembre de 2007, de:
www.psicologia-online.com/colaboradores/nacho/emocional.shtml
- Marra, G. (2006). "Efectividad EMDR". Extraído el 12 de septiembre de 2006, de:
www.emdr.org.ar/para_publico/desordenes.html
- Mayor, J., Suengas A. & González Marqués. (1995) *Estrategias Metacognitivas. Aprender a aprender y aprender a pensar*. Síntesis Psicología. España.
- Mendoza Estrada, M. T. (2003a) *¿Qué es el Trastorno por Déficit de Atención? Una guía para padres y maestros*. Trillas. México.
- Mendoza Núñez, A. (2003b) *El Estudio de Casos: Un enfoque cognitivo / Alejandro Mendoza Núñez*. Trillas. México.
- Menéndez, I. (2007) "Hiperactividad". Revisado el 13 de noviembre de 2007, en:
www.psicopedagogia.com/articulos/?articulo=423
- Michanie, C. (1998) "Déficit atencional con o sin hiperactividad. Tratamiento Farmacológico". *Ensayos y Experiencias*, 5 (25), 22-25.
- Moreno I. (2001). *Hiperactividad. Prevención, evaluación y tratamiento en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Moyano J.M (2004) *ADHD ¿Enfermos o singulares? Una Mirada diferente sobre el síndrome de hiperactividad y déficit de atención*. Argentina: Lumen Hvmánitas
- Murphy, K.R., & Gordon, M. (1998). "Assessment of adults with AD/HD". En Barkley, R. (Ed.) *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Orjales, I. (2001) *Déficit de Atención con hiperactividad: Manual para padres y educadores*. CEPE. México.
- Palladino, E. (2006) *Sujetos de la Educación: Psicología, Cultura y Aprendizaje*. Espacio. Madrid.

- Palagot, F. (2001) "La Hiperactividad". Revisado el 3 de noviembre de 2007, en: www.monografias.com/trabajos25/hiperactividad/hiperactividad.shtml#metac
- Pichot, P. (1995) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV (Versión electrónica)*. Barcelona: Masson S.A
- Servera M. y Galván M. (2001) "Problemas de impulsividad e inatención en el niño. Propuestas para su evaluación". Revisado el 22 de noviembre de 2007, en: www.uib.es/facultat/psicologia/recerca/IMAT/PDF/cide.pdf
- Slusarek, M., Velling, S., Bunk, D. y Eggers, C. (2001). "Motivational effect on inhibitory control". en: children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 355-363.
- Taylor, E. (1990) *El Niño Hiperactivo. De la biblioteca Psicología, psiquiatría y salud*. Barcelona: Martínez Roca.
- Thiruchelvam, D., Charach, A., Schcar, R. J. (2002). "Moderators and mediators of long term adherence to stimulant treatment in children with ADHD". en: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 922-928.
- Tomás, M. (1998) "Síndrome de Déficit Atencional e Hiperactividad". *Ensayos y Experiencias*, 5 (25), 14-21.
- Zepeda, F. (1998) *Introducción a la psicología. Una visión científico humanista*. México: Addison Wesley Longman.