

UNIDAD AJUSCO

T E S I N A

**Intervención Psicoeducativa para el Trastorno por
Déficit de Atención e Hiperactividad**

Tesina en la modalidad de informe laboral

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA

P R E S E N T A:

Josefina Barrón Barrera

ASESORA:

DRA. ALMA GABRIELA DZIB AGUILAR

México, D.F. Abril, 2010

ÍNDICE

Introducción.

Justificación.

Capítulo I Definición del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	1
Antecedentes Históricos del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.....	4
Etiología	9
El trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y los Trastornos de Aprendizaje	13
Tipos de Alteraciones de Aprendizaje en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.....	14
Diagnóstico y Evaluación Psicoeducativa en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.....	17
Instrumentos de Evaluación	18
Informes del Diagnóstico.....	19
Estrategias de Intervención Educativa en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y las Dificultades de Aprendizaje.....	20
Programa de Intervención Psicoeducativa para los problemas de conducta y aprendizaje en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	21
Técnicas de Intervención para Modificar la Conducta en el Aula	24
Técnicas para el Manejo de la Conducta dirigido a Padres	27
Entrenamiento a Padres.....	28
Terapia de Familia.....	29

Capitulo II Funciones Profesionales del Psicólogo Educativo ante en Trastorno	
Por Déficit de Atención e Hiperactividad	30
Evaluación Conductual y Psicológica	31
Descripción de la Jornada Laboral de la Jornada Laboral del Psicólogo	
Educativo en el Centro Comunitario de Salud Mental Iztapalapa	33
 Capitulo III Antecedentes Históricos del Centro Comunitario de Salud mental	
Iztapalapa	35
 Capitulo IV Método. Programa de psicología Educativa dirigido a niños con trastorno	
por Déficit de Atención e Hiperactividad con problemas de Conducta y	
Aprendizaje	38
Programa de Intervención de Aprendizaje en niños con Trastorno por Déficit	
de Atención e Hiperactividad.....	47
 Conclusiones	54
 Referencias	
 Anexos	

A mi madre:
Ejemplo de Fortaleza, Sabiduría
y Amor. Te quiero, Te extraño.

A mi hija:
Mi gran tesoro y el motor de mi
existencia.
Gracias... por tu gran ayuda, por tus palabras
Te Adoro.

A Ti:
Por tu apoyo, por tus palabras de
aliento, por tu confianza y compañía,
Te quiero. Gracias.

A mi Asesora:
Mil Gracias por rescatarme y no permitir
que desertara en el intento, por no dejarme caer,
por su paciencia, por su gran profesionalismo,
por ser una gran mujer.

RESUMEN

Intervención Psicoeducativa para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Este trabajo presenta la aplicación de estrategias psicopedagógicas realizadas por el *psicólogo* Educativo y llevadas a cabo en el Centro de Salud mental Iztapalapa con niños con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Para presentar la intervención, como parte del sustento teórico se analizan la definición, antecedentes históricos y consecuencias de dicho trastorno, además se menciona la participación del Psicólogo Educativo, ya sea por medio de terapia individual o grupal con el objetivo de maximizar las potencialidades de los niños que presentan trastorno por déficit de atención, como parte de la intervención y diseño de programas como apoyo en el tratamiento de los niños y padres de familias que se enfrentan día a día con el trastorno.

Como ejemplo de ello, se presenta el método empleado en esta intervención como parte de un programa psicopedagógico para niños con trastorno por déficit de atención como parte de una terapia de grupo dirigido a niños de 6 a 12 años diagnosticados con el trastorno, y para ello se hace la presentación de un caso, con la evaluación y el análisis de resultados obtenidos por el participante.

Los objetivos del trabajo se centran en la participación del psicólogo educativo como parte del trabajo cotidiano en un Centro de Salud mental, creando programas de intervención psicoeducativa para los problemas de conducta y aprendizaje en niños de 6 a 12 años de edad, para que el niño adquiera habilidades a través de técnicas, estrategias que faciliten su aprendizaje y mejore su conducta, proporcionando al niño las herramientas que le permitan interactuar y con ello, logre mejorar su rendimiento académico y adquiera habilidades para su mejor adaptación al medio donde interactúa.

En este caso se muestran resultados favorables a partir de la intervención, con lo cual se comprende la importancia del psicólogo educativo en este ámbito de atención.

Introducción.

Durante la infancia, mientras comienza el desarrollo de patrones conductuales complejos y variados; surgen en algunos sujetos conductas que, aún cuando son las mismas que se presentan en el resto de la población infantil, difieren en alguna o varias de las dimensiones de respuesta, por ejemplo, la frecuencia, la topografía, la intensidad, la duración y la naturaleza. Dentro de esas conductas están los problemas de lenguaje, aprendizaje, motricidad, agresividad, atención, etc. (Gratch, 2006).

A este último grupo de procesos, si no se le diera tratamiento, tendría un pronóstico poco halagüeño para la vida intelectual y la interacción social del sujeto. Este problema se denominó, desde finales del siglo XIX, como hiperactividad; en la actualidad, se le nombra Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

La definición propuesta por el DSM IV (1994), señala que es un trastorno de origen neurobiológico que se presenta antes de los 7 años de edad y es caracterizado por un patrón persistente de desatención, hiperactividad e impulsividad, con una duración de cuando menos seis meses y en dos ambientes diferentes.

Es así que, desde la última década del siglo pasado, aumentó el interés por el trastorno por déficit de atención e hiperactividad pues se ha incrementado el número de personas con dicho trastorno denotándose, mayormente, la afectación en sus actividades escolares, de trabajo y en sus relaciones sociales Douglas (1972); sin embargo, los niños afectados con este trastorno pueden ser tratados exitosamente, lo que les permite la integración a la vida laboral y social de manera favorable.

Este trabajo presenta la aplicación de estrategias psicopedagógicas realizadas por el psicólogo educativo y trabajadas en el Centro Comunitario de Salud Mental Iztapalapa, con niños que tienen el trastorno de atención e hiperactividad. Aunque no se considera como un problema de salud mental, es

importante su atención y tratamiento debido a los trastornos comórbidos que pudieran presentarse en el futuro.

No obstante, este trabajo se centra en sólo un ejemplo, con un estudio de caso, para sustentar el protocolo de intervención se presenta en el capítulo I los antecedentes históricos del trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad; refiriéndose a la descripción e incidencia del trastorno, así como a la sintomatología y comorbilidad con otros trastornos.

La visión parcial que se tenía del trastorno por déficit de atención en los últimos 30 años, radicaba fundamentalmente en el pesimismo en cuanto al pronóstico y el exceso del determinismo biológico, descartando la probabilidad de la influencia de los factores ambientales; por ello, se aborda la definición y esta visión del Trastorno por Déficit de Atención e hiperactividad, destacando la sintomatología, etiología y los diferentes factores que influyen en el trastorno; así como también, su diagnóstico y evaluación bajo esta perspectiva médica que ha imperado.

En el capítulo II, se habla de la participación e intervención que tiene el psicólogo educativo en el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Finalmente, en el capítulo III, se mencionan los Antecedentes Históricos del Centro Comunitario de Salud Mental Iztapalapa y los programas establecidos para atender este trastorno; además, se presenta el trabajo que realiza el psicólogo educativo en el programa realizado para la atención del trastorno por déficit de atención e hiperactividad dentro de la terapia individual y grupal con el objetivo de maximizar las potencialidades de los niños que presentan el déficit.

En el capítulo IV se presenta el método empleado en un Programa Psicoterapéutico para niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, en el cual participa el Programa de Psicología Educativa en la Terapia de grupo dirigida a niños de 6 a 12 años con Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad y se hace la presentación de un estudio de caso. Posteriormente, se presenta la Evaluación y el Análisis de los resultados que

llevan a la discusión del tema y el estudio de los resultados de la intervención; finalmente, se revisa la conclusión del trabajo.

Justificación

Ante la pregunta de ¿cómo interviene el psicólogo educativo en el manejo del niño con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad?, este trabajo busca brindar información sobre este trastorno y proporcionar estrategias de manejo a padres y maestros a través del Programa Psicoterapéutico para niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, puesto en marcha en el Centro Comunitario de Salud Mental Iztapalapa.

El trabajo en esta área es esencial para el profesional de la educación ya que, tal como lo menciona Taylor (1990), existen diferentes causas que afectan la vida y desarrollo de los niños, lo anterior se expresa en diferentes escenarios como el familiar, escolar o social. Una de las dificultades que se ha presentado con mayor incidencia en el ámbito escolar, ha sido el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), estudiado desde finales del siglo XIX por diversos especialistas y que ha sido denominado con distintos nombres.

Actualmente, este trastorno ha sido el blanco de la atención de científicos de las más variadas disciplinas, todos ellos han observado un gran número de casos de manera rigurosa, por lo cual, se cuenta con mayor información del trastorno; de este interés científico, se han derivado los diferentes tratamientos con los que se cuenta actualmente para el manejo y cuidado de los niños. Dentro de los que han aportado información para la conceptualización y tratamiento del problema, están los profesionales de la educación, médicos, psiquiatras, pedagogos y los científicos de la conducta, es decir, psicólogos, en específico el psicólogo educativo, quien podrá desarrollar programas que ayuden al niño en su proceso de enseñanza-aprendizaje.

Años atrás, este conjunto de síntomas no era considerado como un trastorno que afectara la vida del niño, por lo que sólo era atendido médicamente; sin embargo, hoy en día, se ha visto que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad es causa de alteraciones importantes que afectan el entorno del niño y la adaptación al medio en que se desarrolla, el cual resulta poco satisfactorio; es por eso que estudiar investigar y tratar el trastorno, se justifica desde los planos teórico, práctico, ético y de desarrollo profesional.

Debido a que este trastorno tiene como base alteraciones neurológicas, trae consigo problemas académicos, familiares y sociales; por ello, es necesaria la ayuda de un grupo interdisciplinario que intervenga junto al médico especializado para dar manejo y tratamiento farmacológico y así reducir los diferentes síntomas que el trastorno presenta; de igual manera, es necesario el apoyo del psicólogo educativo para que permita la adaptación escolar y social con un programa específico en el manejo de la conducta, las emociones y el aprendizaje; finalmente, es muy importante contar con el apoyo de los profesores en este programa para que el niño supere las deficiencias que presenta.

El estudiar el trastorno por déficit de atención e hiperactividad se puede justificar desde diversas aristas, por ejemplo, la social, la científica institucional, profesional y personal. En el campo de lo social, dada la incidencia del problema en la población menor a 15 años, es menester enfrentar la situación pues representa uno de los problemas que afectan a toda la esfera social, además del impacto económico que tiene.

Desde el punto de vista científico, resulta necesario generar programas de prevención que se deriven de la investigación básica, ya que la información que se tiene del problema, hasta el momento, resulta inapropiada pues existen padres y maestros que aún desconocen la información acerca del trastorno o se niegan a aceptar que su hijo o su alumno pudiera requerir apoyo especializado. Es así que la tarea de los profesionales en los centros de atención, que trabajen con la elaboración y comprobación de diversas hipótesis, es en sí misma, una tarea importante y obligada; mucho más, cuando se trata de problemas que tienen vertientes genéticas, congénitas, perinatales, medio ambientales y sociales.

Desde la perspectiva institucional, la intervención en el trastorno justifica los recursos destinados a su atención y tratamiento toda vez que se requiere de una atención especializada, pues se trata de un problema que raramente tiene una recuperación espontánea; por lo tanto, es necesario el apoyo especializado en las áreas de diagnóstico, observación, planeación, diseño de intervención, evaluación y apoyo a padres y maestros.

En este aspecto, el psicólogo educativo, tiene mucho que aportar al conocimiento y tratamiento de éste y existen varios factores que inciden para que se dedique a estudiar el Trastorno por Déficit de Atención e hiperactividad, por ejemplo, una motivación altruista, el ejercicio profesional con un marcado compromiso social, la creación de modelos de intervención educativa y el desarrollo de habilidades escolares.

Es por eso que con una atención oportuna, adecuada y un programa hecho a la medida de las capacidades del niño, podrán disminuir los problemas de bajo rendimiento escolar y de conducta para que los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad puedan desarrollarse adecuadamente e ingresar a una vida social satisfactoria, cumplir con las normas y reglas que marca la sociedad y ser parte de un ambiente escolar que le permita ser una persona productiva e independiente.

Por otro lado, se debe conservar una actitud positiva para aprovechar las ventajas que pudiera traer consigo los síntomas del trastorno, se puede decir que el sujeto humano, y más los niños, tienen una tendencia a compensar sus dificultades, buscan siempre caminos impensados y tienen gran facilidad para adaptarse al cambio; a pesar de que no se insertan con facilidad a las actividades rutinarias, disponen de gran energía y, rara vez, están cansados, por lo tanto, se pueden concentrar ante un proyecto corto que les resulte excitante, además poseen gran habilidad para utilizar la fantasía y la creatividad para generar nuevos proyectos y, si se aprovechan todas estas cualidades, es posible tener personas de éxito cuando llegan a la adultez.

Por esto, es necesaria la participación de los padres, maestros y el equipo multidisciplinario para que, así, el niño logre superar sus dificultades y pueda tener a futuro un buen funcionamiento, mantenimiento sociolaboral y una estabilidad emocional.

De esta manera, la participación que ofrecen los psicólogos educativos, comprende una visión donde su intervención y preparación académica será útil para apoyar a estos niños y dar a los padres de familia y maestros, información completa acerca del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, su tratamiento integral y proporcionará nuevas formas de manejo educacional que puedan apoyar al niño con dicho trastorno en su proceso de enseñanza-aprendizaje.

Sin embargo, los psicólogos educativos no pueden esperar a que los alumnos construyan por si solos los saberes escolares, así que es importante proporcionarles un medio de trabajo académico rico y estimulante para promover, guiar y orientar dichos aprendizajes.

Por lo tanto, el presente trabajo se presenta en la modalidad de tesina por informe laboral, tiene como objetivo mostrar la labor que el psicólogo educativo realiza en el Centro Comunitario de Salud Mental Iztapalapa, tanto en el tratamiento de niños con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, como en el diseño de programas de atención a niños, padres de familia y maestros; presentando así sólo un ejemplo del desarrollo de los programas que se llevan a cabo.

Los objetivos del trabajo son:

General: presentar el trabajo del psicólogo educativo en el área de la salud mental.

Específico: 1) presentar un caso que representa la labor diaria del psicólogo educativo en un Centro comunitario.

2) Mostrar los avances que logra un niño con déficit de atención, al contar con el apoyo del psicólogo educativo como parte del equipo de profesionales que le presta servicio en el Centro Comunitario.

Para ello, se presenta a continuación el sustento teórico que guía al trabajo y, finalmente, se presenta el método de trabajo y los resultados de la aplicación.

Capítulo I:

EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

El trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es un trastorno que tiene una base neurológica, se ha definido como resultado de una deficiencia neuroquímica en áreas específicas del cerebro y se caracteriza por tres síntomas nucleares: la inatención, la hiperactividad y la impulsividad. Aunque no siempre están presentes conjuntamente, sus causas son muy variadas desde su origen; pueden ser algunos factores ambientales y biológicos durante la gestación, perinatales o postnatales y factores psicosociales como problemáticas familiares, consumo de alcohol o drogas, etc., sin embargo, es importante destacar otros síndromes asociados al trastorno por déficit de atención e hiperactividad (comorbilidad), entre ellos: el trastorno de ansiedad, el trastorno depresivo, el trastorno de aprendizaje, el trastorno de conducta, el trastorno negativista desafiante y el trastorno de la Tourette (Brown 2003).

La presencia del trastorno de ansiedad, es más evidente en los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad en cuanto a que les resulta más difícil responder adecuadamente a las exigencias de su entorno; lo anterior, hace que las situaciones que para los demás son habituales y cotidianas, para él pueden suponerle un importante estrés, por ejemplo, realizar un examen, hacer algunos deberes, acordarse de detalles, hacer la tarea, limpiar su recámara, etc. La comorbilidad en el trastorno de ansiedad se presenta alrededor de uno de cada 4 niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, entre los cuales, pueden presentar uno o más trastornos de ansiedad concurrentes; su descripción se presenta por preocupación, por su capacidad y rendimiento en actividades académicas y deportivas, en situaciones sociales y acontecimientos futuros; debido a su trastorno de ansiedad, formulan preguntas para asegurarse de su corrección y capacidad, sin embargo, a pesar de su preocupación continúan con los síntomas del déficit de atención e hiperactividad como inquietud y nerviosismo (Brown, 2003).

En lo que respecta al trastorno depresivo, se presenta en ocasiones comorbilidad con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad pues los

niños presentan sentimientos de minusvalía, impotencia y baja autoestima con relación al entorno escolar y social, debido a que no puede comportarse, aprender y ser aceptado como los otros niños; se muestran preocupados, tristes, con pérdida de interés por todo, tienen alteraciones del apetito y del sueño, siempre están cansados, se quejan de dolores de cabeza o abdominales, están como ausentes y en ocasiones irritables; tras la falta de buenos resultados en la escuela, algunos niños llegan a tener sentimientos de inutilidad con la consiguiente autoimagen negativa, se consideran a sí mismos personas incompetentes, negativas, inútiles e incapaces de hacer algo bien, la respuesta que reciben del mundo exterior alimenta con frecuencia esta autoimagen o, en el mejor de los casos, no hace nada por corregirla.

La relación del déficit de atención con el Trastorno de Conducta o Trastorno negativista y desafiante (TND), se presenta por la actitud desafiante ante la autoridad para no cumplir con las demandas de los adultos, intimidar, culpar a otros, etc. Los problemas más frecuentes son las frustraciones y fracasos que experimentan en la escuela, con la familia y con los compañeros, este trastorno provoca deterioro en la actividad social y académica de los niños (Gratch,2003).

El Trastorno del Aprendizaje es una condición que se presenta usualmente asociada con el déficit de atención y que les dificulta los procesos para adquirir, conservar o generalizar habilidades específica o en conjunto de información escolar debido a deficiencias en la atención, la memoria, la percepción o el razonamiento; sin embargo, los trastornos del aprendizaje engloban todos los problemas cognitivos relacionados con la capacidad para adquirir las habilidades de la vida cotidiana, sociales, de lenguaje, comunicación y académicas (Brown,2003).

Por su parte, el Trastorno de la Touratte (llamado así por George Gilles de la Tourette en el año de 1885), se caracteriza por múltiples tics motores y vocales; éstos aparecen varias veces al día, intermitentemente durante un año o más. Los tics motores más comunes consisten en parpadear, hacer muecas con la cara, abrir la boca, encogerse de hombros, tocarse la entrepierna y jalarse la ropa. Los tics vocales más comunes son garrasperas, oler, resoplar, gritar, escupir y emitir

ruidos; su aparición más frecuente oscila entre los 7 y 11 años de edad y se ha encontrado que cuanto más grave sea el cuadro global del trastorno de la Tourette más probable será que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad esté presente (Gratch, 2003). Aunque Gittelman y cols. (1985) encontraron que aunque los tics y la hiperactividad motora, tanto en el trastorno de Tourette como en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, pueden disminuir con la edad, se pueden desarrollar otros problemas asociados como abuso de sustancias, depresión y ansiedad que sirven como catalizadores a los movimientos motores.

Debido a la variedad de términos que se han acuñado relacionados con el déficit de atención, algunos investigadores lo consideran como manifestaciones heredadas, mientras que otros, las atribuyen a lesiones de la estructura cerebral o a factores psicológicos que se generan en el hogar o en la escuela pues el trastorno por déficit de atención representa, en la actualidad, la principal causa de fracaso escolar y se encuentra presente en alrededor del 5% de niños, con predominio en varones de 4 a 1 sobre las niñas y es una de las causas que dificulta o inhiben el proceso de aprendizaje.

En cuanto a los síntomas destacan, principalmente, una excesiva actividad motora, la dificultad para poner atención que afecta sus trabajos en clase y la impulsividad que origina problemas para respetar las reglas, estos problemas interfieren en la vida escolar, familiar y social del niño (Herranz, 2000; Gratch, 2003). Por lo tanto, es necesaria la intervención y el tratamiento oportuno para la atención del niño.

Bajo estas circunstancias, se ha encontrado que, en general, se presenta en individuos cuya inteligencia general es normal o superior, pueden experimentar dificultades para dominar tareas intelectuales que, aparentemente, requieren el uso de una habilidad perceptual específica o de un determinado proceso intelectual; tal individuo puede ser incapaz para aprender cuando se le enseña bajo las técnicas pedagógicas usuales, sin embargo, puede aprender cuando recibe una enseñanza especial que se apoya en otras técnicas de habilidades perceptuales, ya que, se han encontrado en las experiencias psicopedagógicas

que es posible ayudar al niño empleando diferentes técnicas pedagógicas que logren vencer estas dificultades de aprendizaje, respetando siempre las diferencias individuales de cada niño; es importante reconocer que la forma en que se moldeen las habilidades del niño hoy, reflejará la totalidad de su experiencia de vida futura.

Ante esta perspectiva, vale la pena realizar una revisión de lo que es el trastorno para permitir crear una idea más clara del concepto pues éste ha variado a lo largo del tiempo.

Antecedentes históricos del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Hablar acerca del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y de sus primeras evidencias a lo largo de estos años permite conocer con mayor exactitud su evolución; la confirmación y actualización de los diferentes síntomas que acompañan a dicho trastorno, así como saber que existe mayor aceptación y perfeccionamiento de los métodos diagnósticos, dan la oportunidad de conocer los avances para su valoración y tratamiento; incluso, de distintos recursos terapéuticos para mejorar la sintomatología; por lo tanto resulta muy importante conocer sus inicios y hablar de sus orígenes.

A principios del siglo XX, George Still y Alfred Tredgold, dieron a conocer la descripción de un trastorno que se manifestaba por la agresividad, hiperactividad, resistencia a la disciplina, excesiva emocionalidad y problemas de atención que denominaron como defectos en el control de la moral; mientras que Tredgold (citado en Gratch,2003), propuso que los niños que tenían atención difusa y conducta social inadecuada, podían ser ayudados con una educación especial y un periodo de medicación que ayudara a disminuir los síntomas.

Pero, de acuerdo a Moraga, (2008) fueron Kahn y Cohen (1934) quienes afirmaron que el estado clínico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, se caracterizaba por hiperquinesia, definida como la incapacidad

para mantenerse quieto con conductas que muestran torpeza y explosividad en la actividad voluntaria; debido a lo anterior, concluyeron que estos síntomas eran originados por daños debido a infecciones en el tallo cerebral (Gratch, 2003).

Durante los años de 1940 y 1942, diversos investigadores médicos demostraron los efectos de las alteraciones orgánicas cerebrales tanto en la conducta, como en las funciones psicológicas de los niños; también, dieron a conocer el concepto de Retraso de Maduración planteado por Lauretta Bender quien sugiere que los comportamientos producidos por el Síndrome de Daño Cerebral Mínimo (SDCM) podían ser consecuencia de una maduración lenta o atrasada a nivel del sistema nervioso central, afectando su conducta y aprendizaje. Con esto, comienzan a identificar alteraciones específicas en la conducta para distinguir el síndrome y, así, poder ser detectado con mayor facilidad sin diagnosticar erróneamente (Moraga, 2008).

Continuando con el proceso de caracterización, a partir del año 1950, el término Hipercinético fue empleado de forma inapropiada y excesiva por los pediatras hasta que, en el año de 1956, Ingram (citado en Moraga, 2008) junto a otros médicos británicos, dieron el nombre de Síndrome de Hiperactividad y determinaron que éste se caracterizaba por distractibilidad, sobre-actividad conductual e identificaron la falta de atención que en ocasiones, solía relacionarse con epilepsia.

Para el año de 1960, ya con mayor experiencia e investigación del Síndrome de niño Hipercinético, el concepto cobra mayor relevancia y aparece por primera vez en las Clasificaciones de Diagnósticos Psiquiátricos DSM-11(citado en Moraga, 2008). Aunque, todavía con discrepancias sobre si existían o no alteraciones o lesiones a nivel cerebral, se decide darle el nombre de disfunción cerebral mínima.

Es así que, en el Manual de diagnóstico DSM-III de la American Psychiatric Association (1980), se consideró la desatención como el síntoma principal de la hiperactividad y el diagnóstico pasó de reacción hipercinética de la infancia, a un

trastorno por déficit de atención; a partir de esto, se establecieron los criterios de diagnóstico para el Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad (TDAH), con predominio del trastorno por déficit de atención que no requería ningún síntoma de hiperactividad o impulsividad; sin embargo, continuó siendo diagnosticado como trastorno por déficit de atención con hiperactividad y caracterizado con los síntomas de desatención, hiperactividad e impulsividad. Consecuentemente, se persiste en centrar el trastorno en el comportamiento perturbador aunque no necesariamente presente síntomas de hiperactividad e impulsividad (Moraga,2008).

Por lo que, fue hasta 1987 que en este mismo manual de diagnóstico DSM-III-R, se estipulan las diferencias para el déficit de atención con o sin hiperactividad, marcando diferentes criterios de diagnóstico. Se reconoce también el Déficit de Atención Indiferencial que implica una combinación de los síntomas de desatención junto con los de hiperactividad e impulsividad y se clasificó como Trastorno de Conducta Perturbadora.

Con este reconocimiento general del trastorno, en la década de los 90's se publica el manual de diagnóstico conocido como el CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en éste se incluyen los diferentes trastornos hipercinéticos con sus respectivos apartados clasificándoles como:

a) Trastorno de la actividad y atención: El trastorno de la actividad se manifiesta por una inquietud motora en la cual los niños no pueden permanecer en un solo lugar, si está sentado se mueve constantemente o se retuerce en el asiento, brinca y corre en lugares que no son adecuados, tiran los objetos que se encuentran a su paso, experimenta dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio, aparentando estar a menudo en marcha como si trajera un motor; habla excesivamente, se suben o saltan sobre los muebles, se levantan de la mesa durante las comidas, mientras mira televisión o durante la realización de tareas escolares.

En el trastorno de la atención, se presenta escasa atención sostenida o persistencia en la realización de tareas, teniendo un gran esfuerzo para mantener

la atención con dificultad para concentrarse; cambian su atención hacia estímulos diferentes sin concluir el anterior, presenta dificultad para organizarse, tanto en su acción como en el lenguaje; no existe orden ni secuencia en sus juegos y por lo general, sus pertenencias están siempre fuera de lugar; cuando platica, cambia de un tema a otro; muestra gran descuido en su persona, sus trabajos son sucios y desordenados, olvidan con frecuencia sus cuadernos o cualquier pertenencia, da la impresión de que su mente está en otra parte pues presentan dificultades para seguir instrucciones.

b) Trastorno Hiperkinético Disocial: Se caracteriza por un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales, adecuadas a la edad del sujeto; suelen iniciar comportamientos agresivos y reaccionar agresivamente ante otros; puede desplegar un comportamiento fanfarrón, amenazador o intimidatorio; inicia peleas físicas frecuentes; es cruel con las personas o animales, comete robos, hace rabietas frecuentes y desafía a los adultos; hace cosas para molestar a otras personas de forma deliberada, culpa a otros de sus faltas o de su mala conducta, es quisquilloso y se molesta fácilmente con los demás, a menudo está enfadado y resentido; es rencoroso y vengativo.

c) Otros trastornos hiperkinéticos: este diagnóstico requiere de la presencia clara del déficit de atención e hiperactividad con duración de, al menos, 6 meses en que presente incapacidad para tomar atención a los detalles, las tareas o en el juego. El niño a menudo aparenta no escuchar, presenta imposibilidad para realizar tareas escolares, pierde objetos, se distrae ante estímulos externos y es frecuentemente olvidadizo; por lo tanto, debe tener al menos tres de los siguientes síntomas de hiperactividad, los cuales le afectan dentro del contexto escolar familiar y social:

1. Con frecuencia el niño muestra inquietud con movimiento de manos, pies o removiéndose en el asiento.
2. El niño abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.

3. A menudo, el niño corretea o trepa en exceso durante situaciones inapropiadas; generalmente, es inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse.
4. El niño exhibe un patrón de inactividad motora excesiva, lo que le impide mantenerse quieto un momento (Trastorno Mental y del Comportamiento CIE10. Organización Mundial de la Salud).

De esta forma, los especialistas mencionan que estas manifestaciones implican diferentes tipos de actividades y exigen diferentes tipos de atención; por ello, no todos los individuos pueden cumplir con los requerimientos que la vida les demanda y, quienes presentan el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, poseen dificultades específicas e independientes de la voluntad que les impiden cumplir ciertas funciones con un máximo de eficacia.

Debido a la caracterización tan específica de todos los síntomas, a partir del año de 1994, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en su DSM-IV, emplea la denominación del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad como se conoce actualmente y en donde se distinguen tres tipos diferentes para su mejor clasificación y confiabilidad diagnóstica; finalmente, el trastorno definido como Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), es un trastorno de origen neurobiológico que interfiere en el proceso de aprendizaje y en las relaciones sociales, se presenta antes de los siete años de edad y es caracterizado por un patrón persistente de desatención, hiperactividad e impulsividad con una duración de, cuando menos, 6 meses en dos ambientes diferentes: casa y escuela.

Por lo tanto, de acuerdo a la clasificación del DSM IV (2000) se establecen 3 sub-tipos del trastorno:

- a) Con predominio de inatención (dificultad para sostener la atención por un periodo largo de tiempo).
- b) Con predominio de impulsividad-hiperactividad (inquietud motora constante, dificultad para focalizar la atención; interrumpir a otros, actuar antes de pensar).

- c) Tipo combinado (el niño presenta imposibilidad para mantener la atención por un periodo largo de tiempo, son desorganizados, parece que no escuchan, se distraen constantemente, lo que origina mayores problemas escolares y estos problemas son más evidentes en las actividades grupales).

Aunque se logra un avance con la caracterización específica del concepto, los trabajos continúan intentando identificar el posible origen del trastorno y ha sido la rama pediátrica y neurológica, quienes han hecho más aportaciones a la etiología.

Etiología

La etiología se refiere a la rama de la biología o de la patología que trata de las causas de las enfermedades, o de los factores que la desencadenan (Gratch, 2003).

Con respecto al trastorno por déficit de atención e hiperactividad, la etiología es todavía motivo de investigación ya que no se conoce con precisión; sin embargo, existen diversas teorías para definir dicho trastorno, por ejemplo: la teoría explicativa, sitúa la dificultad en un trastorno de la neurotransmisión de la corteza prefrontal, zona que desempeña un papel trascendental en la planificación y regulación de la conducta y sirve para planificar y anticipar futuros eventos (Van – Wielink Meade, 2000).

Este supuesto surge debido a que los niños que han padecido lesiones en la corteza cerebral, como traumatismos, se tornan inatentos y se distraen con facilidad; además, son impulsivos, lo cual se deriva de una disfunción del sistema ejecutivo (Cardo Jalón y Servera Barceló, 2003) por otro lado, presentan poca disposición para seguir las reglas. Es así que, un niño durante la clase requiere de permanecer sentado, quieto y prestando atención, con un mínimo de actividad física, debe atender a las reglas del juego etc., requiere de actividades que exigen diferentes tipos de atención; bajo esta línea, los niños que presentan el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, poseen dificultades que les impide

cumplir con eficacia dichas tareas; de esta manera, se dice que el trastorno es de base neurológica y que habrá diferencias graduales entre un niño y otro; también, dependerá de las capacidades individuales de cada niño, así como del contexto familiar en el que crece y se desenvuelve, tener o no mayor despliegue de los inconvenientes derivados del trastorno; es decir, una familia mejor organizada, con reglas más consistentes, influirá en la intensidad de algunas manifestaciones sintomáticas (Grach, 2003). Es por eso que la herencia, como primer factor, seguido por una lesión cerebral y los factores psicológicos y sociales, es considerada como una red compleja necesaria de tener en cuenta en las intervenciones terapéuticas de cada fase de la vida del niño.

Estudios realizados por Calderón (1990) con familias con niños que presentaban estos síntomas; concluyeron que, un gen heredado por el padre (gen mayor dominante, DAT1 su función es recaptar la Dopamina) es el portador del trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, y puede influir en otros padecimientos cuya característica común es la hiperactividad, psicopatía, alcoholismo, histeria, drogadicción etc.

Esta búsqueda genética se generó durante los años 90's y, desde entonces, se han hecho estudios para identificar la influencia que tienen los genes para desarrollar el trastorno; por ello, se han hecho investigaciones a partir de estudios con gemelos y se ha encontrado que los síntomas del trastorno son hereditarios; mientras que, los estudios con familias, han permitido aprender que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad tiene una correlación alta cuando se considera el ambiente familiar y que está asociado a varios trastornos comórbidos. Se encontró, además, que en el caso de los gemelos idénticos, la presencia del trastorno en los dos hermanos es superior al 80% para la hiperactividad debido a que comparten la misma información genética (Calderón, 1990).

Sin embargo, existen discrepancias para dicho diagnóstico pues, aun cuando se sabe que los síntomas son altamente heredables en niños y niñas, se ha encontrado que éstos se pueden aprender si el niño se encuentra en un ambiente

con continuos problemas de atención con y sin hiperactividad y/o impulsividad; es así que, los estudios genéticos gemelares familiares del trastorno, apoyan la idea de que los factores genéticos desempeñan un papel muy importante sin dejar de lado las influencias ambientales.

En este sentido, se ha encontrado que cuando la madre biológica presenta trastorno por déficit de atención e hiperactividad, tiene una incidencia mayor de neurosis sobre los hijos y, del mismo modo, se han desarrollado estudios que encuentran que éste se puede desarrollar cuando en la familia de origen existen desórdenes neuro-psiquiátricos y de alcoholismo (Calderón, 1990).

Como se plantea anteriormente, el patrón familiar es un factor determinante para el trastorno y, por lo tanto, los miembros de la familia también necesitarán de atención y orientación sobre dicho trastorno; además, se considera que existen otras variables como los problemas emocionales y sociales en los niños, también llamados problemas psicológicos que podrían ser una causa para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Con estos factores, el niño hiperactivo no sólo presenta una actividad motriz excesiva, sino que, puede presentar problemas de coordinación motriz; es decir, el niño no puede realizar movimientos armónicos con su cuerpo, entendiendo por coordinación motriz a la capacidad de concertar la visión con los movimientos del cuerpo o de sus partes, definición hecha por Marianne Frostig; al igual que una alteración en la estructura perceptual, es decir, que los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad tienen un desequilibrio en el sistema nervioso central, las conexiones neuronales pueden no funcionar adecuadamente e inhiben los estímulos por los cuales el niño percibe su entorno; esto, trae consigo problemas en el aprendizaje y alteraciones en las funciones ejecutivas que ocasionan una inadaptación debido a las demandas que van presentándose a lo largo de su vida (Denckla, 1996).

Los estudios psicológicos encuentran que, dentro del entorno familiar, la conducta desordenada del niño causa un impacto negativo en todos los miembros del núcleo; aún sobre las personas que más lo quieren porque no encuentran la forma de manejarlo. Por lo anterior, se produce irritación en los progenitores. no tanto por lo que no hacen, sino por lo que dejan de hacer; ponen a prueba la

tolerancia de los padres y de los maestros, lo que suele ser motivo de conflicto y, se ha descubierto que, es el desconocimiento de las causas de comportamiento inapropiado y el cansancio que se genera a partir de intentar constantemente de motivar, apoyar y disciplinar, lo que genera sentimientos de rechazo hacia el niño y, en consecuencia, una baja autoestima de éste (Gratch, 2003).

Por tal motivo, el clima familiar se ve afectado por las dificultades que el niño presenta, así como por el retraso en su aprendizaje y, en consecuencia, por las dificultades para que éste pueda crear óptimas relaciones sociales; es así, que el niño impulsivo, con sus actitudes intrusivas, su poca percepción del tiempo, su dificultad para respetar las reglas, su tendencia a conducirse poco reflexivo y el modo de interactuar socialmente, tiende a ser descontrolado. En este sentido, Herreros, Rubio, Sánchez, y Gracia (2002), han señalado que existe una mayor prevalencia del trastorno en los medios urbanos desfavorecidos, los ambientes de pobreza y mala nutrición, situación que aumenta la posibilidad de conflictos y de rechazos; aunque se sabe que los factores medio ambientales no son causa del trastorno, si influye en el curso de la situación potenciándola o moderándola.

Sin embargo, existen también factores familiares que promueven el manejo positivo del trastorno, entre ellos está la integridad de la familia, la relación entre padres e hijos y la interacción de los hermanos. Por otro lado, como mencionan Herreros, Rubio, Sánchez, y Gracia (2002), existen factores negativos como la depresión materna, la problemática familiar (incluidos el consumo de alcohol y drogas) y la violencia en el hogar, que favorecen la aparición de los síntomas, además de ciertas pautas de manejo familiar, como los castigos muy severos o la falta de monitoreo, que afectan o se oponen a llevar adecuadamente el tratamiento para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Joselevich, 2003),.

Gracias a la posibilidad de análisis del trastorno, podemos identificar varias áreas del desarrollo; entre éstas, está la escuela, que termina siendo la más sensible y, en consecuencia, el aprendizaje. Generalmente, la búsqueda de apoyo profesional se da por presiones escolares para el manejo del niño en el ámbito escolar; es por ello que, a partir de la etiología antes mencionada (herencia, gen

dominante del padre), a continuación, se revisarán las implicaciones relacionadas con el aprendizaje.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad y los trastornos de aprendizaje.

La escuela constituye una actividad muy importante en la vida del niño, siendo el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, motivo de dificultades académicas y escolares. Es en este ambiente, donde generalmente se llegan a desencadenar problemas emocionales, familiares y las dificultades para relacionarse con los compañeros.

El comportamiento del niño con déficit de atención e hiperactividad durante las horas de clase, genera quejas constantes de los maestros pues, el niño, se levanta de su lugar, se distrae fácilmente, interrumpe a los otros, no puede esperar su turno, no realiza los trabajos en clase, tiene dificultad para relacionarse con sus compañeros, sus periodos de atención son cortos y su comprensión es mínima; presentan un rendimiento académico bajo y dificultades de aprendizaje prácticamente en todas las áreas como: lecto - escritura, cálculo, lenguaje, memoria, atención, comprensión, coordinación motriz, dificultades perceptivo visuales, problemas para seguir instrucciones y una comprensión disminuida. Se considera que al menos el 20% de la población escolar con trastorno por déficit de atención e hiperactividad puede sufrir dislexia de algún tipo en algún momento (Méndez, 2001).

Existen datos obtenidos en España que hablan de que aproximadamente un 21% de los niños hiperactivos, de entre 9 y 10 años, reciben clases de educación especial; un 42% ya han repetido algún curso y hasta un 81% necesita de ayuda especializada diaria para hacer las tareas (Miranda, 2001).

Debido a que estos niños tienen menor capacidad para atender estímulos centrales, muestran más dificultades para procesar ciertos tipos de información y cometen más errores en la discriminación y tomas de decisión; estos problemas

pueden ser por falta de estrategias cognitivas adecuadas para organizar la información o por distractibilidad; es así que presentan bajo rendimiento escolar y por ello, es necesario el apoyo en aulas de educación especial.

Es en este momento cuando los padres se ven forzados a solicitar ayuda y guía, pues se observa al niño con deficiencias en el funcionamiento intelectual y emocional, en los factores de atención, en el control de los impulsos y en las habilidades de relación que, por ser bastantes divergentes de las normas aceptadas, plantean un problema para el aprendizaje y la adaptación al ambiente en que vive (Tarnopol, 1993).

Es entonces cuando los padres quieren, y necesitan, una ayuda práctica para apoyar a los niños; quieren saber cómo estructurar el ambiente de casa y los métodos específicos para tratar al niño, en las diferentes situaciones que se presentan dentro de la vida familiar en que las horas de la comida no sean un campo de batalla. Por lo tanto, es necesario proporcionar a los padres, la orientación para tratar a sus hijos con mayor comprensión, saber reconocer las conductas del niño y desarrollar estrategias más adecuadas de comportamiento; es imprescindible crear en los padres, la responsabilidad de sus hijos y no conformarse o esperar a que otras personas los eduquen; es preciso enfrentar la realidad de que su hijo tiene dificultades en el aprendizaje o patrones inadecuados de conducta, y no esconderlo o hacer caso omiso, ni mucho menos, esperar a que con el tiempo desaparezcan ya que, en el caso de los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, no se puede dejar pasar el tiempo pues, después, será mucho más difícil su aprendizaje (Silver, 2004).

Tipos de alteraciones de aprendizaje en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Silver (2004) menciona que por lo menos un 30% de los niños con un trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), tiene también algún trastorno del aprendizaje. Se sabe que, en general, las personas presentan determinadas áreas en las que no presentan problemas para aprender y áreas donde las capacidades nunca destacarán; de igual manera, los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad con problemas de aprendizaje, tienden a destacarse en ciertas habilidades y, en otras, su rendimiento es deficitario; por ello, es importante que los padres y los maestros tenga en cuenta no sólo las áreas problemáticas, sino también las capacidades; destacar lo que el niño puede hacer bien es tan importante como lo que no es capaz de hacer.

Se sabe que existen diferentes tipos de problemas en el aprendizaje que pueden afectar al niño con dificultades en la atención, algunos, son debido a:

- Problemas de lenguaje receptivo o expresivo debido a falta de motivación para aprender o para entender, por lo que, hay una tendencia a dar respuestas equivocadas; a esto, se le ha denominado trastorno de lenguaje receptivo. Una dificultad asociada es que al desear decir algo, no se encuentran las palabras adecuadas o no es posible hablar de manera fluida y clara, a ello se le ha denominado trastorno de lenguaje expresivo (Rondal, A, Seron, X. 1991).

También es posible encontrar:

- Distorsiones en la percepción visual, aquí, los niños tienen problemas para organizar la posición y la forma de lo que ven; esta dificultad se debe a que la entrada de información se percibe con letras o números invertidos o rotados, por lo que se confunden las letras y se puede presentar dificultad para calcular la distancia o profundidad de los objetos, lo que origina que el niño choque con las cosas, tire lo que está a su alcance y puede desorientarse debido a la falla de organizar su posición en el espacio; tiene problemas para entender derecha-izquierda o arriba – abajo, saltar la cuerda, armar rompecabezas, botar o lanzar una pelota y en los conceptos de antes y después, que le generan dificultades en

las actividades cotidianas y, principalmente, en las académicas como la escritura, donde presenta mala grafía, inadecuada organización en el espacio y escritura en espejo (Rondal, A, Seron, X, 1991).

- Otro tipo de dificultad que se puede encontrar, son los trastornos de la motricidad, en donde los movimientos no son armónicos, se presenta dificultad para coordinar movimientos de brazos, piernas y tronco, lo que provoca que el niño sea torpe, tropiece con frecuencia, se caiga y choque con las cosas, tenga dificultad para correr, saltar y bailar o montar en bicicleta, así como también, dificultades en motricidad fina, la cual se ve afectada pues no controla movimientos ni fuerza en las manos; lo que puede redundar en dificultad para sostener de forma adecuada el lápiz, escritura lenta y poco articulada, dificultad para vestir, abrochar los botones, agarrar los cubiertos, usualmente la caligrafía es mala y escribe despacio; presenta, además, dificultad para ensartar, cocer, anudar agujetas etc.; todo esto, debido a la debilidad del sistema vestibular que ayuda a mantener el tono muscular necesario para la postura del cuerpo contra la gravedad y orientar los pasos al bajar escaleras, éste informa al cerebro y a la espalda para arquear y evitar la caída; el niño con una alteración en la percepción vestibular tiene que bajar los escalones de uno por uno (Silver, 2004).

- Otro tipo de retos que puede enfrentar un niño con el trastorno de atención, son las dificultades en las tareas de secuenciación; el niño puede escuchar o leer una historia pero no podrá repetirla desde el inicio, o bien, puede conocer los conceptos matemáticos pero comete errores de cálculo por descuido; el niño puede escribir palabras con todas las letras correctas pero en el orden equivocado.

Lo anterior puede asociarse también con las dificultades de la abstracción, entre ellas, las dificultades para hacer un resumen, una síntesis, detectar una idea principal, seguir una secuencia lógica, comprender conceptos y los juegos de palabras (Rondal, A y Seron X. 1991).

- En algunos niños se pueden encontrar, incluso, las dificultades en la organización, éstas se presentan cuando el niño tiene problemas para organizar

los cuadernos, libros, ropa, horarios y pensamientos; se le dificulta explicar lo que quiere decir, no da respuestas concretas, tienen problemas para captar partes de la información y recordar el concepto en su totalidad (Rondal, A y Seron, X. 1991).

-Las dificultades de memoria, a corto y largo plazo, están también asociadas con las dificultades del aprendizaje. El proceso de memoria permite que se almacene y se recupere la información y esté disponible mientras se mantiene la atención, es por eso que, al niño con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, se le dificulta recordar, por ejemplo, lo que le dejaron de tarea en la escuela ese día o no puede repetir una serie de 6 números y es, en ocasiones, incapaz de realizar tres instrucciones a la vez; lo anterior, le genera problemas académicos y emocionales al no poder cumplir con las demandas que se le presentan en casa y escuela; de esta manera, es importante proporcionarle al niño estrategias, a través de una intervención psicopedagógica, que le ayuden a superar sus deficiencias.

Con tal motivo y debido a las dificultades que el niño presenta, le es imposible cumplir con las demandas tanto de la escuela y de casa, lo que origina que opte por no querer ir a la escuela, por mantenerse aislado del grupo o actuar de manera agresiva; por esto la importancia de detectar a tiempo dichos problemas y así, a través de una evaluación que proporcione la información necesaria, dar un diagnóstico detallado que aporte al niño las estrategias necesarias para enfrentar estos problemas y que, a continuación, se describe en el siguiente apartado.

Diagnóstico y evaluación psicoeducativa en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

El propósito del diagnóstico psicoeducativo es, abarcar tanto la evaluación de desarrollo del niño, como su evaluación psicológica en escenarios educativos, así como los efectos que tendrá dicha evaluación, ya que ésta no es completa ni definitiva, es una orientación para la intervención más que un resultado estático y definitivo (Buenrostro, Palacios y Verdiguél, 2007).

Es por eso que la labor del psicólogo educativo, no se limita a la identificación y descripción del problema, sino que abarca su solución o modificación; en este sentido, el psicólogo educativo debe, a través del diagnóstico, determinar si existe en realidad una dificultad de aprendizaje, medir el rendimiento del niño en cada área específica, analizar cómo es el aprendizaje del niño, explicar por qué no aprende y determinar si el problema del niño es específico, general o aparente; también debe analizar la conducta que describe el problema específico, investigar posibles factores, ya sean físicos, ambientales o psicológicos, que contribuyan al problema; debe interpretar datos o formular hipótesis diagnósticas y desarrollar un plan de intervención sugiriendo los métodos para llevarlo al cabo; para ello, cuenta con diferentes técnicas e instrumentos para el desarrollo de las evaluaciones.

Instrumentos de evaluación.

Una vez que el niño es detectado por el maestro o el padre con algún problema que sugiere un trastorno en el aprendizaje, es necesario que el psicólogo educativo evalúe al niño en sus áreas motivacional-emocional, cognitivo-perceptual y neurológica-física; además, debe considerar las características ambientales de la situación de aprendizaje, a través de diferentes instrumentos de evaluación, entre ellos: la entrevista, la cual nos permite obtener información acerca de los antecedentes y de la situación actual del niño (Esquivel, Heredia, y Gómez-Maqueo, 1994).

El empleo de los registros de observación de la conducta, son herramientas que nos proporcionan información pertinente y necesaria dentro de los diferentes escenarios donde el niño interactúa, como la escuela y el hogar, recabando datos importantes acerca de la conducta del niño y su relación con otras personas (padres, hermanos, maestros, compañeros de escuela) y además, facilitará hacer una intervención oportuna (Silver, 2005).

Se hará uso también de pruebas estandarizadas que consisten en test psicológicos y educativos y constan de: a) un test de coeficiente intelectual (CI), para evaluar el nivel y potencial intelectual del niño y para determinar el estilo cognitivo; b) una batería de test de rendimiento, para determinar las habilidades de lectura, escritura y cálculo y c) una serie de pruebas para evaluar cada aspecto del procesamiento de la información: la entrada de información, integración y memorización de la información y la forma en que le da salida a la misma (Arco, Fernández, Hinojo, 2004).

Estas pruebas se realizan para dar un diagnóstico psicológico, el cual, consiste en explicar la conducta y los procesos mentales dentro de una situación en la que el niño interactúa, mediante técnicas donde se exploran los diferentes aspectos que conforman la personalidad, el rendimiento intelectual, el desarrollo perceptual y el funcionamiento y desarrollo emocional del niño; una vez obtenidos los resultados, se integran estos datos de manera que permitan comprender, globalmente, el padecimiento y la problemática por la cual el niño asiste a consulta.

Con esta evaluación, se busca abarcar desde el desarrollo del niño como su evaluación psicológica en el medio escolar, y para concluir se realizara un informe:

Informe del diagnóstico.

La elaboración del informe constituye la culminación del diagnóstico psicoeducativo; en él, se incluye, de manera ordenada, la información recabada durante la evaluación, así como también, los resultados y las recomendaciones a

seguir ya sea por parte de los padres o el maestro; de esta manera, se formularán alternativas de solución que se puedan cumplir en cuanto a la disponibilidad de la familia para contribuir a la solución del problema o, si es necesario, referirlo a otra institución (Buenrostro, Palacios y Verdiguél, 2007).

Es importante saber, en términos de toma de decisiones, que para realizar un programa de intervención, es necesario tener presente que el diagnóstico es una orientación para la intervención más que un resultado y con el que se pretende identificar el problema y dar una solución o modificación para ayudar al niño.

En este sentido, es importante resaltar que el propósito del diagnóstico no es la asignación de etiquetas o de conclusiones diagnósticas que afecten el estado emocional del niño, sino que debe estar centrado hacia la detección del desempeño del niño en el momento de realizar una tarea o actividad; es así que, esta intervención, no es restrictiva pues permite realizar varias evaluaciones con tal de contar con información actual que permita la intervención oportuna (Buenrostro, Palacios y Verdiguél, 2007).

Una vez que se ha realizado la evaluación y planteado el informe de trabajo, se deben establecer las distintas estrategias a seguir que permitan que el niño explote su potencial y minimice sus dificultades, para ello, se presentan a continuación las principales estrategias de intervención psicoeducativa.

Estrategias de intervención psicoeducativa en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad y las dificultades de aprendizaje.

En general, estas estrategias están basadas, principalmente, en un tratamiento de modificación de la conducta y del aprendizaje; la intervención del psicólogo educativo abarca diferentes acciones dependiendo del tipo de dificultades que el niño presente; éstas pueden ser a través de una estimulación en que el psicólogo educativo promueva o proporcione las condiciones necesarias, a través de acciones concretas, que garanticen el desarrollo íntegro del niño; así como

también, facilitar las condiciones para que el niño tenga un mejor desempeño escolar y conductual. Por otro lado, se puede intervenir a través de una prevención temprana donde se busque evitar un problema, esto, con el objetivo de incrementar el aprendizaje y el mejoramiento de la conducta del niño o bien, puede funcionar como una forma de corrección o rehabilitación, en la cual, se intenta reducir los efectos del trastorno de cada niño cuando el problema está presente y no se ha recibido ningún tipo de intervención.

En este sentido, es importante mencionar que la participación del psicólogo educativo puede ser de manera directa, donde podrá diseñar y ejecutar un programa de enseñanza para una intervención individual de acuerdo a las necesidades y capacidades del niño y, de esta forma, estas actividades le ayuden y den solución al problema que éste presenta teniendo cuidado de que los padres y profesores participen en el tratamiento; también, a través de una intervención indirecta, donde el psicólogo educativo funge como asesor y determina las acciones que se deben realizar con base a su conocimiento, proporcionando las técnicas y estrategias para la recuperación escolar del niño (Buenrostro, Palacios y Verdiguél, 2007).

Otra forma de participación del psicólogo educativo, es mediante una intervención grupal, donde la población que se atiende se puede agrupar de acuerdo a las características similares que comparten y donde se diseña un programa que interviene de manera grupal; de esta manera, se aprovechan más los recursos disponibles por parte de todos los participantes. (Buenrostro, Palacios y Verdiguél, 2007).

La intervención psicoeducativa puede ser realizada dependiendo el tipo de problema o situación que el niño presenta; desde un enfoque centrado en el déficit, donde se detectan las deficiencias que presenta el niño en las diferentes áreas (socioafectiva, psicomotriz, cognitiva o intelectual y de lenguaje), o a través de procesos básicos (percepción, memoria, motivación) proporcionando entrenamiento en dichas áreas; también desde un enfoque diagnóstico, donde se considera la intervención como una herramienta para resolver en forma directa e inmediata el problema o situación que presenta el niño (Buenrostro, Palacios y

Verdiguel Montefort, 2007); por tal motivo, dentro del centro de salud mental se lleva a cabo un programa de intervención individual y grupal, basado en la modificación de conducta y los problemas específicos de aprendizaje que el niño presenta y que, a continuación, se mencionan.

Programa de Intervención psicoeducativa para los problemas de conducta y aprendizaje en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Este programa es utilizado de forma regular en el centro de salud mental, debido a que se considera el más apropiado, pues plantea objetivos específicos, actividades a desarrollar de manera concreta y técnicas apropiadas para facilitar tales actividades y lograr los fines previstos.

Este programa está basado, fundamentalmente, en programas de modificación de la conducta y problemas en el aprendizaje; la intervención psicoeducativa debe encuadrarse dentro de los distintos contextos o ambientes en los que se desenvuelve el niño, así como implicar a aquellas personas que interactúan con él, es decir, padres y maestros; este programa se apoya en el modelo cognitivo conductual, cuyo objetivo de tratamiento es formar padres y profesores con conocimientos generales sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y de modificación de la conducta; su finalidad es comprender y dirigir mejor los problemas de comportamiento de sus hijos y/o alumnos en casa y escuela y, además, enseñar a los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad técnicas de autocontrol y resolución de problemas. (Silver, 2005).

La razón para el empleo de la terapia cognitivo conductual se debe a que ésta posibilita la intervención inmediata, está centrada en el aquí y en el ahora, se puede aplicar y adaptar con facilidad a las características de cada niño, suele requerir menos tiempo, tiene un predominante énfasis en la enseñanza y la prevención y es un enfoque terapéutico en donde los niños aprenden principios sobre la salud mental y los ponen en práctica (Arco, 2004). Este modelo consiste en:

- Entrenamiento en técnicas para la modificación de la conducta. El objetivo es que el niño aprenda habilidades que le ayuden a obtener una conducta deseada en el lugar y el momento adecuado, pues regularmente, el comportamiento del niño a la hora de clase no es apropiado, suele platicar constantemente y levantarse de su lugar interrumpiendo a sus compañeros y generando desorden dentro del aula; ésta es una de las quejas más comunes que suelen decir los maestros acerca del niño con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

- Entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales. En ellas se fundamenta el supuesto de que la forma en que los niños interpretan las experiencias, determina profundamente su funcionamiento emocional; el modo en que los niños construyen los conceptos acerca de sí mismos sobre las relaciones con otras personas, sobre sus experiencias y sobre el futuro, influye en sus reacciones emocionales. Los niños elaboran activamente la información seleccionando y codificando las cosas que les suceden así mismos y a los demás; su objetivo es lograr que el niño aprenda una estrategia general de pensamiento y actuación para regular su comportamiento. (Moreno, 2001).

- Entrenamiento en técnicas auto-instruccionales. Usualmente, esta técnica es empleada en el niño a través de frases o pensamientos que se utilizan como guía previa para ejecutar, facilitar o controlar un determinado modo de acción; así como para regular la realización de distintas tareas académicas, cognitivas o de solución de problemas; además de fomentar el pensamiento reflexivo, le ayuda a analizar las fallas que comete y le permite prever su ejecución futura.

- Entrenamiento para la solución de problemas. Está enfocado a entrenar al niño en habilidades que lo capaciten para abordar con éxito diferentes problemas y pueda alcanzar una meta (Moreno, 2001). Siendo que, regularmente, el niño al ser molestado o agredido por otro compañero, actúa de manera agresiva y su reacción inmediata es golpear a éste trayendo como consecuencia que el niño con Trastorno por Déficit de

Atención sea castigado por la maestra y puesto en ridículo delante de sus demás compañeros; la utilización de esta técnica, enseñara al niño otra alternativa de solución para sus problemas.

- Entrenamiento de habilidades sociales. Consiste en enseñar al niño a comportarse de manera adecuada en todo momento además de desarrollar conductas que le permitan comunicar sentimientos, opiniones y afectos de forma asertiva y que favorezcan la adaptación y la normalización de la interacción social; para esto, es necesaria la intervención del psicólogo educativo y así, llevar a cabo estas técnicas que facilitarán la vida del niño en su entorno (Fernández, 2004).

Como es sabido, el niño con déficit de atención presenta dificultades para seguir reglas y respetar límites; es común que ante situaciones donde interactúe con otras personas y/o fuera de su hogar, suela presentar conductas inapropiadas como el agarrar cosas que no le pertenecen, correr o subirse en lugares inadecuados, hacer berrinches o agredir a otros niños, etc.; este tipo de conductas genera que sea rechazado por los demás debido a su comportamiento poco reflexivo; por ello, es necesario establecer técnicas que ayuden a corregir estas conductas que, también, se presentan en las escuelas y que es importante que los maestros conozcan y lleven a cabo dentro del salón de clase. Éstas se mencionan a continuación.

Técnicas de intervención para modificar la conducta en el aula.

Este apartado consiste en explicar y enlistar las diferentes opciones que existen para corregir la conducta en los niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, y proporcionarles a los padres y profesores las alternativas de solución a través de técnicas que faciliten el control de la conducta del niño, como es sabido, los niños a partir de los 6 años pasan la mayor parte del tiempo en la escuela, lugar en donde es necesaria la habilidad para poner atención, controlar los impulsos e inhibir las conductas disruptivas. Es en el aula de la escuela en donde el niño lleva a cabo su formación académica y desarrolla el

sentido del “yo puedo”, “yo soy competente”; sin embargo, los niños que presentan el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, están en riesgo de no poder cumplir con las reglas que establece la escuela, de no lograr un aprovechamiento académico satisfactorio y de desarrollar un sentimiento de incompetencia personal que afecte su desarrollo emocional.

Por ello, es importante dar la orientación al profesor acerca de las diferentes técnicas que pueden ser utilizadas para el manejo de las reglas y límites que se establecen dentro de la escuela; el profesor debe tener claro su objetivo para que estas reglas se lleven a cabo adecuadamente, éstas consisten en proporcionar información al profesor acerca del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, así como utilizar, adecuadamente, las diferentes técnicas que le permitan resolver de manera asertiva las dificultades que surjan durante el proceso de enseñanza en el aula. Estas técnicas se mencionan a continuación y consisten en:

1. Mantener el orden en el aula. Es importante que el alumno adquiera el hábito del orden y la rutina, que el profesor sea claro y explícito respecto a las reglas de convivencia, los deberes y obligaciones que tiene el niño dentro del salón de clase. Resulta más eficaz combinar la información con los elogios y los refuerzos, como enseñar al niño que debe permanecer sentado y callado durante la clase.
2. El profesor debe tener una conducta positiva, con fuerza de ánimo y capaz de solucionar los problemas de una manera altamente organizada.
3. Situar los pupitres alejado de puertas y ventanas para que se reduzca la dispersión y ubicar al niño en la primera fila con la finalidad de que esté más cerca del profesor para observar que esté prestando atención.
4. Fragmentar las tareas en sub-tareas para poder aprovechar los periodos de atención; las tareas que se realizan en una hora, cambiarlas por 4 tareas de un cuarto de hora, éstas deben ser cortas y simples.
5. Explicar en voz alta caminando por la clase, utilizar apoyos visuales y auditivos novedosos.

6. El profesor debe conocer y practicar técnicas de modificación de conducta: saber elogiar y recompensar a los alumnos, establecer límites y aplicar consecuencias.
7. Valorar las diferencias de estos alumnos, la diversidad de estilos de aprendizaje y darles la oportunidad de sacar a la luz lo que saben hacer bien.
8. Enseñar y entrenarlo en habilidades sociales con sus compañeros, aprovechando las circunstancias naturales de interacción cotidiana entre los alumnos.
9. Informar de las reglas y normas de la clase y que estén siempre a la vista.
10. Realizar preguntas para motivar la participación de los niños en clase.
11. Utilizar la repetición breve y varias veces, para favorecer la memorización.
12. Realizar tareas en las áreas en donde el niño tenga mayor habilidad para reforzar su autoestima.
13. El profesor debe ser claro en sus correcciones, no humillarlo ni avergonzarlo delante de sus compañeros.
14. Utilizar la técnica de economía de fichas, estableciendo de antemano su valor, las reglas de cambio y las condiciones de uso, utilizar puntos para conseguir premios por su buena conducta.
15. Hacer uso de la técnica de extinción, no prestar atención a la conducta disruptiva y ser enfático para destacar sus aciertos, sus mejoras y progresos; destaque siempre el valor del esfuerzo que realiza para superar sus problemas.
16. Utilizar la técnica de tiempo fuera. Eliminar durante unos minutos las recompensas que mantienen las conductas sacando fuera al niño de la situación (Silver, 2005).

Se sugiere entonces hacer uso del programa de auto instrucciones que se desarrolla en cinco pasos:

-Técnica de modelado: el adulto realiza las verbalizaciones y la ejecución de la tarea; es decir, el profesor al mismo tiempo que va trazando el contorno de una figura, va explicando al niño la ejecución.

-Cuando el adulto verbaliza y es el niño el que sigue las instrucciones y ejecuta la tarea, como ejemplo tenemos: El niño al momento de ir trazando el contorno de la figura, el profesor da las indicaciones de forma verbal.

-Cuando el niño dice en voz alta lo que tiene que hacer mientras ejecuta la tarea, ejemplo: el niño va diciendo, al momento que realiza la tarea: “Tengo que seguir el contorno de la figura”.

-Cuando el niño lleva a cabo la tarea mientras se susurra así mismo las instrucciones.

-Cuando el niño realiza la tarea siguiendo las instrucciones con un lenguaje interior, en silencio.

La ventaja de este programa de entrenamiento auto-instruccional, es que ayuda al niño a analizar el tipo de fallas que comete, fomenta su pensamiento reflexivo y le permite prever su ejecución futura y analizar de forma correcta la causa de sus errores (Silver, 2005).

Otra de las funciones importantes que realiza el psicólogo educativo dentro del centro de salud mental, y que es necesaria para ayudar al niño con trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, es proporcionar información a los padres acerca de las diferentes técnicas utilizadas para el manejo del niño con trastorno por déficit de atención e hiperactividad que, a continuación, se mencionan:

Técnicas para el manejo de la conducta, dirigido a los padres

Objetivo: proporcionar a los padres estrategias y alternativas de solución a los problemas de comportamiento de su hijo con trastorno por déficit de atención e hiperactividad; éstas consisten en:

1. Dar información a los padres acerca del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (escuela para padres).
2. Proporcionarle un entrenamiento conductual centrado en los siguientes aspectos:
 - a) Discriminar específicamente las conductas problemáticas del niño, haciendo hincapié en las consecuencias posteriores.
 - b) Establecer reglas claras y específicas de comportamiento formuladas en forma positiva.

- c) No plantee demasiadas instrucciones a la vez.
- d) Mantenga las cosas y el estilo de vida lo más organizados posible.
- e) Elabore un registro de actividades diarias con horarios de todo lo que el niño tiene que hacer durante el día.
- f) Enséñele al niño a mantener ordenados sus útiles, libros y material de estudio.
- g) Establezca un lugar de estudio apropiado para el niño, que sea tranquilo y lejos de distractores visuales y auditivos.

La participación de los padres es necesaria para llevar a cabo estas técnicas pues sin su colaboración y compromiso, los objetivos propuestos no tendrían ningún éxito; por tal motivo, estas técnicas se diseñan con la finalidad de que el programa de modificación de conducta, utilizado dentro del centro de salud mental y realizado por el psicólogo educativo, tengan consistencia y se lleven a cabo dentro del contexto donde el niño se desarrolla que es en casa y con su familia; por ello, el trabajo de los padres es de suma importancia y resulta primordial orientarlos y darles las herramientas necesarias para facilitar este trabajo; lo anterior, a través de técnicas enseñadas a los padres mediante entrenamiento.

Entrenamiento a padres.

Este es uno de los recursos más utilizados, apoyado por estudios hechos por Baum y Forehand (1981) en donde el terapeuta comienza por obtener la confianza de los padres, informándoles sobre la naturaleza de la mala conducta de su hijo, disipa los sentimientos de culpabilidad y averigua las fuentes de ansiedad tratando de eliminarlas.

En este sentido Rutter, (1979) menciona que es fundamental que los padres entiendan que la autoridad, la firmeza y la coherencia son actitudes educativas imprescindibles para ayudar al niño. Se entrena a los padres en el tratamiento de situaciones graves, como conductas destructivas o estallidos de cólera, desobediencia, peleas y actitudes burlescas. El método instruye a los padres en el uso del refuerzo positivo para conductas ajustadas y del castigo leve, no violento. Se les debe enseñar a ser razonables y negociadores y no a

sobornar, amenazar o tratar de provocar culpa o vergüenza en el niño. Son los padres los que establecen las reglas y los que toman las decisiones, por lo tanto, se debe entender que la familia ha de constituirse en una estructura de apoyo y colaboración por eso, es indispensable que, tanto los padres y todos los miembros de la familia, participen en el uso de estas técnicas a través de una terapia de familia que les ayudará a tener mejores resultados.

Terapia de Familia

Esta intervención tiene como objetivo la modificación de los patrones desadaptados de interacción y comunicación entre los miembros de la familia; entre éstos se incluye la falta de apoyo, culpabilidad y aislamiento de algún miembro concreto. La colaboración de la familia no es siempre una tarea fácil ya que, en muchos casos, se trata de padres con nivel económico, social y cultural desfavorables que padecen a su vez trastornos psiquiátricos y en ocasiones el niño se encuentra al cuidado de algún familiar.

El objetivo de la terapia de familia ante la presencia del trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, es devolver el control a los padres, permitirles cambiar las percepciones y expectativas que tienen los miembros de la familia respecto al niño con déficit de atención e hiperactividad, enseñarle a los hermanos a entender el trastorno y fortalecer las relaciones positivas entre los miembros de la familia.

Los padres deben comprender que no hay una manera correcta o equivocada de educar a los hijos; por lo tanto, con su participación se desarrollará un plan con el que ambos padres puedan trabajar, siendo ésta una de las funciones que realiza el psicólogo educativo y que se explica en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO II

Funciones profesionales del psicólogo educativo ante el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

La función del psicólogo educativo(Becerra, García, Salamanca 2006), presupone un abordaje de una pluralidad de enfoques con diversas opciones de su objetivo de estudio, teorías y métodos conformados en un conjunto de saberes para su enseñanza. Sus funciones profesionales consisten en la detección, evaluación, planeación e intervenciones que, a través de modalidades de orientación, prevención, rehabilitación, consultoría, terapia e investigación, se desarrolla en habilidades para anticiparse y ajustarse a cambios importantes en la profesión, coadyuvando un ejercicio responsable y consciente en el desempeño profesional.

Entre las tareas necesarias para llevarse a cabo están la:

Detección. Ésta consiste en la búsqueda e identificación de trastornos, inadaptaciones y/o deficiencias; su finalidad es establecer programas de intervención y preventivos desde las edades más tempranas. Se lleva a cabo mediante una labor conjunta de coordinación con centros educativos, profesionales, tutores, padres de alumnos, servicios clínicos, sociales etc., que están en contacto directo con los sujetos que presentan alguna perturbación y precisan de un diagnóstico y orientación.

El mismo autor señala que también es necesario llevar a cabo una evaluación; éste es un proceso integral, sistemático, gradual y continuo que tiene como fin la valoración de los cambios producidos en la conducta, la eficacia de los métodos y técnicas de enseñanza, la capacidad científica y pedagógica de los profesores, la educación de los programas y los planes de estudio y todo cuanto pueda incidir en la calidad de la educación. La evaluación es un proceso permanente, continuo, que transcurre paralelo al mismo proceso de aprendizaje y no a un acto puntual y esporádico. Además, la acción evaluadora no debe ser

improvisada, debe responder a un plan bien elaborado que forma parte de la programación misma del trabajo escolar.

La evaluación debe formar un todo unitario con los demás elementos de la programación, concibiéndola en función de los objetivos que se hayan fijado y en función de la capacidad del alumno y de los medios educativos que se dispongan.

Sin embargo, el proceso de evaluación puede llevarse al cabo desde distintas perspectivas, entre las que se encuentran:

- Evaluación Conductual

Ésta es una alternativa a la evaluación psicológica a través de la cual se tratan de identificar las conductas que son objeto de estudio, tanto motoras como fisiológicas o cognitivas, así como las variables ambientales y/o internas que las mantienen o controlan, con el objeto de realizar un tratamiento o cualquier tipo de intervención psicológica.

- Evaluación psicológica:

Se ajusta a la idea de un análisis funcional de conducta, cumple con las tareas de: Definir de la manera más objetiva y concreta posible, los problemas conductuales o de rendimiento que afectan a una determinada persona. Su objetivo es detectar aquellos factores que condicionan, producen, mantienen, aumentan o disminuyen tales problemas; estos factores pueden concentrarse tanto en el medio ambiente social, como en los procesos subjetivos del individuo (Becerra, García, Salamanca 2006).

Una vez que se ha llevado al cabo la evaluación, comienza el siguiente paso que consiste en:

La planeación, que tiene como objetivo tratar de lograr con mayor eficacia y coherencia objetivos bien definidos de una política en plazos fijados, teniendo en cuenta las limitaciones de medios humanos y materiales disponibles. Los

resultados de la planificación, se presentan en planes sectoriales que influyen en programas sobre grandes temas. La elaboración del plan exige una clara y precisa formulación de objetivos que responden a criterios técnico-científicos, económicos-sociales y/o políticos, en cualquier caso, importa mucho la adaptación de los objetos a las características psicosociales y culturales del entorno y las familias (Becerra, García, Salamanca 2006).

Una vez que se tiene lista la planeación, se inicia con la Intervención psicológica propiamente; ésta consiste en un conjunto de actividades y operaciones a través de las cuales el profesional, como agente de cambio, trata de alterar y mejorar el curso de los acontecimientos humanos en los individuos y la sociedad; además de la pluralidad en los modos de tratamiento o intervención consistentes en técnicas dictadas por las correspondientes teorías a las áreas clínicas, educativas, relaciones laborales, comunicación, calidad y diseño de ambientes humanos, etc. (Becerra, García, Salamanca 2006).

Ahora bien, una posible área de la intervención puede consistir en el diseño del currículo, aunque no es una labor sustancial, a veces se vuelve necesario pensar en modificaciones curriculares; es por eso que, esta labor se define como las relaciones que previsiblemente se establecerán entre profesores, alumnos, contenidos, tiempo, materiales y objetivos previstos. En este sentido, la acción programadora o de diseño del currículum va más allá de ordenar simplemente unos contenidos de enseñanza y presuponer prever la acción docente, saber que se hará, cómo y porqué supone relacionar la práctica pedagógica evitando su desarrollo arbitrario o improvisado desde la consideración de todos los elementos que intervienen, de forma que puedan estudiar las consecuencias de su interacción y evaluar los resultados conseguidos (Becerra, García, Salamanca 2006).

De esta manera, y a través de estos pasos, es como se realizan las actividades para desarrollar el programa que se lleva al cabo actualmente en el centro de salud mental. A continuación se explica la labor que cumple el psicólogo educativo en este lugar.

Descripción de la Jornada Laboral del Psicólogo Educativo en el Centro Comunitario de Salud Mental Iztapalapa.

El Centro Comunitario de Salud Mental Iztapalapa, es una unidad especializada de primer nivel en la atención de la salud mental que da atención para la prevención y tratamiento de la salud mental, con un grupo multidisciplinario compuesto por médicos especialistas en Paidopsiquiatría, médicos generales, psicólogos clínicos y un psicólogo educativo, trabajadores sociales y enfermeras; trabajando de manera integral para preservar y mejorar la salud a la comunidad que no es derechohabiente.

Las funciones del psicólogo educativo para la atención del paciente son varias y están definidas con base a la atención del niño y su familia; principalmente, de aquellos de quienes se sospecha o cuentan con diagnóstico de trastorno por déficit de atención. Una de la primeras tareas en la atención, consiste en realizar una entrevista con los padres y los niños, ésta se utiliza como un instrumento de evaluación y herramienta de utilidad para el psicólogo educativo de la que obtiene la información necesaria acerca de los antecedentes y situación actual de la persona examinada, para, de esta manera, realizar y definir el manejo que se le va a dar al niño; así como determinar los instrumentos de evaluación que se usarán para realizar un diagnóstico. Cuando se hace la entrevista con los padres del niño, el propósito es informarse acerca del problema del niño, de su situación escolar, de su relación con la familia, la historia de su desarrollo psicológico y su situación social; además, se realiza la entrevista con el niño, donde se busca acceder a su visión del problema, las razones por las que es llevado a consulta y sus intereses y expectativas. (Manual de Procedimientos, Secretaría de Salud, Dirección General de Servicios de Atención Psiquiátrica. (SAP) . Centro Comunitario de Salud Mental Iztapalapa, 2010).

Una vez aplicada la entrevista, se procede a realizar una valoración psicológica, ésta consiste en una evaluación de la capacidad intelectual del niño, desarrollo cognoscitivo, conducta, aspectos emocionales y de integración social; así como descartar la presencia del déficit de atención e hiperactividad y si existe

algún problema de aprendizaje; estas pruebas se califican cualitativa y cuantitativamente, además de interpretarse e integrar cada una de ellas, elaborando un informe de resultados para establecer una estrategia de trabajo de acuerdo a las necesidades del niño, tales como:

Psicoterapia Breve. Va dirigida a contribuir a un alivio sustancial del niño, por lo que, el psicólogo educativo aplicará la técnica más adecuada para las necesidades del niño, dirigida al aquí y al ahora.

La otra modalidad de ayuda es la psicoterapia de grupo; está dirigida por el psicólogo educativo y consiste en dar al paciente los elementos esenciales que le permitan aclarar su conflicto y sus actitudes, siendo el grupo el que consolidará a cada uno de los miembros.

Una labor sustancial del proceso, es la elaboración de notas de evolución, esto consiste en la transcripción de forma clara y detallada del seguimiento de los procesos de avance que ha tenido el niño ante su problemática, al igual que la información que proporcione la madre o el familiar que esté a cargo.

También, participa y asiste a sesiones clínicas y bibliográficas, así como a las actividades educativas y culturales, para incrementar y actualizar los conocimientos en el área de la psicología de la salud e investiga y expone distintos temas para las sesiones informativas llamados grupos psicoeducativos, que se imparten periódicamente dentro del centro de salud mental con diferentes temas relacionados a la salud mental dirigidas a los usuarios y sus familiares.

Este trabajo se lleva a cabo desde hace 15 años aproximadamente con gran éxito y demanda, a continuación se habla de la historia del centro de salud y de las funciones que realizaba antes de pertenecer a salud mental.

CAPÍTULO III

Antecedentes Históricos del Centro Comunitario de Salud Mental.

El Centro Comunitario de Salud Mental se encuentra ubicado en la Delegación Iztapalapa; el nombre de esta delegación proviene de la lengua náhuatl, (Iztapallilosas o lajas, Alt agua, y pan-sobre) que puede traducirse como En el agua de las lajas; cuenta con el mayor número de población del Distrito Federal, según cifras proporcionadas por el INEGI en el año 2000 con casi 2, 000,000 de habitantes y con una densidad aproximada de 12,000 personas por kilómetro cuadrado (<http://www.iztapalapa.gob.mx> Fecha de revisión, Agosto 2009).

En el año de 1981 se instaura en esta delegación el Centro de Salud Comunitario T-III Zona Urbana Ejidal; éste tenía como función dar atención de primer nivel en consulta externa en sus diferentes especialidades como: Medicina General, Pediatría, Planeación Familiar, Atención Dental y Comunitaria; impartiendo campañas de vacunación y llevando atención médica e información de los diferentes programas de prevención a las zonas rurales más alejadas y marginadas de la Delegación Iztapalapa. Contaba con un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud quienes, a través de programas y campañas específicas, atendían a la población con el propósito de crear una cultura de prevención y auto-cuidado. A partir del año de 1995, por acuerdo del C. Secretario de Salud, se establece la Coordinación de Salud Mental (CORSAME), que dependía de la subsecretaría de Servicios de Salud. Más tarde, se hacen ajustes administrativos y se reestructura la CORSAME en un órgano desconcentrado denominado Servicios de Salud Mental (SERSAME), con nivel de Dirección General y del que dependen los tres hospitales de Psiquiatría y los tres centros comunitarios de salud Mental ubicados en la ciudad de México.

Es así como se crean los Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM) siendo el primero el Centro Comunitario de Salud Mental conocido como CUAUHTÉMOC ubicado en la calle Enrique González Martínez 131, entre

Eje 1 Norte y Díaz Mirón, en la Colonia Santa Maria la Rivera, en la Delegación Cuauhtémoc.

El segundo Centro Comunitario de Salud Mental ZACATENCO se ubica en Huánuco 323 esquina Avenida Ticomán, Colonia San Pedro Zacatenco, Delegación Gustavo A. Madero.

El tercer Centro Comunitario de Salud Mental IZTAPALAPA se encuentra ubicado en Avenida Guerra de Reforma y Eje 5 Colonia Leyes de Reforma Delegación Iztapalapa..

Todos estos centros prestan atención a las enfermedades mentales tanto a niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. En el Centro de Salud Mental Iztapalapa, se ofrece atención psiquiátrica y psicológica, terapia de familia y de pareja, terapia individual y Medicina General; proporcionando servicios a la población de las delegaciones Iztacalco y Tláhuac, así como a municipios del Estado de México como Nezahualcóyotl, Chalco, Los Reyes la Paz e Iztapaluca.

Se proporcionan 15 fichas al día para la consulta de primera vez, siendo un total por mes de 148 fichas aproximadamente; atendiendo por lo menos a 1373 pacientes subsecuentes con un porcentaje por servicio al mes en los distintos departamentos que incrementa aproximadamente de la siguiente manera:

Psiquiatría	37.21%.
Medicina General	29.32%,
Psicología	25.84%
Terapia de Familia y de Pareja	7.627%.

Esto muestra el promedio mensual total de pacientes atendidos en cada uno de los servicios de estos centros de salud.

En caso de que algún paciente requiera de atención de tercer nivel, o sea atención hospitalaria, es referido a los diferentes hospitales psiquiátricos de la ciudad de México. Es así como, los Centros Comunitarios de Salud Mental

(CECOSAM) que son unidades de primer nivel que solo dan atención por consulta externa, la atención de segundo nivel proporciona consulta externa y urgencias y la atención de tercer nivel proporciona atención hospitalaria, urgencias y consulta externa dependientes de los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP), proporcionan atención integral a quienes sufren cualquier alteración de salud mental. Y es justamente en este entorno, donde la labor del psicólogo educativo es fundamental, dando atención profesional tanto a pacientes como a padres, siendo parte integral del modelo de la salud mental, contando con habilidades particulares que hacen de su trabajo un engrane importante junto con el resto de los profesionistas de la salud que lo acompañan.

Después de la exposición anterior sobre lo que es el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y las funciones del psicólogo educativo ante este trastorno y sus funciones específicas en los Centros de Salud Mental, y dentro del proceso de enseñanza aprendizaje, el psicólogo educativo cuenta con una metodología específica de trabajo individual centrado en el apoyo hacia el niño, se presenta el método con el cual se llevan a cabo las intervenciones, mostrando sólo un ejemplo de esta labor; sin embargo, cabe recordar la pregunta que guía el trabajo: ¿cómo interviene el psicólogo educativo en el manejo del niño con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad?, para responder, a continuación se presenta el siguiente capítulo.

CAPÍTULO IV

MÉTODO

Programa de Psicología Educativa dirigido a niños de 6 a 12 años con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad con Problemas de Conducta y Aprendizaje.

Como se ha mencionado, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, afecta la mayoría de las veces el área del aprendizaje, es común encontrar que la mayoría de los niños en etapa escolar son enviados por los maestros por presentar bajo rendimiento escolar, atención dispersa, alteraciones de la memoria, dificultades para escribir, leer, hacer operaciones matemáticas, comprender un texto redactar o hacer un dictado, poca capacidad de espera y baja tolerancia a la frustración; lo que hace más difícil su integración al grupo, por ello, se elabora un programa para trabajar las áreas afectadas.

Planteamiento del problema.

¿Cómo interviene el Psicólogo educativo en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y los problemas de Aprendizaje y Conducta?

Objetivos:

General: presentar la labor del psicólogo educativo en el área de la salud mental.

Específico: 1) presentar un caso que representa la labor diaria del psicólogo educativo en un Centro comunitario de Salud Mental.

2) Mostrar los avances que logra un niño con déficit de atención e hiperactividad, al contar con el apoyo del psicólogo educativo como parte del equipo de profesionales que le presta apoyo en el Centro Comunitario.

A través de las diferentes técnicas y estrategias de manejo psicoterapéutico, se destaca la colaboración del psicólogo educativo en el manejo del niño con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, proporcionando al

niño, las herramientas que le permitan conocer, interactuar y manejar los síntomas que genera el trastorno por déficit de atención e hiperactividad con el fin de mejorar su nivel de adaptación y, de esta manera, logre integrarse al contexto en el que interactúa y se desarrolla cotidianamente; así como también, la realización de un programa de estrategias para mejorar su rendimiento académico y conductual y ofrecerle una mejor calidad de vida, proporcionándole mejores alternativas de solución con las que él pueda resolver los problemas que se le presentan en la vida diaria de una manera más asertiva. Por ello, se propone un programa para que el niño adquiera habilidades para mejorar su rendimiento escolar desarrollando su atención, memoria, su capacidad cognitiva, su motricidad, esquema corporal, conducta, desarrolle la tolerancia a la frustración y adquiera habilidades para la socialización, para que pueda mejorar las relaciones con sus iguales e incremente su rendimiento escolar. En este sentido, se menciona a continuación el programa que se lleva al cabo en el Centro Comunitario de Salud Mental Iztapalapa.

Bajo esta perspectiva, los objetivos generales del trabajo de intervención con el niño son:

- Mejorar su rendimiento académico
- Desarrollar sus capacidades cognitivas (atención, memoria, planeación, concentración organización)
- Mejorar sus habilidades sociales (comunicarse y comportarse de manera adecuada con sus pares, padres y maestros)
- Reconocimiento de su esquema corporal
- Desarrollo de la coordinación psicomotriz
- Mejorar la conducta problemática en casa y escuela.

Mientras que, los objetivos específicos del trabajo de intervención, se centran en:

- Que el niño adquiera habilidades para mejorar la memoria y la atención
- Que el niño reconozca y mejore sus habilidades sociales.
- Que el niño reconozca las parte del cuerpo
- Que el niño adquiera un mejor control en su coordinación fina y gruesa.
- Que el niño desarrolle la habilidad para respetar las reglas establecidas.

→ Que el niño amplíe sus conocimientos académicos .

Para mostrar un ejemplo de cómo se logran estos objetivos, este trabajo reporta la intervención que se realizó a un caso en el que se busca evaluar los beneficios de las técnicas empleadas para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, utilizadas en el Centro de Salud Mental Iztapalapa.

Participante

Usuario: N L A

Edad: 7 años

Escolaridad: 2º de Primaria

Motivo de consulta: problemas de aprendizaje y conducta.

Procedimiento:

Se comienza la atención del menor debido a solicitud expresa de los padres en el centro comunitario y queda sujeto a intervención bajo el siguiente programa.

Motivo de consulta:

Entrevista directa con la madre del menor, quien refiere que su problema inicia al entrar el niño a la primaria; estando en clase, no pone atención, se le olvidan las cosas que le enseñan, está muy inquieto, no trabaja en clase, se levanta de su lugar, se sale del salón de clase sin permiso, no termina sus trabajos, no obedece a la maestra, pelea con sus compañeros y es muy agresivo; pierde sus útiles escolares, no comprende, aún no sabe leer ni escribir, confunde derecha e izquierda, confunde las letras b-d p-q. En casa, pelea con su hermano menor, es berrinchudo, se mueve constantemente, juega con cerillos y ha intentado quemar las cortinas, no le gusta perder, llora por todo, se levanta y habla dormido. Parece como si no escuchara, es muy desobediente, tiene varios reportes de la maestra porque no aprende y se porta mal.

En casa es agredido física y verbalmente por los padres y hermanos mayores, no recibe el apoyo necesario para hacer tareas, no existen hábitos adecuados de

estudio y el manejo de la disciplina es irregular, el niño permanece, por la tarde, solo, pues los padres son comerciantes y llegan en la noche; los hermanos trabajan y no existe quien supervise sus tareas, ni sus conductas, por lo tanto, está viendo la televisión o se sale a la calle; sin embargo se observa la preocupación por parte de la madre y la disposición para ayudar a su hijo, menciona que tanto el padre como sus hermanos están dispuestos a apoyar al niño y colaborar con lo que se les indique.

Instrumentos de evaluación:

Para analizar el grado de trastorno por déficit de atención e hiperactividad y las comorbilidades del niño, se realizaron dos cuestionarios:

El cuestionario del DSM-IV-TR es un instrumento hecho por la Asociación Americana de Psiquiatría que califica la atención, hiperactividad e impulsividad, cada uno con criterios específicos.

Escala General de Conners para padres y maestros, donde se enlista una serie de situaciones que los niños presentan, con que frecuencia se presentan estas conductas, que los padres o maestros deben registrar.

Escenario: se realiza dentro del consultorio de psicología del centro de salud mental, en donde el psicólogo educativo interviene realizando, como primera intervención, una valoración psicológica:

Valoración psicopedagógica. Se buscó analizar la conducta del niño y valorar los problemas de aprendizaje del menor de quien, se puede decir que, se muestra inquieto dentro del consultorio, toma lo que está encima del escritorio, no responde a las preguntas que se le hacen, no coordina movimientos, aún no reconoce todas las letras del alfabeto, su coordinación fina es deficiente, no retiene cifras de 4 dígitos, ilumina fuera del contorno de la figura y aún no sujeta el lápiz adecuadamente; la lateralidad es inversa, no ejecuta tres órdenes a la vez, no pronuncia la r, s tr, bl; su atención está dispersa, ve para todos lados.

Para corroborar las deficiencias que el niño presenta, se hace uso de instrumentos de evaluación como son las pruebas psicológicas:

La aplicación de pruebas psicológicas, es parte del proceso de evaluación que se requiere y los instrumentos utilizados para valorar a los niños con trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad dentro del Centro de Salud Mental; debido a los síntomas que presenta el paciente, el bajo rendimiento escolar y los problemas de aprendizaje, es necesario utilizar las herramientas de medición que sirven de apoyo al psicólogo educativo para evaluar y dar un diagnóstico certero. Las pruebas de Bender, Raven, Goodenough, Wisc-R son utilizadas como básicas para evaluar la madurez neurológica del niño, su capacidad intelectual y sus aspectos afectivos y sociales; y, poder dar un diagnóstico psicológico, se realiza la interpretación y se procede a dar los resultados:

Resultados obtenidos de las pruebas psicológicas:

Bender: arroja como resultado que el niño tiene un Nivel de Maduración de 5 años 10 meses y presenta una disfunción neurológica con dificultad en la percepción y coordinación viso-motora, lo que indica que el niño, aún no ha alcanzado la madurez necesaria para desempeñar una determinada actividad que afecta a su proceso de aprendizaje.

La aplicación del test de Raven: da como resultado que el niño tiene una capacidad intelectual de término medio y requiere de mayor estimulación y reforzamiento en las áreas que se le dificultan para mejorar su aprendizaje.

En la aplicación de la prueba Wisc-R, se obtienen los resultados que indican que el paciente requiere de estimular las áreas con menor puntaje con ejercicios específicos que estimulen y corrijan las deficiencias que presenta el niño para mejorar su aprendizaje. Una vez calificada la prueba continuamos con la interpretación de los resultados:

Interpretación de los resultados:

El rendimiento intelectual del niño es Normal Bajo, no obstante, se puede decir que su capacidad para razonar es buena y que debido a su falta de atención e hiperactividad su rendimiento disminuye. Se puede concluir que el niño puede tener un potencial intelectual mayor, que no es aprovechado adecuadamente debido a los síntomas que presenta y a la falta de apoyo de los padres y del maestro. Una vez obtenidos los resultados el psicólogo educativo, procede a dar su impresión diagnóstica.

Diagnóstico aplicado bajo protocolo del DSM IV

Trastorno de la atención y conducta F90.

Es un patrón persistente de desatención, puede manifestarse en situaciones académicas, laborales o sociales; es un trastorno en donde el niño no presta atención a los detalles o comete errores por descuido en las tareas escolares o en otros trabajos; suelen hacer sus trabajos sucios o descuidados, sin reflexión, les resulta difícil persistir en una tarea hasta el final, a menudo, parecen tener la mente en otro lugar, como si no escucharan, pueden proceder a cambios frecuentes de una actividad a otra o a una tercera sin llegar a completar ninguna de ellas; en las tareas que exigen un esfuerzo mental sostenido, concentración u organización, les resulta desagradable y aversivas y, por lo tanto, evitan este tipo de tareas además de presentar alteraciones de la conducta como desobediencia.

Trastorno del aprendizaje escolar F80.

Se refiere al rendimiento del individuo en lectura, cálculo o expresión escrita; es inferior al esperado para su edad, escolarización o nivel de inteligencia; estos problemas de aprendizaje interfieren significativamente en el rendimiento académico del niño y puede persistir hasta la vida adulta, además, trae consigo una baja autoestima, desmoralización y dificultades en habilidades sociales.

Además se detectó que el menor presenta una dificultad en la lateralidad caracterizada por una Dislexia la cual consiste en un desorden en el aprendizaje y dominio de la lectura, es decir, cuando el niño presenta omisiones y/o

confusiones de letras, errores para identificar y respetar los signos de puntuación; en la disgrafía existe un trastorno en la adquisición de la escritura, el niño presenta distorsión en el trazo de las letras, confusión u omisión de las letras al escribir, errores de manejo en el espacio, cambios en la estructura fonológica de las palabras, dificultad en el aprendizaje de la ortografía o disortografía. Después de obtener los resultados de las pruebas aplicadas, se procede a realizar una propuesta de manejo psicológico educativo.

Manejo psicológico educativo:

Este manejo consiste en dar información y asesoramiento verbal y escrito a los padres o tutores del niño acerca del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, sus causas, orígenes, características, tratamientos y las consecuencias del trastorno; así como la necesidad de que el niño ingrese a una terapia conductual, indicándole en que consiste y la importancia de la participación de todos los miembros de la familia; así como también, de los cambios que se deben de hacer en el manejo de la conducta en casa. El Psicólogo educativo estará monitoreando el manejo, por lo menos, una vez al mes y hará los ajustes que considere pertinentes para que la intervención sea llevada adecuadamente. Para ello se sugieren las siguientes técnicas:

Establecer roles: es importante darle a saber al niño que la autoridad en la familia, es el padre, la madre o el tutor, y son ellos quienes establecen las reglas en casa y vigilan que éstas se cumplan.

Manejo de calendario de actividades (hacer horarios para sus actividades). Es necesario enseñar al niño a realizar todas sus actividades a una hora determinada.

Además se emplean diversas estrategias de trabajo en el consultorio y en casa, dentro de las que se encuentran:

→ Manejo de fichas. Es una técnica que consiste en dar puntos sólo si obedece a la primera.

Sólo se deben recompensar las buenas conductas, pues, esto incrementa su autoestima, aumenta la autoconfianza y permite al niño creer que puede ser

diferente, que siga las normas y obedezca las órdenes; ése es el objetivo para reducir la conducta desafiante, la desobediencia y otras conductas negativas.

- Economía de Fichas: consiste en que el niño prepare una caja de ahorros para guardar las fichas, además es necesario que el niño prepare una cartulina para apuntar los puntos ganados; hacer una lista de las tareas que debe realizar; hacer una lista que indique los privilegios y el costo por cada privilegio. El pago de las fichas se hará dependiendo de la edad del niño y la dificultad de la tarea.
- Tiempo fuera. Se aplica cuando el niño desobedece una orden o regla; se da la orden, si no cumple, se da la advertencia, y si continúa desobedeciendo, se aplica el tiempo fuera, se ordena al niño permanecer en un lugar específico por un lapso de tiempo entre 5 y 10 minutos.

El objetivo del tiempo fuera es que el niño aprenda las rutinas y cumpla las reglas, así como que aprenda a pensar cómo cambiar su conducta; el tiempo fuera debe tener una connotación positiva, se debe escoger un lugar apropiado como el baño o un lugar seguro que esté iluminado y aislado pero que pueda ser observado a distancia.

El tiempo fuera dependerá de la edad del niño, 1 ó 2 minutos por cada año de edad. Se da un minuto para conductas leves o 2 minutos para conductas graves; debe usarse un reloj con alarma para que el niño se de cuenta que ha terminado el tiempo fuera.

Pasos para el tiempo fuera:

Decir al niño que deje de portarse mal.

Después de dar la orden contar 1,2, al llegar al 3, se aplica el tiempo fuera.

Para llevarlo al tiempo fuera, no se debe discutir, ni gritarle, ni golpearlo; tómelo del brazo firmemente y llévelo al lugar asignado para el tiempo fuera.

Decirle que se quedará ahí hasta que cumpla el tiempo asignado.

Al terminar su tiempo fuera, hablarle y preguntarle qué fue lo que hizo mal, qué lo llevó al tiempo fuera.

Comentarios:

A cabo de 12 sesiones, se entrevista a la mamá nuevamente y menciona que se está trabajando en el manejo de la conducta; ya establecieron horarios para sus actividades, ella, personalmente supervisa y ayuda en sus tareas, ya está en las tardes con el niño, y lo inscribió a una escuela de natación. Sus hermanos, en el tiempo que están con el niño, juegan lotería y dominó; la maestra envía por escrito reporte de mejor atención y conducta, aunque su ejecución es lenta, ya concluye con los trabajos en clase y ha mejorado la convivencia con sus compañeros.

Se realizan, nuevamente, las escalas de valoración de Conner para medir su atención e hiperactividad con la información que la madre proporciona; se realizan actividades con el niño como hacer un dibujo, recortar o proporcionarle un juego didáctico; se observa su cooperación y entusiasmo al realizar las tareas asignadas, sigue adecuadamente las indicaciones que se trabajan dentro del consultorio, se observa atento y concentrado; al parecer su pronóstico a largo plazo puede ser favorable si continúa trabajando en equipo cumpliendo con el manejo adecuado. Se puede decir que el menor ha tenido grandes avances en las ocho primeras sesiones, la madre menciona que han disminuido los berrinches, tienen un horario para cada actividad, está más obediente; en la escuela la maestra envía el cuestionario para maestros que se le proporcionó, donde reporta que ya no está tan distraído y permanece más tiempo sentado; ha mejorado su atención aunque todavía es lento para escribir, ya copia las tareas, participa más en clase y tiene amigos. Se le indica nuevamente a la madre, continuar trabajando en clase con los horarios establecidos, hacer dictados, leer por lo menos 15 minutos diarios, hacer ejercicios de caligrafía, jugar a la lotería, dominó, armar rompecabezas; ayudar en actividades de la casa como barrer, doblar su ropa, hacer pares con sus calcetines, pelar las verduras; hacer muñecos con la plastilina, trabajar con los ejercicios impresos, repasar derecha e izquierda, hacer ejercicio para mejorar su coordinación gruesa como natación, fútbol, etc., además, ser constantes con el manejo de la conducta, ya que de esto dependen los avances a corto plazo. Al término de las 12 sesiones se pudo observar los

avances del niño en memoria, atención, coordinación motora gruesa, logró desarrollar su tolerancia a la frustración y su esquema corporal, se logrará cumplir el objetivo, sólo si los padres y maestros se comprometen a llevar adecuadamente las indicaciones dadas por el psicólogo educativo y cumplen con el programa establecido para el niño,

Programa de Intervención de aprendizaje en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

El objetivo principal de este programa es que el niño, a través de las técnicas utilizadas, logre incrementar su rendimiento académico, corregir las conductas inadecuadas, fortalecer los procesos de memoria, atención y concentración; que el niño logre su autonomía a través del autocontrol, la adaptación y mejore sus hábitos de vida diaria, modifique su conducta y que obtenga un mejor control de su cuerpo y, así, logre una mejor escritura; que adquiera habilidades para interactuar en el contexto que se desarrolla y fomentar su autoestima. (Ver anexos 1, 2 y 3).

Objetivo específico:

A través de técnicas específicas de modificación de conducta y estrategias de aprendizaje, el profesor tendrá los elementos necesarios para que el niño logre superar los problemas que presenta debido al trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Evaluación Diagnóstica:

Se realizó una serie de ejercicios de dictado, una lectura de un cuento, se le indicó al niño que realizara un dibujo libre y que hiciera una historia de ese mismo dibujo; se le pidió que recortara unas líneas de diferentes formas.

Participantes: Los padres y el maestro de la escuela, así como el niño:

Niño: N.L.A

Edad: 7 años

Escolaridad: 2° de Primaria

Procedimiento:

Se llevó a cabo dentro del consultorio del psicólogo educativo.

Duración: 12 sesiones de 1 hora, 30 minutos.

Horario: Lunes de 11 a 12:30 p.m.

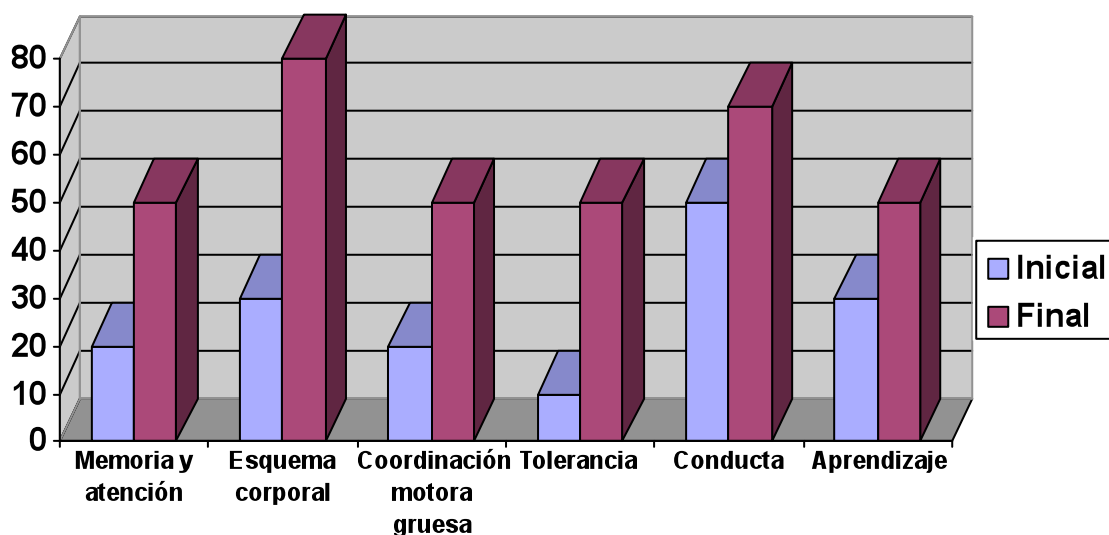
Materiales: Lápiz del número 2 ½, goma, tijeras de punta redonda, colores de madera, hojas blancas tamaño carta.

Forma de registro: se elabora un formato donde se anota el número de sesión que se va a trabajar, la fecha, los objetivos y metas, las actividades a realizar, los materiales que se necesitan para esa actividad y la evaluación final de la actividad hecha.

Una vez concluidas las sesiones propuestas de trabajo, a continuación se presentan los resultados obtenidos después de la intervención:

Evaluación cuantitativa de la Intervención.

A continuación, se muestra gráficamente y de forma comparativa los avances que se dieron con el niño utilizando el programa diseñado para el manejo de su conducta y de su aprendizaje.



En la gráfica se puede apreciar los avances que se obtuvieron durante el trabajo en las sesiones, se observa como el niño logra un aprendizaje de 30 % en cuanto a memoria y atención, en el esquema corporal su avance fue de un 40% logrando

que el niño identificara más partes de su cuerpo, así como en su coordinación motora gruesa y en la tolerancia a la frustración, lo que indica que el programa diseñado para corregir sus deficiencias es el adecuado, ya que comparativamente se observa una gran diferencia entre su estado inicial con el final en el proceso de su aprendizaje.

Para que estos avances fueran posibles, se citó al niño 2 veces a la semana con una hora de duración, durante un lapso de 12 sesiones consecutivas para llevar a cabo el programa de intervención diseñado para corregir sus problemas de conducta y aprendizaje, por lo que dichos logros no fueron sencillos. Para poder comprender los avances y retrocesos que se fueron presentando durante la intervención, a continuación se mencionan los avances e inconvenientes que se suscitaron en cada una de las sesiones trabajadas.

Evaluación Cualitativa

Sesión 1

El objetivo de la sesión fue memoria y atención: para trabajar estas áreas se le pidió al niño que repitiera las frases que se le decían de la misma forma, esta actividad al niño se le dificultó debido a que se distraía constantemente viendo para todos lados, le hago la observación de que ponga atención y me vea al momento de repetirle nuevamente las frases, se cambia de actividad por el juego de memorama ya que esta actividad es mas atractiva para el niño y es así como el niño puedo mantener su atención por mas tiempo, logró juntar 5 pares de tarjetas de un total de 10, no se puede decir que fue un avance, pero se sentaron las bases para el trabajo posterior en esta área.

Sesión 2

El objetivo de la sesión fue desarrollar el conocimiento del esquema corporal. El objetivo de esta actividad fue que el niño reconociera e identificara las partes de su cuerpo, pues solo reconocía las extremidades como brazos, piernas y cabeza, aún no identificaba adecuadamente el cuello, codo, rodillas etc; se le indicó al niño de forma verbal que señalara con su dedo sus orejas, la nariz, la boca, etc. y se dio un punto por cada acierto. Después, se le proporcionó plastilina y se le indicó que hiciera un muñeco nombrando las partes del cuerpo que iba realizando, esta actividad la realizó con mucho entusiasmo omitiendo los detalles como las pestañas, cejas dedos, se dio un punto por cada parte de cuerpo que reconocía.

Sesión 3

El objetivo de la sesión fue el desarrollo de la percepción visual: en esta actividad se ampliaron dibujos impresos que parecía estaban unos sobre otros, se le indicó al niño que observara y pusiera atención, que encontrara el dibujo de un sombrero y dibujara el contorno con el color de su preferencia. Esta actividad se le dificultó al niño y lo hacía desesperar, mencionaba que no podía hacerlo, por lo que se le motivó para que volviera a intentarlo realizando un ejercicio como ejemplo y se le proporciono otro ejercicio para que lo volviera a hacer solo. se hicieron 6 ejercicios mas de formas diferente, acertando en 4 del total.

Sesión 4

Para esta sesión el objetivo a desarrollar fue la memoria auditiva: en esta sesión se le indicó al niño que contara en voz alta hasta el número 10 y que fuera levantando un brazo y luego el otro, una pierna y luego la otra, a la vez que iba contando, hasta que memorizara el ejercicio, al inicio se le dificultó realizar la actividad y lo hacía de manera desordenada, se le dio la indicación nuevamente paso a paso hasta que logró ejecutar el ejercicio adecuadamente.

Sesión 5

Se desarrolló trabajo de caligrafía: para ello, se le proporcionaron al niño ejercicios de manera impresa, se le explicó la forma que debía de realizarlos, esta actividad se le dificultó mucho, debido a que sus trazos no tenían dirección y no controlaba adecuadamente la coordinación fina; no pudo copiar el ejemplo, para ayudarlo se le indicó que remarcara sobre la línea del ejercicio, solo de esta manera logró completar la actividad.

Lo anterior indicó que había que trabajar más esta actividad, por lo que se sugirieron ejercicios para casa.

Sesión 6

En esta sesión se desarrollaron ejercicios de lectura y comprensión: por lo que se empleó un libro de cuentos para hacer una lectura. Se le pidió al menor que pusiera mucha atención, en lo que iba leyendo y después se le hicieron una serie de preguntas como:

¿Cuál era el título de la lectura?

¿Quién es el personaje principal?

¿De qué se trato la lectura?

En esta sesión se pudo observar que el niño presentó dificultad para retener la información y para mantener la atención, se le pidió que leyera un párrafo pero se hizo evidente que al ir leyendo omitía algunas letras y cambió una letra por otra, lo que dificultó la comprensión del texto.

Sesión 7

El tema de la sesión fue creatividad e imaginación: en este ejercicio, se le indicó al niño que se imaginara de forma detallada, que estaba en un bosque. Se hizo una descripción del bosque, para que el niño fuera comprendiendo como debía hacerse el ejercicio, después, lo dibujo sobre una cartulina con diferentes colores; al principio se le dificultó hacer este ejercicio y decía que no sabia, puso cierta resistencia pero se le dio nuevamente otro ejemplo, se le motivo y volvió a realizar el ejercicio; aunque su dibujo fue muy escueto, se le felicitó por su logro,

incitándolo a realizar otro pero ahora con más detalles. Al final logró hacer un dibujo de un niño en un parque con flores, columpios, sol y pasto.

Sesión 8

Para esta sesión se planteó retomar la atención y la memoria visual: en esta actividad se le dio al niño ejercicios impresos con diferentes figuras para que localizara cuales eran iguales y cuales diferentes; se dio un ejemplo y se le indicó que realizara los restantes; así logró ejecutar los 10 ejercicios correctamente, lo cual fue motivo de orgullo por parte del niño, pues finalmente completaba tareas y veía éxito en su ejecución.

Sesión 9

Se retomó la comprensión lectora, pero el objetivo fue la realización de ejercicios de análisis y síntesis: Para realizar esta actividad se le dio un ejemplo al niño de cómo describir un objeto, después se le pidió que realizara la descripción de un lápiz se le brindó una guía y así logró realizar el ejercicio; después se le indicó que describiera como preparaba la mesa a la hora de comer, y que es lo que necesitaba para completar adecuadamente esta tarea, este ejercicio se le dificultó al niño, debido a la falta de vocabulario, sin embargo, logró realizar la actividad adecuadamente.

Sesión 10

En esta sesión se trabajaron ejercicios de grafismo: en esta actividad se realizaron ejercicios con movimientos armónicos para que el niño lograra controlar las partes de su cuerpo, ya que, debido a la hiperactividad, los movimientos que el niño realizaba eran incontrolados y no tenían ningún sentido. se movía constantemente, al inicio se le dificultó la actividad porque el niño creía que era un juego, pero se le hizo saber que era importante su atención y mantenerse quieto, se le indicó poco a poco como debía ir moviendo su brazo para que lograra formar una figura en el aire, por ejemplo, un círculo. Después se le indicó que realizara

solo la figura del número tres, ocho, uno, etc, esta actividad le atrajo al niño y logró realizar cinco ejercicios de manera correcta.

Sesión 11

Para la penúltima sesión se desarrollaron ejercicios de ritmo: nuevamente al niño se le dificultó realizar esta actividad, debido a que aún no lograba el control del cuerpo y menos de movimientos armónicos; sin embargo, ejecutó la tarea con entusiasmo e interés, pues era una actividad que le divertía, y con un poco de ayuda, logró realizarla correctamente casi al 100%.

Sesión 12

Esta sesión, siendo la última, buscó trabajar un aspecto que se hizo relevante durante todas las sesiones, que fue la tolerancia a la frustración y capacidad de espera: para ello se llevaron al cabo ejercicios de relajación, por lo que esta actividad se realizó con juegos de mesa lo que atrajo la atención del niño, sin embargo, debido a no poder controlar su emoción y por no saber esperar se tuvo que suspender varias veces la actividad.

Se le indicó al niño que se mantuviera tranquilo para poder iniciar, pues su actitud fue de querer tomar el juego por sí solo sin respetar las reglas ni las indicaciones; se le explicó como debía ser su comportamiento para que se pudiera realizar la actividad, finalmente se logró que el niño siguiera las indicaciones y controlara su conducta, para concluir el juego adecuadamente. Por otro lado, se realizó el ejercicio de relajación, con la misma dificultad para que el niño lograra mantenerse tranquilo y que pudiera estar por 30 segundos con los ojos cerrados ya que debido a su hiperactividad no lograba relajarse. Después de irle indicando con voz suave y tranquila, el niño logro permanecer tranquilo y con los ojos cerrados aproximadamente un minuto.

Todas estas actividades se llevaron a cabo durante la consulta en el Centro comunitario, sin embargo, se planteó todo el tiempo que actividades similares se

llevaran a cabo en casa y en la clase regular, con el fin de establecer puentes entre todos los escenarios de trabajo. No se alcanzó la perfección en la ejecución del menor, pero si fue posible que controlara, hasta cierto punto, la impulsividad, siendo conciente de ella, y trabajando con pasos lentos las áreas más problemáticas para el niño y su familia.

Conclusiones

Durante el desarrollo de este trabajo, puedo decir que el programa psicopedagógico que se realizó con el niño, tuvo grandes avances; el niño, al darse cuenta de que ya no se le olvidaba tanto lo que estudiaba y que en la escuela la maestra no le llamaba tanto la atención, se sintió contento. Además, al percatarse de que podía controlar más sus movimientos, se sintió más seguro, y sobre todo que ya tenía amigos con los que podía jugar y platicar.

En la gráfica, se puede apreciar el trabajo correspondiente a las áreas de memoria, atención, esquema corporal, coordinación motriz y tolerancia a la frustración, conducta y aprendizaje, en ésta se pueden observar los avances significativos que con el apoyo de la familia, llevando las indicaciones de forma adecuada, y la colaboración de la profesora en la escuela apoyando y reforzando el trabajo realizado, se pudo lograr que el niño pudiera superar sus deficiencias en estas áreas y lograra un mejor rendimiento escolar, así como una mejor socialización y comportamiento adecuado.

También es importante señalar que el empleo de un sólo enfoque en el tratamiento de estos trastornos reduce la posibilidad de resultados positivos, por lo que es conveniente la intervención multidisciplinaria, como la participación indispensable de la familia, la escuela, los profesores, los compañeros y el psicólogo educativo que con su participación e intervención los niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad logren integrarse al contexto escolar exitosamente.

El trabajo terapéutico es complejo, requiere de paciencia, constancia, tolerancia y de mucha dedicación. Sin embargo, en la actualidad se cuenta con recursos necesarios para dar solución a cada uno de los trastornos más frecuentes en el desarrollo infantil y es importante destacar la participación del psicólogo educativo en el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y su comorbilidad, ya que con su colaboración en el desarrollo de un programa psicopedagógico adecuado a este padecimiento, se logra de manera significativa la solución a sus problemas de aprendizaje y conducta con buen pronóstico para su desarrollo. Al no ser identificado oportunamente y manejado correctamente, por lo general, tiene consecuencias muy serias sobre el desarrollo del individuo y sobre su capacidad de adaptación general a su entorno y futuro.

Esta experiencia permite decir que la participación del Psicólogo Educativo en el área de la salud mental, y específicamente en el trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, es necesaria su colaboración, ya que, su formación y capacitación, le permiten su participación como experto en el diseño de programas en el área de investigación, Por lo tanto, se crea una opción más para su intervención.

Derivado de los resultados obtenidos con el programa diseñado por el psicólogo educativo para el niño con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, que favoreció a su recuperación, se comprueba que es necesaria su participación ya que le brinda al niño la oportunidad de una atención y tratamiento oportuno para poder integrarlo a su entorno como una persona productiva.

Después de lo expuesto anteriormente, cabe mencionar, que los conocimientos del psicólogo educativo fueron determinantes para el logro de los objetivos del programa, ya que las características profesionales propias le permitieron sistematizar el trabajo, y proyectar metas a corto, mediano y largo plazo aspectos importantes para el sostenimiento de las habilidades de aprendizaje y modificación de la conducta del niño.

Es entonces que el psicólogo educativo tiene una visión distinta y está preparado para dirigir la actividad hacia la potencialización de las habilidades del niño en las

diversas áreas de la enseñanza y aprendizaje. La psicología educativa se hace presente ante un modelo de atención en el centro de salud mental y la participación del psicólogo educativo se vuelve fundamental para diseñar e implementar planes y programas de trabajo para los niños con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, y como muestra del resultado de su participación, el ejemplo vivencial y real es el cambio en el rendimiento escolar y conductual del niño que participo en este programa.

Por lo cual considero que nuestra responsabilidad y tarea es proporcionar estrategias de enseñanza a los niños con dicho trastorno, y el compromiso que asumimos al ingresar al mundo de la psicología educativa es ser facilitadores de enseñanza, aún en ámbitos diferentes y nuevos que parecieran ajenos al campo de acción que tradicionalmente conocemos.

Los niños durante su infancia necesitan de todo nuestro apoyo para crecer y desarrollarse y, por lo tanto es necesaria la inducción del psicólogo educativo y la colaboración de padres y maestros para brindarle al niño las herramientas necesarias que le faciliten su integración al ambiente escolar y mejoren su calidad de vida asegurándole un mejor futuro como adultos en nuestra sociedad.

REFERENCIAS

- Antunes, A. (2002) Las inteligencias Múltiples. Cómo estimularlas y desarrollarlas . Alfa omega. México.
- Arco, J; Hinojosa, F y Fernández, F. (2004) Trastorno por Déficit de Atención Intervención Psicopedagógica. *Psicothema*. 16, (3). 408-414.
- Asociación Americana de Psiquiatría DSM IV. 4ª ed. 1994.
- Bakwin H, Bakwin RM. (1971). Desarrollo Psicológico del niño Normal y Patológico. Interamericana. 4ª Edición.
- Barragán Pérez E. (2001) El niño y el Adolescente con Trastorno por Déficit de Atención su mundo y sus soluciones. Altius. México.
- Becerra Castellanos, J; García Pérez J; Ramos Salamanca F; Sánchez Ruiz J; Santiago Hernández H (2006) Investigación en Laboratorio de Psicología Experimental. UNAM. México.
- Benavides, G. (2003) El niño con Déficit de atención e Hiperactividad. Guía para padres. Trillas, México.
- Bernaldo de Quiros, G; Moyano, B; Scandar, R y Joselevich, E. (2003) A:D. / H.D. QUÉ ES, QUÉ HACER. Recomendaciones para padres y docentes. Paidós. México.
- Bernaldo de Quiros, G; Moyano, B; Scandar, R y Joselevich, E. (2003) Adolescentes A.D. / H.D Qué es, Qué Hacer. Recomendaciones para padres. Paidós. México.
- Buenrostro, A; Palacios, C; Verdiguell. L; (2007) Servicios Psicoeducativos. UNAM. Méx.
- Brown, T. (2003) Trastorno por Déficit de Atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos. Masson, Barcelona.
- Caballo, V (1993) Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de conducta Siglo XXI. Madrid.
- Calderón,C.(2001) resultados de un tratamiento cognitivo conductual para niños con TDAH. *Anuario de Psicología*, 32(4),79-98. .
- Cordo Jalon y Servera Barcelo.(2008) Características Conductuales y Neurológicas de niños de ambos sexos de 6 a 11 años con trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, *revista neurológica* 47(4)A5-184

- Esquivel, F; Heredia, C y Gómez, E. (1994) Psicodiagnóstico Clínico del niño. Manual Moderno. Méx.
- Farré, A. y Narbona, J. (1997) Escalas de Conners en la evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: nuevo estudio factorial en niños españoles. Rev Neurol. (25). 200-204
- Farré, A. y Narbona J. (1989) Índice de hiperquinesia y rendimiento escolar, validación del cuestionario de Conners en nuestro medio. Acta Ped Esp (47).103-109.
- Farré, A. y Narbona, J. (2000) Escalas para la evaluación del trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Manual. TEA. Madrid.
- Fernández Jaén A, y Calleja Pérez B.(2000) Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Hipomelanosis de Ito. Rev Neurológica 2000; 31: S680-681
- Follari,R. Filosofía y Educación. CESU/UNAM, Méx, 1990.
- Galindo y Villa Molina G. (1996) Trastorno por Déficit de Atención y Conducta Disruptiva. Cras. México.
- García, N. (2001) Actualizaciones en el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Aula Médica. Año III (3)
- Gargallo, B. (1997) PIAAR. Programa de intervención educativa para aumentar la atención y reflexividad. Madrid: TEA.
- Gratch, L. (2006) El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (ASS-ADHD) Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez. Panamericana. México.
- Hernández, M, Vázquez J y Aparicio J. (1999) Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: puesta al día. Ped Aten Prim, (4). 67-81).
- Herreros, O; Rubio, B; Sánchez, F; y Gracia, R. (2002) Etiología del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Una Revisión. Rev Psiquiatr Infanto-Juv 19 (1). 82-88.
- J, O'Connor K. E. Schaefer Ch. (1997) Manual de Terapia de Juego, Avances e Innovaciones. Manual Moderno.
- Joselovich,E.(2000)Síndrome de Déficit de Atención con o sin hiperactividad AD/HD en niños, adolescentes y adultos. Paidós, Buenos Aires.
- Lopera, f ; Palacio, L ; Jiménez I ; Villegas, P y Puerta I. (1999) Discriminación de factores genéticos en el déficit de atención. Rev Neurol (28) .660-664.

- López-Ibor, A; Valdés, M. (2002) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona, Masson.
- Luque, D, Rodríguez, G. (2006) Dificultades en el Aprendizaje: Unificación de criterios Diagnósticos. III. Criterios de Intervención Pedagógica. Tecnographic, S.L.
- Luque, D y Rodríguez, G. (2004) Dificultades en el Aprendizaje: Unificación de Criterios Diagnósticos. III. Criterios de Intervención Pedagógica. Junta de Andalucía. Malaga.
- Mardomingo, J. (1994) Psiquiatría del niño y del adolescente. Díaz.
- Menéndez, I. (2001) Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad: Clínica y Diagnóstico. Rev Psiquiatr Psicol. Niño y Adolescente 4(1). 92-102
- Miranda, A; Gargallo, B; Soriano, M; Gil, D. y Jarque, S. (1999). El niño hiperactivo. Intervención en el aula. Un programa de formación para profesores. Castellón: Universidad Barcelona.
- Moraga, B. (2008) Evolución en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida. Infancia-Adolescencia-Madurez. Draff. Madrid.
- Moreno, I. (2001) Tratamiento Psicológico de la Hiperactividad infantil: Un Programa de Intervención en el Ámbito escolar. 54(1). 81-93.
- Ollendick, TH. y Hersen, M. (1993) Psicopatología Infantil. Martínez Roca, Barcelona.
- Organización Mundial de la Salud. CIE10. (1992) Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades. Trastornos Mentales y del comportamiento.
- Orjales, I (1999) Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. CEPE. Madrid.
- Pascual-Castro viejo I, Rafia S. (2002) Síndrome de déficit de atención con hiperactividad. Programa de formación continua en pediatría práctica.
- Rondal, A, Seron, X. (1991) Lenguaje Oral, Escrito, Neurolingüística. Paidós. Méx.
- Ramos, Manga, Mélcon, Gutiérrez. Psiquiatría. com. vol.nº 2002 Feb 2002. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad asociado con dificultades específicas de aprendizaje: Componentes cognitivos neuropsicológicos y de personalidad.

Renshaw, D. (1983) El niño Hiperactivo. La prensa Medica Mexicana, México.

Segundas Jornadas sobre Déficit de Atención e Hiperactividad en Navarra.
Resumen de Ponencias. Pamplona 19 y 20 de Octubre 2001.

Serrano. I (1990) Tratamiento conductual de un niño hiperactivo. En Modificación de conducta en niños y adolescentes. Madrid: Pirámide.

Taylor E. (1990) Impulsividad, conducta desafiante y trastorno de conducta. En el niño Hiperactivo. Martínez Roca. Barcelona.

Van-Wielink Meade E. (2002) Déficit de Atención con Hiperactividad. Impresora Formal. México.

ANEXOS

ANEXO 1

CARTA DESCRIPTIVA DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Sesión Número	Objetivos	Metas	Trabajo del Niño	Trabajo Del Instructor	Materiales
I	Presentación e información al grupo Desarrollar Memoria y Atención	Que el Niño logre Retener en su memoria lo aprendido	Repetir Frases y palabras	Motivar y estimular la tarea	Hoja de Frases y palabras
	Orientación Espacial	Identifique la parte derecha e izquierda de su cuerpo	Cuando escuche la palabra verde el niño levanta mano derecha con la tarjeta del mismo color y cuando escuche la palabra azul levanta la tarjeta del mismo color Con la mano izquierda. Encerrar en un círculo objetos que se encuentren del lado derecho y Tachar con rojo los del lado izquierdo.	Darle un Ejemplo y supervisar el ejercicio	Hoja impresa con dibujos Colores de madera
	Ejercicios de coordinación motriz	Que el niño pueda controlar su cuerpo a través de ejercicios.	Brincar sobre un pie y luego sobre el otro alternando, Rodar, gatear, arrastrarse	Hacer demostración de ejercicios para que el niño lo repita	Tapete individual para trabajo en piso
			Sentado en el suelo, doblar las rodillas, espalda derecha (flor de loto)	Supervisar que el ejercicio se realice de forma adecuada.	Tapete individual.

Sesión Número	Objetivos	Metas	Trabajo del Niño	Trabajo Del Instructor	Materiales
Sesión Número II	Esquema Corporal	Que el niño reconozca las partes de su cuerpo	Con su mano derecha vaya tocando desde la cabeza, hasta los pies, todas las partes del cuerpo. Realizar con plastilina un muñeco con las partes del cuerpo	Ir dando las indicaciones paso a paso Ir guiando al niño al realizar el muñeco	Plastilina
Sesión Número III	Percepción Visual	Que el niño logre distinguir las figuras ocultas	Ejercicios impresos de dibujos	Dar un ejemplo para que el niño realice los demás	Hojas impresas, lápices de colores
Sesión número IV	Memoria Auditiva	Favorecer la atención y memoria auditiva	Contar en voz alta al momento de realizar un movimiento y luego en silencio, repetir frases	Dar un ejemplo, y supervisar la ejecución	Salón de usos múltiples.
Sesión Número V	Caligrafía	Que el niño logre realizar los trazos adecuadamente	Ejercicios impresos	Supervisar la realización de los ejercicios	Hojas impresas, lápiz,
Sesión Número VI	Ejercicios de Lectura y comprensión	Que el niño adquiera mayor habilidad para la lectura, y comprenda lo que lee.	Libro de cuentos.	Ir dirigiendo la lectura	Libro de cuentos.
Sesión Número VII	Creatividad e imaginación	Que el niño realice a través del dibujo libre su creatividad e imaginación	Hacer un dibujo	Supervisar el ejercicio a realizar	Cartulina blanca, lápices de colores
Sesión Número VIII	Atención y Memoria Visual	Desarrollar atención y memoria	Distinguir iguales y diferentes	Mostrar una serie de figuras	Dibujos impresos
Sesión Número IX	Ejercicios de Análisis y Síntesis	Que el niño desarrolle su análisis y síntesis	Hacerlo que describa un objeto, que converse acerca de cómo prepararía La mesa para el desayuno, la comida y la cena	Darle un ejemplo	Tarjetas
Sesión Número X	Ejercicios de grafismo	Que el niño logre controlar sus movimientos y el dominio de su cuerpo	Que haga trazos en el aire formando figuras, Trazar líneas verticales, horizontales y hacer círculos, seguir los ejemplos	Plastilina, lápices, dibujos impresos	Supervisar la ejecución

Sesión Número	Objetivos	Metas	Trabajo del Niño	Trabajo Del Instructor	Materiales
Sesión Número XI	Ejercicios de Ritmo	Que el niño logre un comportamiento más adaptado, mejor coordinación de sus movimientos, mejor inhibición, mayor dominio de sí,	Marchar, saltar al ritmo de las palmas, de la música o ir golpeando con el pie sobre el suelo	Ir dando las indicaciones y observar que se lleven a cabo	grabadora
Sesión Número XII	Baja tolerancia a la frustración, esperar su turno Ejercicios de relajación	Que el niño logre desarrollar su capacidad de espera y aprenda a tolerar perder Que el niño logre disminuir su estado de fatiga o agitación y permanezca inmóvil y en silencio por espacio de 30 segundos o más.	Juegos de mesa, lotería, domino, serpientes y escaleras, jenga, destreza. Indicarle que se acueste boca arriba, en silencio y cerrando los ojos sin moverse.	Supervisar que se lleve adecuadamente la actividad Ir dando la indicación	Juegos de mesa Tapete individual, grabadora y disco CD

ANEXO 2

Programa de Intervención

El objetivo del Principal programa de Intervención es lograr que el niño adquiriera las habilidades fundamentales para mejorar su aprendizaje y desarrollar sus relaciones sociales en la casa y la escuela

Dentro del programa se pretende que el niño aprenda los conceptos básicos para mejorar su aprendizaje como son:

Atención y Memoria:

Coordinación Motriz

Percepción Visual

Esquema Corporal

Análisis y Síntesis

Comprensión

Además participan los profesores los cuales con ayuda y orientación del Psicólogo Educativo se logre llevar a cabo el programa establecido para el niño.

A continuación se presentan las actividades que se llevan a cabo durante las doce sesiones, para que puedan ser observadas por los lectores y se den cuenta de como se fue dando el proceso de aprendizaje en el niño.

Evaluación inicial:

Duración de la sesión: 1 hora 30 minutos.

Días de sesión: lunes de 11 a 12.30.

Duración de actividades: 30 minutos cada una.

Procedimiento: se evalúa de forma directa al niño sobre lenguaje, escritura, lectura, comprensión, razonamiento, ejecución, coordinación fina y gruesa, memoria, atención, razonamiento lógico, escritura, lateralidad esquema corporal y conducta en casa y escuela.

Material: lápiz, hojas blancas, goma, juegos didácticos, marca textos, plumones, sacapuntas, gomas, lápices de colores, tijeras, resistol, cartoncillo

Área: auditorio

Áreas a trabajar:

Ejercicios de relación y orientación espacial:

Proporciona al niño la ubicación de su propio cuerpo en relación con los objetos.

Ejercicios de derecha e izquierda

Que el niño identifique en los dibujos los objetos que se encuentran a la derecha.

Levantar la mano derecha y luego la izquierda

Tocar con la mano derecha su ojo izquierdo y viceversa.

Tachar los objetos que se encuentran a la izquierda.

Ejercicios de Coordinación gruesa:

Es la capacidad de realizar movimientos simultáneos y coordinados utilizando, los músculos del cuerpo, a través de diferentes ejercicios que le ayudaran a controlar su cuerpo y mantener el equilibrio.

El juego de las estatuas le ayudara a controlar su cuerpo.

Saltar con los dos pies juntos, moviendo los brazos para llevarlos a una posición horizontal.

Saltar sobre un pie cierto número de veces y después sobre el otro, ir alternando a diferentes velocidades.

Caminar de costado.

Ejercicios de Coordinación Motriz fina:

Abrochar y Desabrochar

Amarrar agujetas

Enhebrar diferentes figuras de madera

Hacer construcciones con cubos

Colorear

Recortar

Hacer diferentes figuras con plastilina.

Ejercicios para desarrollar la baja tolerancia a la frustración:

que el niño desarrolle su capacidad para perder o esperar su turno a través del juego.

Juego de Lotería.

Juego de memorama.

Juego de domino

Ejercicios de orientación espacio-temporal:

Es la posición en el espacio de un objeto con el observador.

Señalar diferentes objetos

Ejercicios de percepción visual:

Es la facultad de reconocer y discriminar los estímulos visuales y de interpretarlos asociándolos con experiencias anteriores, interviene en casi todas las acciones que ejecutamos, su eficiencia ayuda al niño a aprender a leer, escribir, a usar la ortografía, y a realizar operaciones aritméticas.

Ejercicios de figura-fondo

Actividades que ayudaran a que el niño se concentre en estímulos que corresponden e ignorar los extraños, seleccionar adecuadamente y mostrar una conducta más organizada.

Ejercicios de Discriminación:

El niño señalara diferentes objetos como cosas, redondas, rojas, de madera etc.

Juego de Adivina quien?: el niño describirá los dibujos de la persona que tiene en su tarjeta su compañero hasta adivinar su personaje.

Ejercicios para desarrollar su esquema corporal:

Que los niños adquieran un adecuado conocimiento de su cuerpo a través de diferentes ejercicios como:

Nombrar y tocar las partes de su cuerpo.

Que los niños aprendan a concentrarse en alguna parte de su cuerpo e ir moviéndolas poco a poco.

Copiar posiciones del cuerpo de su otro compañero.

Completar el dibujo de una persona, según las partes que le faltan.

ANEXO 3

ANEXO 3

CARTA DESCRIPTIVA

Sesión 1

Dinámica: "El Nombre" Enseñándome ¿Por qué estoy Aquí?

Tema: Presentación, Integración y Reglas Grupales

Objetivo: Lograr que los participantes se conozcan entre sí estableciendo reglas que favorezcan un clima grupal, y una buena relación entre el grupo y el psicólogo educativo.

Que los niños estén informados acerca del trastorno que padecen, identifiquen los comportamientos en si mismos y sepan el motivo de su asistencia al grupo.

Materiales: Hojas, Plumones, Material Didáctico.

Sesión 2

Dinámica: El Regalo

Tema: Baja tolerancia a la frustración y Capacidad de Demora.

Objetivo: Lograr que los participantes sean capaces de tolerar la situación que genera cierta curiosidad con el fin de aumentar la capacidad de demora, la tolerancia a la frustración y el compartir con sus compañeros del grupo, mientras se realiza una actividad de estimulación motriz.

Materiales: Hojas, Lápices, Material Didáctico.

Sesión 3

Dinámica: La utilización del Cuerpo.

Tema: Elaboración de una imagen mental del cuerpo.

Objetivo: Utilización del cuerpo y sus miembros con el fin de lograr que por medio de sensaciones, percepciones y experiencias del propio cuerpo se pueda generar una imagen mental corporal.

Materiales: Hojas, Lápices. Material Didáctico.

Sesión 4

Dinámica: Ejercicio Grafico.

Tema: Atención.

Objetivo: Con ayuda de ejercicios de escritura se genera la atención en las tareas que se realizan en el grupo con el fin de desarrollar habilidades en la psicomotricidad, orientación espacial y procesos de atención.

Sesión 5

Dinámica: D mente.

Tema: Organización, Atención, Concentración, y Capacidad de espera.

Objetivo: Por medio del juego se pretende generar y estimular la interacción en el grupo con el fin de alimentar las aéreas de atención, hiperactividad e impulsividad.

Materiales: Juego de Estimulación, Material Didáctico

Sesión 6

Dinámica: ¿Cómo lo hago?

Tema: Desarrollo Visomotriz.

Objetivo: Con la ayuda de dibujos impresos se pretende generar la concentración, atención, y la creatividad y lograr el mejoramiento en las habilidades visomotrices.

Materiales: Hojas con actividades, lápices de colores.

Sesión 7

Dinámica: Asociaciones.

Tema: Tonicidad y Control muscular.

Objetivo: Proporcionar mayor comprensión a los niños del papel que juega el tono muscular en el propio cuerpo, además de las ganancias que tiene generar el equilibrio en él mismo para las distintas actividades que realiza.

Materiales: Material Didáctico.

Sesión 8

Dinámica: Asociaciones 2

Tema: Orientación Espacial y Temporal.

Objetivo: lograr que el niño sea capaz de ordenar acontecimientos referidos a su propia acción, reeducar la sensación de temporalidad y así generar mayor tolerancia y manejo de la impulsividad.

Materiales: Hojas con actividades, Lápices de colores, material Didáctico.

Sesión 9

Dinámica: Identificación de Conductas Disruptivas y Emociones Disfuncionales.

Tema: Capacidades Perceptivas.

Objetivo: Que los niños sean capaces de reconocer su estado corporal, las emociones y sensaciones así como los sentimientos que generan las situaciones a las que se enfrentan a diario.

Materiales: Hojas con actividades, Lápices y Material Didáctico.

Sesión 10

Dinámica: Mi Collage.

Tema: Actividades Grafo motrices

Objetivo: Realización de un Collage para aumentar la capacidad de expresión, generar el respeto, y promover la escucha activa.

Materiales: Tijeras y Pegamento, Rota folios, Revistas, Plumones.

Sesión 11

Dinámica: Haciendo Amigos.

Tema: Habilidades Sociales.

Objetivo: Que los integrantes evalúen las implicaciones disfuncionales en el ámbito social de la conducta impulsiva y disruptiva.

Otorgar herramientas y opciones conductuales para mejorar las habilidades sociales de los integrantes.

Materiales: Material Didáctico.

Sesión 12

Dinámica: El Tesoro del Saber.

Tema: Cierre de Actividades.

Objetivo: Retroalimentación con el grupo y sus padres acerca de los logros y cambios obtenidos en la conducta de los menores, resolución de dudas e inquietudes.

Materiales: Pelota, Dibujo de Cofre del Tesoro tamaño cartulina, Plumones.