

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
PROGRAMA EDUCATIVO EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA
UNIDAD AJUSCO

**“PROGRAMA/TALLER DE APOYO A DOCENTES DE
NIVEL PRIMARIA, PARA LA DETECCIÓN DEL
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD, TDAH”**

TESIS

Que para obtener el título de:

Licenciado en Psicología Educativa

Presentan:

LÓPEZ LÓPEZ SONIA

RUÍZ SÁNCHEZ LAURA ILEANA

ASESORA:

Mtra. CELIA MARÍA DEL PILAR ARAMBURU CEÑAL



México, D.F., agosto de 2010

A MIS PADRES

A ti mamá gracias por darme la vida, por tu tiempo, dedicación, amor y apoyo incondicional.

A ti papá quiero agradecerte cada una de las madrugadas en las que salías a trabajar para darnos lo mejor, por tu tolerancia y ejemplo.

A los dos infinitas gracias por todo lo que me han brindado, gracias por su apoyo en cada una de las decisiones que he tomado a lo largo de mi vida, por la confianza que han depositado en mí y que quizás en ocasiones he defraudado, por estar conmigo cuando como hoy logro culminar una meta más y también cuando no lo he conseguido. Quiero compartirles este triunfo que sin ustedes hubiera sido difícil alcanzar... LOS AMO

A MIS HERMANOS

Susana y Mauricio porque son parte fundamental en mi vida, por ser mis amigos, cómplices, confidentes, por aceptarme como soy. Mil gracias.....

A MI ESPOSO Y MI HIJA

Marcos te agradezco por estos siete años de estar juntos, por demostrarme a cada momento tu paciencia, confianza, tolerancia, apoyo, por compartir mis triunfos, por alentarme a seguir adelante, pero sobre todo por tu amor incondicional, porque a pesar de las dificultades hemos sabido salir adelante. Por todo eso y más, mil gracias. Te amo

A mi hija Ángela, porque a pesar de ser chiquita eres lo más grande que tengo en la vida, por haber llegado en el momento indicado, por llenarme de amor, de inocencia, de tu presencia, por permitirme aprender a diario junto contigo, por entenderme en los momentos que no estoy presente, por enseñarme lo que es la nobleza, y simplemente por existir. ¡Gracias!... Eres lo máximo... te amo

A MIS AMIGOS

Crisol por ser la primera persona que me brindo su amistad, gracias por enseñarme lo que es una mujer trabajadora, con decisión, con fortaleza y sobre todo una excelente amiga.

Cesar eres una de las personas que más admiro, a ti te agradezco tu confianza, tu amistad tan transparente y tu honestidad.

Nancy que compartimos al mismo tiempo la experiencia más grande, el convertirnos en madres, gracias por enseñarme lo que es una mujer fuerte, con unas ganas impresionantes de salir adelante.

Elizabeth gracias por transmitirme paz, tranquilidad y enseñarme a no complicarme la existencia.

Ileana gracias porque juntas llegamos a esta meta, gracias por tu paciencia, apoyo en todo momento, por enseñarme lo que es la nobleza y simplemente gracias por permitirme formar parte de tu vida, por compartirme tus momentos alegres y los que no lo son. Gracias simplemente por ser mi amiga.

SONIA

A LO LARGO DE MI VIDA HE TENIDO VARIOS SUEÑOS, EL DIA DE HOY SE CONCLUYE UNO DE ELLOS: OBTENER UN TITULO PROFESIONAL, ES POR ESTO QUE QUIERO AGRADECER PRIMERA A DIOS POR DARMELA OPORTUNIDAD DE ESTAR AQUÍ, A MI MADRE POR DARMELA VIDA Y ENSEÑARME A SER AUTOSUFICIENTE; A MI ABU POR ENSEÑARME EL VALOR DE LA RESPONSABILIDAD Y TENACIDAD; A MIS TIAS POR ESTAR SIEMPRE AHÍ. A MIS HERMANOS POR SER EN TODO MOMENTO UN APOYO Y UNA MOTIVACION PARA SEGUIR ADELANTE; A MIS NIÑOS(AS) DALIA, MOSI, FER Y TADEO POR DARLE UN NUEVO SENTIDO E INSPIRACION A MI VIDA Y CONVERTIRSE EN UNA LUZ QUE ME MOTIVA A CRECER CADA DIA MÀS.

GRACIAS DE VERDAD POR CREER EN MI, POR SU AMOR, DEDICACION, POR SU TIEMPO Y POR QUE SIN USTEDES Y SIN SU APOYO ESTE SUEÑO NO HUBIERA SIDO POSIBLE.

TAMBIEN QUIERO AGRADECER A MIS AMIGAS Y AMIGOS QUE SIEMPRE ME HAN APOYADO Y ACOMPAÑADO EN LOS MOMENTOS DIFICILES, GRACIAS POR TODO Y SOBRE TODO POR CREER EN MI. EN ESPECIAL A SONIA POR SER UNA GRAN COMPAÑERA DE AVENTURA.

A MIS PROFESORES(AS) Y EN ESPECIAL A CELIA POR SU TIEMPO Y DEDICACION.

TAMBIEN QUIERO AGRADECER A ESA PERSONA QUE HA SIDO EL PARTEAGUAS EN MI VIDA Y ME HA ENSEÑADO QUE LAS COSAS PUEDEN SER DIFERENTES.

A TODOS(AS) USTEDES MUCHAS GRACIAS POR ACOMPAÑARME EN ESTE VIAJE Y HACER DE ESTE SUEÑO UNA REALIDAD.

LAURA ILEANA

INDICE

	<i>Página</i>
INTRODUCCIÓN	2
JUSTIFICACIÓN	3
OBJETIVOS	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
 CAPITULO 1. INTEGRACIÓN EDUCATIVA Y EDUCACION ESPECIAL EN MÉXICO	 7
.....	
1.1 Integración Educativa	8
1.2 Educación Especial en México	11
 CAPITULO 2. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	 16
2.1 Conceptualización	19
2.2 Hipótesis sobre la Etiología del TDAH	20
2.3 Signos y Síntomas	27
2.4 Principales ámbitos de repercusión: Familiar y Escolar	32
 CAPÍTULO 3. MÉTODO	 43
Objetivos	43
3.1 Tipo de estudio	43
3.2 Sujetos.....	43
3.3 Escenario	44
3.4 Instrumento	44
3.5 Procedimiento	48
 CAPÍTULO 4. DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES DE INFORMACIÓN	 50
4.1 Contenido del Taller y descripción de las sesiones	56
4.2 Descripción de las sesiones	61
 CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DEL TALLER	 79
 CAPITULO 6. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	 90
 REFERENCIAS	 93
 ANEXOS	 98
Cuestionario de conocimientos sobre TDAH, dirigido a docentes de nivel primaria	
Cuadro comparativo	
Lista de instituciones	
Evaluación final del taller	
Glosario	

RESUMEN

El TDAH ha capturado el interés de los investigadores a lo largo de las últimas décadas y actualmente es uno de los síndromes infantiles más estudiados y controvertidos. En México de acuerdo a cifras de la OMS el TDAH afecta a un millón y medio de niños(as).

El ámbito educativo es el lugar donde regularmente se pueden identificar las dificultades que tienen los(as) niños(as), en este contexto él(la) docente desempeña un papel fundamental en la identificación de dichas dificultades.

A lo largo de esta investigación se desarrolla un taller que apoye al docente del nivel primaria en la identificación de las principales características de niños(as) con TDAH, para así realizar una adecuada y oportuna canalización.

Para esta investigación se realizó un estudio cuasiexperimental en dos escuelas primarias de la delegación Gustavo A Madero, con 23 docentes y se diseñó un instrumento conformado por 25 preguntas dividido en 5 categorías; la finalidad de dicho cuestionario fue la obtención de evidencia acerca de la información que los(as) docentes poseían sobre TDAH. El cuestionario pasó por un proceso de validez y confiabilidad. Con los datos obtenidos en el cuestionario se elaboró y se aplicó un taller que orientará a los(as) docentes en la identificación de niños(as) con probable TDAH. Se aplicó el cuestionario empleado como posttest para valorar los resultados del taller.

En los resultados se pudo observar que los(as) docentes a partir de la aplicación del taller lograron obtener mayor información y conocimiento en todas las áreas abordadas durante el mismo.

INTRODUCCION

Este trabajo aborda la dificultad psicoeducativa del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad TDAH, enfocado principalmente a la necesidad de proporcionar a los(as) docentes herramientas metodológicas que ayudaron en la identificación oportuna de niños(as) con probable TDAH.

Si se desea que la educación sea pertinente y eficaz se debe contar con docentes que conozcan a sus alumnos(as), por medio de la realización de análisis y reflexión sobre las razones, los porqués de las conductas que presentan los(as) niños (as) en el ámbito escolar y social.

Es importante proporcionar a los(as) docentes las herramientas necesarias para facilitar dicho proceso y que sirva de apoyo en la identificación de niños(as) que presenten dificultades psicoeducativas y así se les puedan brindar el apoyo necesario lo más oportunamente posible.

Este trabajo se estructuró en los siguientes capítulos: dentro del primero se habla acerca del marco legal y jurídico que gira en torno a la educación especial y la integración educativa así como el papel de la educación especial en México.

En el segundo capítulo se contempla la evolución teórica del término TDAH, ya que a lo largo de las últimas décadas se han dado diferentes denominaciones a dicho síndrome hasta llegar a la definición más actual. Además se mencionan diferentes hipótesis sobre la etiología del TDAH: es decir, diversas hipótesis que han surgido acerca de las causas que dan origen a la dificultad. También se hace referencia a las principales características que presenta el síndrome y los ámbitos de repercusión de éste.

En el tercer capítulo se menciona el método que se siguió para la realización de este trabajo en el que se incluye el tipo de investigación, los sujetos y el escenario, además se hace mención del proceso de validez y confiabilidad empleado en la elaboración del instrumento diseñado para el desarrollo de la investigación.

En el capítulo cuatro se habla acerca del diagnóstico de necesidades de información identificadas en los(las) docentes, así como del diseño y desarrollo de la intervención. En el capítulo cinco se presentan los resultados obtenidos y su respectivo

análisis para así llegar al capítulo seis se muestran las conclusiones y las sugerencias que se obtuvieron a lo largo de la investigación.

JUSTIFICACIÓN

Prácticamente todos(as) han oído y utilizado más de una vez el término hiperactivo, por lo general, como un calificativo más o menos benigno con el que se refiere a aquellos niños y niñas que presentan una actividad motriz por encima de lo normal. Este uso popular del término ha hecho que se asocie al niño(a) hiperactivo(a) con un niño(a) malcriado(a), travieso(a) o con graves problemas de conducta.

Al ser el TDAH el padecimiento de “moda” se puede encontrar a docentes que por falta de información realizan un mal diagnóstico. Algunos de ellos(as) no se toman el tiempo necesario para que antes de etiquetar a un alumno(a) de ser hiperactivo(a), investiguen sobre esta dificultad y así conocer y manejar correctamente el caso, además de tener en cuenta que estas conductas pueden deberse a problemas emocionales. Este diagnóstico superficial puede provocar en él(la) niño(a) una serie de reacciones como podrían ser baja autoestima, agresividad, bajo rendimiento escolar, problemas de integración, entre otras. La labor del psicólogo(a) educativo(a) en este campo es de suma importancia, ya que tiene la capacidad de orientar a padres, madres de familia y docentes acerca del tema, así como de realizar intervenciones con los(as) niños(as) que padecen TDAH, tratando de mejorar sus condiciones educativas.

La OMS reporta que a nivel mundial existe una prevalencia de TDAH del 5%. En Estados Unidos se sitúa entre el 2% y el 18%. Sin embargo, en Colombia y España se ha reportado la existencia de un 14% a 18%. Si se extrapolan las cifras internacionales a México en donde existen 33 millones de niños(as) menores de 14 años, tendríamos que el problema afecta a un millón y medio de niños(as) (encontrado en <http://www.who.int/es>).

De acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 5% de la población entre 6 y 16 años lo padecen y de esta cifra sólo el 8% son diagnosticados y tratados debidamente (Flores, 2006). De ahí la importancia de realizar una identificación y apoyar la labor docente para que ellos(as) realicen una canalización oportuna y en caso de que se requiera, un diagnóstico adecuado.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ✓ Diseñar, aplicar y evaluar un taller que apoye a los(as) docentes de nivel primaria con la información básica para identificar las principales características, en niños(as) con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad TDAH.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar la información que poseen los(as) docentes de nivel primaria acerca del TDAH a través de la aplicación de un pretest.
- ✓ Diseñar un taller que fortalezca a los(as) docentes con la información necesaria para la identificación de las principales características del TDAH.
- ✓ Aplicar el taller para la adecuada y oportuna canalización de niños(as) con posible TDAH.
- ✓ Valorar los resultados obtenidos en el taller, a través de un posttest.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Con información adecuada acerca del TDAH él(la) docente podrá realizar una pronta identificación y canalización de niños(as)?

En la actualidad es cada vez más común escuchar el término TDAH, relacionándolo inmediatamente con niños(as) que suelen ser muy inquietos(as). Los padres, madres y los(as) profesores(as) constituyen las figuras clave para la identificación del déficit de atención e hiperactividad, pero necesitan asesoramiento profesional para conocer el mejor modo de recolectar de forma objetiva la información necesaria para esta labor (Orjales, 2000).

El ámbito educativo es el lugar donde regularmente se pueden identificar las dificultades que tienen los(as) niños(as): en este contexto, él(la) docente desempeña un papel fundamental, ya que cada que inicia un nuevo ciclo escolar, la mayoría de ellos(as) comienzan a realizar observaciones para conocer al grupo en sus diferentes facetas lúdicas, sociales, cognitivas, etc. primero de manera grupal y después centrándose al niño(a) o niños(as) que presentan dificultades escolares, cognitivos, sociales, motrices o comunicativos.

Los(as) docentes pueden ser informados y orientados para la atención a la diversidad de las capacidades y pueden también prepararse, ya sea gestionando ellos(as) mismos(as) o asistiendo a actualizaciones que ofrecen varias instituciones educativas o el propio gobierno, para consolidar aulas más inclusivas e integradas.

De acuerdo con Frade (2006) es importante mencionar que él(la) docente puede identificar a niños o niñas que posiblemente tengan TDAH, si este posee información especializada para realizar un diagnóstico de la situación del niño o niña, y hacer trabajo colaborativo con él(la) psicólogo(a), psiquiatra, neurólogo(a) o profesional capacitado para dicho fin.

“Los maestros son en ocasiones, las personas que se dan cuenta más fácilmente de algún problema de enseñanza en el niño. No están preparados para hacer algún diagnóstico, pero si ayudan a orientar a los padres y sugerir ayuda médica, pedagógica o educativa, observan con más detalle el comportamiento del niño y un maestro consciente y con conocimientos es de ayuda invaluable” (Toro, 1998, p.177).

La época en que resulta más difícil identificar la hiperactividad infantil es el período preescolar. En los años preescolares los(as) niños(as) hiperactivos empiezan a destacar por su inquietud mayor que los(as) niños(as) de su edad, su falta de autonomía (requiere mayor vigilancia y ayuda en las actividades diarias), suelen ser catalogados como desobedientes, suelen dormir poco y despertarse muy temprano, tienen dificultades con las comidas y la falta de conciencia de las normas. Su descontrol y su inmadurez los hace más propensos a sufrir accidentes y a mostrarse irritables y caprichosos (Barkley, 1991). Por lo general se les describe como niños(as) entre inquietos e insoportables, inmaduros, testarudos, temperamentales, inconsistentes y con evidentes deseos de ser el centro de atención tanto de los(as) adultos(as) como de los(as) compañeros(as) de clase. Con frecuencia molestan a los(as) compañeros(as) y pueden no llevarse muy bien con ellos(as) (Ávila y Polaino, 1988).

Un(a) niño(a) con estas características no resulta fácil de manejar, lo que a menudo conduce a que los padres y madres se encuentren angustiados y tiendan a adoptar actitudes demasiado protectoras que no siempre son bien vistas por el entorno. En muchos casos, la familia atribuye estos síntomas a inmadurez, a los rasgos familiares, al carácter, a los(as) profesores(as) o a una falta de exigencia por parte de los padres y madres.

Es al inicio de la educación primaria, cuando la permanencia de estos síntomas, unidos a un rendimiento por lo general por debajo de sus posibilidades, empieza a preocupar (Miranda, 2001). Por lo que es importante hacer una identificación oportuna para realizar una pronta y adecuada intervención. Con una sospecha temprana y una intervención eficaz, la problemática del niño(a) hiperactivo resulta relativamente controlable.

CAPÍTULO 1. INTEGRACIÓN EDUCATIVA Y EDUCACIÓN ESPECIAL EN MÉXICO

La atención a los(as) niños(as) con necesidades educativas especiales implica una labor interdisciplinaria en donde cada uno de los sectores de nuestra sociedad debe colaborar y poner lo que está en sus manos para tener mejores resultados en las acciones que se proponen y haya beneficio hacia estos niños y niñas.

Dentro de estos sectores se pueden encontrar además de la familia y la escuela, al gobierno, el cual tiene la responsabilidad de legislar a favor de un bienestar social para todos(as) quienes conforman la nación por lo que es importante tomar en cuenta el marco legal que se establece nacional e internacionalmente para el surgimiento de nuevas propuestas de atención a personas con necesidades educativas especiales con o sin discapacidad.

En lo que se refiere al marco legal internacional sobre la atención a las personas con necesidades educativas especiales se toman en cuenta las siguientes consideraciones:

1. La Declaración Mundial sobre Educación para Todos: en la satisfacción de las necesidades básicas de aprendizaje, surge la idea de que “toda persona debe contar con las posibilidades para satisfacer sus necesidades básicas de aprendizaje”. (UNESCO, 1990, p.9).

2. Las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (1993) donde se plantea que “Se debe reconocer el principio de igualdad de oportunidades de educación en los niveles primario, secundario y superior para los(as) niños(as), jóvenes y adultos con discapacidad en entornos integrados, además de velar porque la educación de las personas con discapacidad ocupe una parte importante en el sistema de enseñanza”, citado en (Molina, 2000, p. 37)

3. La Declaración de Salamanca (UNESCO, 1994) la cual sugiere que es urgente impartir la enseñanza a todos los(as) niños(as), jóvenes y adultos con necesidades educativas especiales dentro del sistema común de educación.

En nuestro país y en respuesta a las acciones que en el marco internacional sucedieron, se desarrollan hacia las personas con necesidades educativas especiales algunas consideraciones relacionadas con el marco legal que a continuación se mencionan:

1. El Artículo 3º Constitucional, estipula que todo(a) mexicano(a) tiene derecho a una educación pública, laica y gratuita.

2. El Artículo 41º de la Ley General de Educación (1993) plantea que la educación especial esta enfocada para personas con discapacidades temporales o definitivas y que tratándose de menores con discapacidades se favorecerá su integración en los centros de educación regular a través de la aplicación de procedimientos, prácticas y materiales determinados.

Ambas consideraciones dan pie y se enmarcan en la integración educativa que tiene como propósito la incorporación al aula regular de todos(as) los(as) alumno(as) en un ambiente de respeto y de solidaridad. A continuación se presenta con mayor detalle la integración educativa asociada con el concepto de necesidades educativas especiales (NEE).

1.1 INTEGRACION EDUCATIVA

Sin lugar a dudas el tema de la educación constituye una de las preocupaciones fundamentales de las personas con discapacidad, sus familias y sus organizaciones. La educación es un derecho constitucional del cual deben gozar las personas con alguna discapacidad, en particular las niñas y los niños. Pero no se trata de acceder a cualquier tipo de educación, sino a un modelo pedagógico que garantice su creciente integración al sistema regular, que transforme este sistema en función de la diversidad y de las necesidades específicas de los(as) niños(as) con discapacidad (Molina, 2000).

La idea de la integración ha estado estrechamente asociada con la utilización del concepto de NEE. Ambos planteamientos son deudores de los movimientos sociales de carácter más global que fueron consolidándose a partir de los años sesenta y que reclamaban una mayor igualdad para todas las minorías que sufrían algún tipo de exclusión. Desde esta perspectiva más política, la necesidad de la integración surge de los derechos de los(as) alumnos(as) y es la concreción en la práctica social del principio

de igualdad: todos(as) los(as) alumnos(as) deben tener acceso a la educación de forma no segregadora.

De acuerdo a (Marchesi, 2001), la integración es el proceso que permite que los(as) alumnos(as), que habitualmente han estado escolarizados fuera de los centros ordinarios, sean educados en ellos. No debe entenderse como un movimiento que trata solamente de incorporar a los(as) alumnos(as) de los centros específicos a la escuela ordinaria, junto con sus profesores(as) y los recursos materiales y técnicos que en ellos existen, ya que no es simplemente el traslado de la educación especial de los centros ordinarios, sino que su objetivo principal es la educación de los(as) alumnos(as) con NEE desde el ámbito psicoeducativo y en las condiciones lo más normal posible.

El concepto de integración no significa simplemente escolarizar a los(as) alumnos(as) en los centros ordinarios, sino que exige un cambio en las escuelas. La integración no es, una opción rígida, es un proceso dinámico y cambiante, cuyo objetivo central es encontrar la mejor situación educativa para que un(a) alumno(a) desarrolle al máximo sus posibilidades, por lo que puede variar según las necesidades de los(as) alumnos(as) y el tipo de repuesta que los centros pueden proporcionar (Schorn, 1999). La integración de un(a) niño(a) con NEE en la escuela común no debe de ser un hecho simplemente por resignación o por imposición, sino un proceso de diagnóstico, diseño e intervención psicoeducativa que pretende consolidar espacios potenciadores de desarrollo educativo.

En la actualidad, la integración educativa es una obligación de las escuelas: los(as) niños(as) con capacidades diferentes tienen que ingresar a los planteles y no se les puede discriminar. Varias escuelas abren sus puertas a aquellos(as) que antes no ingresaban con excusas que iban desde “no podemos enseñarle”, hasta “éste no es lugar para él o ella”. A pesar de los nuevos programas impulsados por el Gobierno de México (2000-2006), todavía existen muchos impedimentos para que puedan hacerlo, desde barreras estructurales como escaleras, pisos altos, etc., hasta la falta de metodologías, herramientas, instrumentos y materiales para enseñarles en los casos que se requiere como la discapacidad visual o auditiva. No obstante, se avanza por buen camino y se observa que cada día existen más niños(as) diferentes en la escuela, y sobre todo más maestros(as) que de manera callada, discreta y silenciosa, empiezan a trabajar de manera constante con ellos(as).

Sin embargo, esto no sucede necesariamente con los(as) niños(as) que padecen TDAH, por el contrario, en la medida que crece la presión por alcanzar mejores estándares académicos, las escuelas tienden a expulsarlos (Frade, 2006). Debido a que su discapacidad no es visible, para empezar tienen que demostrarla, y cuando lo han hecho, algunas escuelas reiteran que no es espacio adecuado para ellos(as), dado el nivel académico que persiguen, pero además porque ponen en peligro al resto debido a que sus conductas son inaceptables.

Si bien la tendencia a la larga es una mayor integración para los(as) alumnos(as) diferentes, no lo es para aquellos(as) que tienen una discapacidad invisible: “El hecho de que estos niños sean físicamente normales nos dificulta su identificación, en especial en los menores que no presentan hiperactividad” (Benavides, 2002, p.28).

De acuerdo con Bolinaga (1998) la integración escolar no avanza suficientemente si, al propio tiempo, no lo hacen otras integraciones: social, cultural, familiar, laboral. De poco sirven los cambios organizativos, curriculares, los apoyos técnicos y humanos si no se van forjando cambios de actitudes y una nueva cultura de integración más atenta a un proyecto educativo más solidario y democrático.

La realidad es que la escuela como institución establece una serie de demandas que resultan totalmente antagónicas a las características de una persona que padece TDAH: que no se muevan, que pongan atención y que guarden silencio; todo lo que no puede hacer un(a) niño(a) que presenta dicha dificultad. En este sentido, la educación para todos(as) implica modificaciones ideológicas y paradigmáticas, que van más allá de la construcción y la inclusión de materiales en Braille o elevadores, y que implican necesariamente un cambio en la manera de pensar, creer y hacer la escuela.

Cuando la escuela adopta esta posición se fortalece, crece, se vuelve un centro de apoyo en el que todos(as) los(as) actores del proceso están comprometidos. Esta es la mejor ganancia para cualquier institución. Cuando actúa de manera contraria y se vuelve el seno exclusivo y selectivo de los(as) niños(as) que pueden y son capaces, inteligentes y listos, se empobrece. La mayor riqueza de una escuela es su diversidad.

La integración de todos(as) los(as) niños(as) en el salón de clases no sólo implica que las personas con capacidades diferentes evidentes sean aceptadas, sino también que aquellos(as) que están siendo excluidos sean considerados, observando sus propias necesidades, desafíos y retos.

“Todos los niños y las niñas deben de ser incluidos en la misma escuela, no sólo por obligación de la institución educativa sino por derecho del alumno/a, observando la equidad como principio de relación con los niños y niñas. A cada quién se le debe educar de acuerdo a su propia necesidad” (Frade, 2006, p. 265).

La idea de integración no debe de ser tomada o considerada como una imposición o como un “deber ser”. Debiera considerarse como una posibilidad más, como otra alternativa que debe existir para que ese(a) niño(a) pueda desarrollarse con todas las posibilidades De acuerdo con Schorn (1999) la integración no debiera solo ser pensada para el niño(a) con NEE, sino para todo el grupo de compañeros(as) que la reciba, ya que al construir a partir de las diferencias quienes rodean a este niño(a) se se pueden beneficiar y enriquecer con el conocimiento.

A partir de las consideraciones anteriores, se concentra lo relacionado con la educación específica en México, toda vez que ésta es el antecedente al movimiento de integración educativa.

1.2 EDUCACIÓN ESPECIAL EN MÉXICO

Los antecedentes de la educación especial en México se remontan a la segunda mitad del siglo XIX cuando se crearon escuelas para sordos(as) y ciegos(as). En 1915 se fundó en Guanajuato la primera escuela para atender a niños(as) con deficiencia mental y posteriormente se diversificó la atención a niños(as) y jóvenes con diferentes discapacidades, sobre todo por medio de instituciones como la Universidad Nacional Autónoma de México, la Escuela de Orientación para Varones y Niñas, y la Oficina de Coordinación de Educación Especial (Escandón,2001).

A fines de 1970, por decreto presidencial, se creó la Dirección General de Educación Especial con la finalidad de organizar, dirigir, desarrollar, administrar y vigilar el sistema federal de educación especial y la formación de maestros(as) especialistas. A partir de entonces, el servicio de educación especial prestó atención a personas con deficiencia mental, trastornos de audición y lenguaje, impedimentos motores y trastornos visuales.

Durante la década de los ochenta, los servicios de educación especial se clasificaban en dos modalidades: indispensables y complementarios. Los servicios de

carácter indispensable, Centros de Intervención Temprana, las escuelas de educación especial en donde atendían a niños(as) en edad de cursar la educación preescolar y primaria en cuatro áreas: (deficiencia mental, trastornos neuromotores, audición y visión) y los Centros de Capacitación de Educación Especial que funcionaban en espacios específicos separados de la educación regular y estaban dirigidos a los niños, las niñas y los jóvenes con discapacidad. En esta modalidad también estaban comprendidos los grupos integrados para niños(as) con deficiencia mental leve y los grupos integrados para hipoacúsicos, los cuales funcionaban en las escuelas primarias regulares.

Los servicios complementarios Centros Psicopedagógicos y los Grupos Integrados prestaban apoyo a alumnos(as) inscritos en la educación básica general con dificultades de aprendizaje o en el aprovechamiento escolar, lenguaje y conducta; esta modalidad también incluía las Unidades de Atención a Niños(as) con Capacidades y Aptitudes Sobresalientes (CAS) (Escandon, 2001).

Existían, además, otros centros que prestaban servicios de evaluación y canalización de los(as) niños(as), como los Centros de Orientación, Evaluación y Canalización (COEC). A fines de la década de los ochenta y principios de los años noventa surgieron los Centros de Orientación para la Integración Educativa (COIE), los Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (CAPEP), que dependían de la Dirección General de Educación Preescolar y también estaban organizados en servicios indispensables y complementarios.

A partir de 1993 como consecuencia de la suscripción del Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica (1992), la reforma al artículo 3o constitucional y la promulgación de la Ley General de Educación (1993) se impulsó un importante proceso de reorientación y reorganización de los servicios de educación especial, que consistió en cambiar las concepciones respecto a la función de los servicios de educación especial, promover la integración educativa y reestructurar los servicios existentes hasta ese momento.

Los propósitos de reorientar los servicios de educación especial fueron, en primer lugar, combatir la discriminación, la segregación y la “etiquetación” que implicaba atender a las niñas y los niños con discapacidad en dichos servicios, separados del resto de la población infantil y de la educación básica general. En esos servicios, la atención especializada era principalmente de carácter clínico-terapéutico, pero atendía con deficiencia otras áreas del desarrollo; en segundo lugar, dada la escasa cobertura

lograda, se buscó acercar los servicios a los(as) niños(as) de educación básica que los requerían. Promover el cambio en la orientación de los servicios de educación especial tiene antecedentes desde la década de los ochenta, pero cobró particular impulso con la promulgación de la Ley General de Educación en 1993.

La reorientación tuvo como punto de partida el reconocimiento del derecho de las personas a la integración social y del derecho de todos(as) a una educación de calidad que propicie el máximo desarrollo posible de las potencialidades propias. Este hecho impulsó la transformación de las concepciones acerca de la función de los servicios de educación especial y la adopción del concepto de necesidades educativas especiales.

Esta transformación se realizó de acuerdo con (Escandón, 2001) con las siguientes consideraciones:

a) Transformación de los servicios escolarizados de educación especial en Centros de Atención Múltiple (CAM), definidos en los siguientes términos: "institución educativa que ofrece educación básica para alumnos que presenten necesidades educativas especiales, con o sin discapacidad" (Escandón, 2001, p.11). Los CAM ofrecerían los distintos niveles de la educación básica utilizando, con las adaptaciones pertinentes, los planes y programas de estudio generales. Asimismo, se organizaron grupos/grado en función de la edad de los(as) alumnos(as), lo cual llevó a alumnos(as) con distintas discapacidades a un mismo grupo.

De acuerdo con la Dirección de Educación Especial de la Secretaría de Educación Pública (1994) los propósitos del CAM son:

- Proporcionar educación básica a los(as) alumnos(as) con o sin discapacidad que presenten necesidades educativas especiales, realizando las adecuaciones pertinentes para lograr el acceso curricular.
- Favorecer el desarrollo de habilidades básicas para el aprendizaje y la aprobación de los contenidos programáticos en los(as) alumnos(as) que presenten necesidades educativas especiales para facilitar su adecuada integración educativa, escolar, laboral y social, de acuerdo con sus necesidades, características e intereses específicos.
- Orientar a los(as) docentes y a los padres y madres de familia de la comunidad educativa acerca de los apoyos que requieren los(as) alumnos(as) con necesidades educativas especiales para lograr su adecuada integración escolar, familiar y social.

b) Establecimiento de las Unidades de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) con el propósito de promover la integración de las niñas y niños con necesidades educativas especiales a las aulas y escuelas de educación inicial y básica regular. Estas unidades se formaron principalmente con el personal que atendía los servicios complementarios; igualmente, se promovió la conversión de los Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (CAPEP) en servicios de apoyo para los jardines de niños(as).

c) Creación de las Unidades de Orientación al Público (UOP), para brindar información y orientación a padres, madres y maestros(as). Esta unidad es el servicio de educación especial que se encarga de orientar, a quien lo solicite, en torno al proceso de integración educativa y escolar de los(as) menores que presentan necesidades educativas especiales, con y sin discapacidad, de modo tal que propicia la toma de decisiones sobre la integración de los(as) menores en cuestión.

La reorientación de los servicios de educación especial se impulsó al mismo tiempo que la reestructuración de la Secretaría de Educación Pública derivada de la federalización de todos los servicios, medida establecida en el Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica. Con la reestructuración, el ámbito de acción de la entonces Dirección General de Educación Especial se redujo al Distrito Federal.

Derivado de un proceso de diagnóstico de la situación de los servicios de educación especial y del proceso de integración educativa en el país, en el año 2002 se presentó el Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa. Este Programa se elaboró conjuntamente entre la Secretaría de Educación Pública y la Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para Personas con Discapacidad de la Presidencia de la República, con la participación de las entidades federativas y representantes de distintas organizaciones de la sociedad civil. Para garantizar una atención educativa de calidad a los niños(as) y los(as) jóvenes con Necesidades Educativas Especiales, otorgando prioridad a los que presentan alguna discapacidad (Escandón, 2001).

Integrar a los(as) niños(as) con TDAH en los procesos de enseñanza – aprendizaje lejos de ser una obligación se convierte en un gran reto para los(as) docentes, es por esto que a través de esta investigación se pretende que él(la) docente adquiera la información necesaria para poder identificar a un(a) niño (a) con probable

TDAH, sus principales características, que nos permitirá conocer a profundidad dicha dificultad de aprendizaje.

CAPÍTULO 2. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

El TDAH ha capturado el interés de los investigadores a lo largo de las últimas décadas y actualmente es uno de los síndromes infantiles más estudiados y controvertidos. Aún existe desacuerdo en cuanto a las características que definen el trastorno y más aún en cuanto a si estas características conforman un cuadro único o forman parte de otro síndrome, por lo que estos aspectos continúan debatiéndose en la actualidad. Por tanto, el diagnóstico y la manera de concebir el tratamiento de estos(as) niños(as) adquieren especial importancia, toda vez que es un padecimiento/trastorno/dificultad presente en las aulas que requiere de un tratamiento e intervención integral.

De acuerdo con Mena (2006) el término TDAH es utilizado con frecuencia para describir a un(a) niño(a) que se mueve constantemente, que no puede estarse quieto(a), como si tuviera un motor constantemente encendido, una batería inagotable, distraídos(as) e impulsivos(as), suelen tener dificultades con compañeros(as) y amigos(as), se muestran impacientes, son desobedientes y con frecuencia inician peleas o discusiones, sufren caídas y accidentes frecuentes, tienen baja autoestima y dificultades de aprendizaje. En nuestra sociedad se le da poca importancia a este síndrome porque se piensa que se trata de un(a) niño(a) caprichoso(a) o de una falta de educación.

El hecho de que existen diferencias conceptuales fundamentales interfiere en el desarrollo de instrumentos de evaluación, diagnóstico y hace lento el avance del conocimiento sobre la etiología, prevalencia, curso y tratamiento del síndrome; por ello, es necesario llevar a cabo investigaciones sistemáticas que ayuden a tener una definición más precisa de este síndrome infantil.

Para abordar el tema del TDAH es importante conocer cómo surge este concepto y la evolución que dicho término ha sufrido a lo largo de los últimos años, para así poder conocer las distintas denominaciones con que se le conoce al síndrome y tener también la definición más actual de éste. A continuación se describe el surgimiento y el progreso del término.

El TDAH es un síndrome que no había sido tipificado, es decir, reconocido por los signos y síntomas que producen en las personas que lo padecen. “No es un padecimiento inventado, que este de moda; por el contrario existe evidencia de que

varios personajes de la historia lo tuvieron pero que nunca supieron que sufrían dicho trastorno” (Frade, 2006, p. 24).

Este síndrome que actualmente se conoce como déficit de atención con hiperactividad fue descrito por primera vez por el médico alemán llamado Heinrich Hoffmann en 1854, desde entonces, muchos autores han estudiado este síndrome.

A partir del siglo XX se comenzó a realizar investigación sobre el comportamiento de niños(as) correlacionado con daño cerebral: sin embargo esta correlación fue importante ya que George Still y Alfred Tredgold (Benavides, 2002) identificaron un tipo de comportamiento que se asemeja a lo que actualmente conocemos como TDAH.

Strauss y Lethinen citado en (Solloa, 2001), en 1947, plantean que la conducta hiperactiva era el resultado de un daño cerebral manifiesto o supuesto y denominaron el trastorno como síndrome de daño cerebral, posteriormente Laufer y Denitroff citado en (Solloa, 2001) en 1957 fueron los primeros en hacer una descripción sistemática del síndrome hiperquinético y establecer la existencia de un componente fisiológico, en una época en la que se hacía énfasis en los factores psicodinámicos para explicar la psicopatología infantil, estos autores explicaron que el síndrome era consecuencia de un defecto en el funcionamiento de un conjunto de estructuras subcorticales que incluían el tálamo, el hipotálamo, el subtálamo y el epitálamo y concluyeron que la dificultad no se debía a daño cerebral sino a una disfunción.

En 1966 gracias a las aportaciones de Clements, se logró cambiar el término daño cerebral por el de disfunción cerebral, puesto que no era posible localizar un daño y así reapareció el término de “disfunción cerebral mínima”, que prevaleció durante muchos años y que quedaba caracterizado por síntomas tales como la hiperactividad, desajustes perceptivo-motores, inestabilidad emocional, deficiencias de atención y coordinación general, impulsividad, trastornos de la audición y del habla, deficiencias de la memoria y del pensamiento, signos neurológicos menores y/o irregularidades electroencefalográficas, y dificultades específicas del aprendizaje.

“Sin embargo, la comunidad médica y la comunidad educativa adoptaron posturas diferentes, de manera que mientras que la literatura médica aceptó el concepto de disfunción cerebral mínima considerándola como un síndrome médico, la literatura educativa describió a los sujetos afectados como niños con dificultades en el aprendizaje” (Miranda, 2001, p. 12).

La panorámica experimentó un nuevo cambio cuando Virginia Douglas en 1972 citado en (Miranda, 2001) argumentó que la deficiencia central de los(as) niños(as) hiperactivos no era el excesivo grado de actividad, sino la incapacidad para mantener la atención y controlar la impulsividad, otorgando mayor importancia a las dimensiones cognitivas que a las conductuales. La perspectiva de Douglas supuso una vuelta al planteamiento de Still (1902) y ha influido poderosamente en la interpretación actual del trastorno que se refleja en los dos últimos sistemas de clasificación internacional: es decir, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV y el Sistema de Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales ICD-10.

En el Sistema de Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales ICD-10, la hiperactividad, denominada Trastorno de la actividad y la atención, queda comprendida dentro del grupo de los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo en la infancia y la adolescencia, concretamente en el subgrupo de trastornos hipercinéticos.

De acuerdo con Benavides (2002) en 1968 se incluyó por primera vez una definición de hiperactividad en la segunda edición del Manual Diagnóstico Estadístico de Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association DSM-II (APA, 1968), y para 1987, en el DSM-III, se sustituyó el concepto de hiperactividad por el de trastorno por déficit de atención (con o sin hiperactividad). En su edición revisada de ese mismo año, se consideró al déficit de atención sin hiperactividad ya no como un subtipo, sino como una categoría independiente.

En 1994 el DSM-IV considera al TDAH como un síndrome neurológico con una alta probabilidad de ser transmitido genéticamente y lo incluye dentro de los trastornos de inicio en la infancia y adolescencia, concretamente en el grupo de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, junto con el trastorno disocial y el trastorno negativista desafiante (Miranda, 2001).

En definitiva, a pesar de los cambios terminológicos y del diferente énfasis que se ha dado a las manifestaciones concretas del trastorno hiperactivo a lo largo del tiempo, los síntomas considerados como centrales no han sufrido cambios considerables. En la actualidad tanto el Sistema de Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales ICD-10 como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV siguen destacando como síntomas esenciales del síndrome las dificultades en la atención, la impulsividad y la sobreactividad.

Es importante una vez que se ha visto la evolución del término TDAH se realice una conceptualización, para así poder abordar el tema desde el enfoque más actual.

2.1. CONCEPTUALIZACIÓN

A primera vista la denominación del síndrome podría parecer una cuestión sencilla, sin embargo, no lo es, ya que ésta depende de las manifestaciones clínicas que se consideren como patognomónicas (es decir, que caracteriza y define a una determinada enfermedad. Microsoft Encarta, 2007) del cuadro y de los conocimientos adquiridos respecto a la respuesta al tratamiento. Según Rosenthal (1989), un reflejo fiel de este desconcierto es el hecho de que a este síndrome que hoy conocemos como TDAH se le han asignado más de 80 denominaciones. En un intento por llegar a una definición operacional, la APA ha propuesto criterios en sus manuales DSM III, DSM III-R y más reciente en el DSM IV.

Los cambios entre el DSM III y el DSM III-R ocurrieron en distintos niveles. En el DSM III se dividían los 16 síntomas en tres dimensiones: inatención, impulsividad e hiperactividad. En el DSM III-R los síntomas se modificaron un poco y se reacomodaron en una sola lista, de acuerdo con su poder discriminativo; para el diagnóstico no se requería de una combinación de síntomas determinada y la organización de los criterios en tres categorías del DSM III fue descartada debido a que algunos de los síntomas podían reflejar más de una de las tres dimensiones (inatención, impulsividad, hiperactividad). Un cambio significativo fue que se le dió mayor importancia a la dimensión de hiperactividad, mientras que en el DSM III la dimensión principal era el déficit de atención, ya que la hiperactividad se consideraba un síntoma asociado. En el DSM III-R se eliminó el diagnóstico de trastorno por déficit de atención sin hiperactividad y aquellos(as) niños(as) que no presentaban hiperactividad recibían el diagnóstico de trastorno de atención no diferenciado.

Actualmente, según lo establece el DSM IV (APA, 1994) la característica esencial del TDAH es un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. También debe haber pruebas claras de que esto interfiere con la actividad social, académica o laboral propia del nivel de desarrollo. En otras investigaciones, como la efectuada por Portal y Solloa (1993), con niños(as) mexicanos,

también se ha encontrado que este síndrome está conformado por las dos dimensiones propuestas en el DSM IV. Por su parte (Barkley, 1999, p.21) define este síndrome de la siguiente manera:

“Hiperactividad es un trastorno en el desarrollo de atención, control de impulsos y la conducta gobernada por reglas (obediencia, autocontrol y solución de problemas), que surge en el desarrollo temprano, es significativamente crónico y afecta todas las áreas de funcionamiento, no se atribuye a retardo mental, sordera, ceguera, impedimentos neurológicos gruesos o desordenes emocionales severos”.

Muchos autores, como Taylor (1978), Campbell (1977), Rutter y Gound (1984) citados en (Portal y Solloa, 1993), concuerdan en que el TDAH es un síndrome muy heterogéneo para tener validez, por lo que se han propuesto los siguientes subtipos: trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad.

Para entender de manera más completa la evolución y definición del término TDAH es de suma importancia conocer cuáles son las posibles causas que lo originan, por lo que a continuación se presentan diferentes hipótesis que se han identificado con el fin de hallar y explicar las causas de dicho síndrome.

2.2 HIPÓTESIS SOBRE LA ETIOLOGÍA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Según Hernández (2000), aún no se conoce con exactitud cuál es la etiología del TDAH: ambientes problemáticos, desorientados, sufrir abusos durante la infancia o crecer en carencia de criterios educativos pueden actuar como factores predisponentes en algunos casos. Esto no es determinante, sin embargo, si influye en el desarrollo del TDAH, igual se tiene la idea de que puede ser de origen neurológico y genético.

El TDAH se puede presentar en distintas regiones y países, aunque es difícil definir un diagnóstico en niños(as) de 4 a 5 años de edad, ya que por naturaleza su conducta es variable y su aprendizaje es más de tipo intuitivo en comparación con niños(as) de más edad. Aún así el TDAH no toma en cuenta sexo ni edad del individuo, ya que éste se puede desarrollar en cualquier momento de la infancia hasta la edad

adulto: si el diagnóstico del TDAH es logrado desde la infancia será fácil poder apoyar a los(as) niños(as) ya que sobre la base de los resultados obtenidos se pueden ir analizando los cambios de conducta.

Las causas del TDAH son múltiples, es muy difícil encontrar y producir pruebas directas de algo que pueda ser la causa de un problema en la conducta humana. De acuerdo con Barkley (1999) las causas más probables y de las que se dispone evidencia convincente de su asociación con el TDAH son: diferentes agentes que pueden dar lugar a lesiones cerebrales o anomalías en el desarrollo del cerebro, tales como traumatismos, enfermedades, exposición fetal al alcohol, al tabaco o la exposición temprana a niveles elevados de plomo, actividad disminuida en determinadas regiones cerebrales y por herencia genética.

Existen diferentes hipótesis que se han estudiado con el fin de hallar y explicar las causas de ese síndrome. De acuerdo con (Solloa, 2001), dentro de las principales hipótesis se encuentran:

➤ Hipótesis de un factor hereditario

Generalmente, al obtener los antecedentes familiares en él(la) niño(a) con déficit de atención hiperactividad, si se encuentra que el padre presentó los mismos síntomas de pequeño, es probable que estos aparezcan. Así mismo, el hecho de que el síndrome se manifieste con mayor frecuencia en hombres, ha llevado a que se investiguen los antecedentes hereditarios familiares del padre y la madre con el fin de identificar las patologías familiares ligadas al síndrome, encontrándose una mayor prevalencia de sociópata, histeria y alcoholismo en los padres y madres de estos niños(as).

De acuerdo con Barkley (1999) existen estudios que aportan evidencias claras de que el TDAH podría ser hereditario, la probabilidad es más alta si hay otros miembros de la familia con el síndrome. Los doctores Biederman y Faraone, así como sus colaboradores en el hospital general de Massachussets han realizado varios estudios de este tipo.

“En un estudio publicado en 1990, evaluaron 457 parientes de primer grado (padres, madres y hermanos) de 75 niños con TDAH y compararon sus resultados con los que obtuvieron de la evaluación de los familiares de 26 niños control y 26 niños con otros trastornos psiquiátricos

que no fueran el TDAH. Encontraron que aproximadamente un 25% de los parientes de primer grado de los niños con TDAH presentan también este trastorno, mientras que la tasa de los familiares de los grupos control era sólo del 5%. Observaron que si un niño tiene TDAH, hay un incremento del 500% en el riesgo de que los miembros de la familia puedan presentarlo” (Barkley,1999, p.84).

Debido a que el síndrome se presenta con mayor frecuencia en los varones se pensó que la transmisión genética se lleva a cabo por medio de un cromosoma sexual, sin embargo, (Taylor, 1999) encontró que no había ninguna anomalía en los cromosomas. En resumen, existe una fuerte evidencia de la existencia de un componente genético en la etiología del síndrome, aunque el mecanismo de la transmisión es aún dudoso.

➤ Hipótesis neuroatómicas

En el ser humano, las lesiones específicas o generalizadas provocadas por infecciones como encefalitis o traumatismos craneoencefálicos, pueden producir un síndrome hiperquinético. De lo anterior se deduce que el TDAH podría ser una reacción inespecífica cuando el cerebro es lesionado por cualquier agente nocivo. Se sabe que los(as) niños(as) que padecen este síndrome presentan con mayor frecuencia que la población normal antecedentes, dificultades durante la gestación así como problemas perinatales y otras complicaciones médicas durante los primeros años de vida.

Un área de interés particular en las investigaciones actuales es identificar estructuras o zonas cerebrales relacionadas con la sintomatología de este síndrome. Los avances tecnológicos y el desarrollo de nuevas técnicas de imágenes cerebrales han dado un auge al estudio neuroatómico de diferentes trastornos. Las técnicas utilizadas para investigación en esta área son: tomografía axial computarizada (TAC), tomografía por emisión de positrones (TEP) y la resonancia magnética.

Se ha estudiado principalmente el lóbulo frontal basándose en la suposición de que una desinhibición de este lóbulo pueda ser responsable de la sintomatología del TDAH, ya que el lóbulo frontal anterior y medial se asocia a las funciones que son inadecuadas en este trastorno. En 1989 Muñoz-Millán y Casteel citado en (Solloa, 2001) señalaron que existen similitudes en las conductas de pacientes adultos con una disfunción del lóbulo frontal y las conductas de los(as) niños(as) con TDAH. Estos

investigadores, después de haber realizado una revisión de las investigaciones en esta área, concluyeron que no existen diferencias anatómicas entre niños(as) normales y niños(as) con TDAH.

➤ Hipótesis neurofisiológicas.

Según Narvarte (2001) algunas corrientes afirman que él(la) niño(a) hiperactivo tiene un trastorno tanto físico como mental, porque el daño en la estructura cerebral produce, como consecuencia, la dificultad en el aprendizaje.

Los estudios electroencefalográficos han encontrado que un alto porcentaje, de 35 a 50% de los(as) niños(as), diagnosticados con TDAH tienen estudios electroencefalográficos anormales: la anomalía reportada con más frecuencia es una actividad cerebral lenta, difusa y en general ausencia de una cantidad apropiada de ondas alfa por la edad. Todo esto se denomina como patrones inmaduros de funcionamiento y se interpreta como un retraso en la maduración del sistema nervioso central.

De acuerdo con Taylor (1991), las lesiones físicas del cerebro no son necesariamente causas del TDAH: cuando no existe una historia explícita de lesión cerebral, no hay razón para suponer que un(a) niño(a) hiperactivo haya sufrido una lesión menor. La mayor parte de las lesiones cerebrales tienen consecuencias complejas y bastante inespecíficas en el aprendizaje y la conducta. Pueden contribuir al desarrollo de la hiperactividad (así como de otras dificultades de conducta), pero generalmente actúan por medio de la interacción de poderosos factores en el entorno psicológico.

Los estudios de los neurotransmisores, argumentan que la efectividad terapéutica de los estimulantes es una prueba indirecta de que el factor etiológico asociado a este síndrome es un funcionamiento inadecuado de las catecolaminas (grupo de compuestos que se producen en la glándula suprarrenal. Microsoft Encarta, 2007). Los estimulantes parecen tener un efecto altamente específico, ya que no sólo actúan como tranquilizantes, sino que también aumentan los lapsos de atención, disminuyen la agresión y mejoran la conducta en general.

A partir de estos hallazgos se aceptó el llamado efecto paradójico de los estimulantes sobre la conducta del niño(a) hiperactivo. El error de conceptualizar el efecto de los fármacos estimulantes como paradójico se hizo al ligar la conducta “más calmada y menos activa” que resulta de utilizar el medicamento el cual ejercía una acción farmacológica sedativa. Lo que realmente sucede es que los(as) niños(as) con déficit de atención poseen niveles inhibitorios bajos en el sistema nervioso central y aumentando los bajos niveles de inhibición, se ha encontrado, además, que el nivel de activación del sistema nervioso central tiene una correlación negativa con el grado de severidad de la conducta hiperquinética.

Por lo anterior, la mayoría de los estudios sobre el TDAH y la neuroquímica cerebral se relacionan con alteraciones en las catecolaminas cerebrales, principalmente con la dopamina, la norepinefrina y la noradrenalina. Se sabe que los estimulantes pueden actuar sobre las catecolaminas, inhibiendo su recaptura o su degradación, o bien, acrecentando su liberación o activando sus receptores. Todas estas acciones causan un incremento de dopamina o norepinefrina en el nivel sináptico; por lo tanto, si los estimulantes mejoran los síntomas del TDAH y trabajan en los sistemas de catecolamina, se infiere que el TDAH se relaciona con las catecolaminas. (Solloa, 2001).

Dado que los medicamentos utilizados en el tratamiento del TDAH actúan sobre varios neurotransmisores, se ha intentado identificar si existe una anomalía en el funcionamiento de un neurotransmisor específico, pero como los neurotransmisores se encuentran interrelacionados en cadenas, es muy poco probable que se pueda alterar el funcionamiento de un neurotransmisor sin afectar el otro. Así pues, por el momento la teoría de una deficiencia en un solo neurotransmisor no se ha podido comprobar.

➤ Otras hipótesis.

De acuerdo con Solloa (2001) algunos autores han señalado que los alimentos con aditivos, colorantes y saborizantes artificiales, así como salicílicos naturales y azúcares refinadas son las causantes de los síntomas de este síndrome; esta creencia fue aceptada a pesar de que en los textos científicos no se encontraron datos que apoyaran esta hipótesis: los investigadores, a través de un estudio llevado a cabo por el Departamento de Pediatría de la Universidad de Vanderbilt en Estados Unidos de América no encontraron evidencia de que el azúcar o el aspartame (endulzante usado en alimentos y bebidas. Microsoft Encarta, 2007) afectara la conducta y la función cognitiva

de niños con TDAH, a pesar de que los padres sí pensaban que estos niños eran sensibles al azúcar.

En otro estudio llevado a cabo en Australia, se encontró una relación entre la hiperactividad y un colorante sintético para las comidas. Taylor (1991) señala que la sugerencia de que los comestibles aumentan la conducta hiperactiva se basa en una teoría bastante diferente a la que implica a un tóxico como el plomo o un trauma como la lesión en el parto. No existen evidencias equivalentes que relacionen la hiperactividad con una excesiva toma de sustancias como aditivos o azúcar refinada. Por el contrario, los pocos estudios que se han ocupado del tema no muestran diferencias entre las dietas de los hiperactivos y los normales.

Otra hipótesis que nos habla sobre la posible causa del TDAH es la intoxicación de plomo. La cantidad de plomo en el entorno infantil es mayor que en los siglos anteriores y principalmente es el resultado de la polución ambiental producido por el cambio tecnológico. De acuerdo con Taylor (1991) no hay duda de que se trata de un tóxico que puede afectar el cerebro y causar una grave e incluso fatal encefalopatía. Afortunadamente, estos casos son raros y es probable que los(as) niños(as) establecidos con dicha encefalopatía presenten conductas de falta de atención e inquietud.

De acuerdo con (Pino, 1982) la cuestión de si los niveles más bajos de exposición al plomo pueden también ser nocivos ha ocasionado una fuerte polémica, aún no resuelta. La polémica se centra básicamente en la interpretación de lo que significa la relación entre plomo y las variables psicológicas.

La investigación experimental con animales apoya la noción de que el plomo puede contribuir a síntomas como la hiperactividad. En este punto se piensa que él(la) niño(a) hiperactivo tiene altos niveles de plomo en su organismo. Pino (1982) encontró que solamente los(as) niños(as) con TDAH, cuya etiología es desconocida, demostraron un nivel alto de plomo en la sangre. También existe evidencia indirecta que sugiere que el calcio puede reducir los efectos del plomo en las funciones neurofisiológicas de los(as) niños(as).

Los párrafos anteriores ilustran algunas causas que actúan como posibles factores que propician el TDAH, sin embargo todas quedan como teorías que aún están en discusión, muchas de ellas con fundamento teórico y otras cuyas explicaciones no se han podido comprobar con claridad científica. En lo que sí están de acuerdo la mayoría de los estudiosos es que el TDAH es un síndrome variado y que no hay dos personas que lo manifiesten de igual forma.

A continuación Benavides (2002) enumera una serie de factores que se han mencionado como causa del TDAH en algún momento, pero que se ha comprobado que no lo son, considerando que es importante conocer dicha información para poder así diferenciar entre hipótesis con fundamentos teóricos y mitos que se generan entorno al síndrome:

- Vitaminas (falta o exceso de)
- Alergias
- Disfunción de la tiroides
- Luz blanca fluorescente
- Rayos X
- Ciertas frecuencias de radio
- Levadura (*candida albicans*)
- Crianza paterna deficiente o negligente
- Vida familiar problemática
- Reducción de ciertos químicos cerebrales
- Dieta alimentaria inadecuada
- Ingestión de azúcar
- Problemas hormonales
- Autosugestión
- Otros trastornos psiquiátricos (que pueden presentarse junto con, pero no causar TDAH)

Para poder determinar cuándo un niño(a) pueda presentar TDAH es importante conocer las características de este síndrome las cuales serán de suma importancia para llevar a cabo una acertada identificación de dicho padecimiento. A continuación se concentra lo relacionado con signos y síntomas de este padecimiento.

2.3 SIGNOS Y SINTOMAS

Tomando en cuenta las investigaciones realizadas por profesionales del Centro Nacional de Niños y Jóvenes Discapacitados Barkley (1999), que afirman que el TDAH afecta del 3 al 5% de los niños en edad escolar, lo que implica que en cada aula existe por lo menos un niño(a) con dicho padecimiento y este trastorno sea uno de los mas comunes en la infancia. En base a estas estimaciones se puede suponer que cada uno(a) conoce a alguien con este síndrome aunque no se le identifique, incluso se podría afirmar que la mayoría de los(las) docentes por lo menos de nivel primaria, en ocasiones no perciben el bajo rendimiento académico que puede tener un(a) niño(a) y este síntoma puede ser parte del TDAH, ya que también es necesario considerar que el bajo rendimiento puede darse por diversas razones

La falta de información por parte de los(as) docentes ante este problema, puede ser por diversas razones propias o ajenas a ellos(as) mismos(as), aun así, cuando el(la) niño(a) sigue fracasando al responder, la mayoría considera que su conducta disruptiva es deliberada e intencionada lo que puede conducir a la discriminación de los(as) niños(as) que tienen TDAH por parte de su familia, amigos(as), maestros(as) o conocidos(as). Además este síndrome es más relevante en niños que en niñas: los síntomas son variables y diversos, éstos se manifiestan a temprana edad persistiendo hasta la edad adulta.

De acuerdo con Barkley (1991) existen tres síntomas generales que son los que comúnmente se desarrollan en niños(as) con TDAH, que ayudan en la identificación del padecimiento estas características son:

➤ Hiperactividad

“La hiperactividad es un conjunto de problemas más frecuentes entre la población infantil ésta se puede notar mediante la conducta que trasmite el niño con TDAH, por lo tanto es una tendencia a la personalidad básica con implicaciones sobre patrones de conducta que estarán presentes a lo largo de toda la vida y puede influir aun en generaciones subsecuentes” (Calderón, 1999, p.152).

La hiperactividad es una forma de conducta que tiene como característica principal la inquietud, la cual provoca un constante movimiento de pies y manos, no se tiene

paciencia para esperar en determinadas situaciones que lo requieran, provocando que el(la) niño(a) con TDAH entre y salga de un lugar a otro, corra y suba escaleras excesivamente, trepe árboles y otros objetos, no se adapta a las exigencias, reglas o normas de juego, lo que limita su socialización tanto en eventos de juego como de trabajo. Estas características pueden ser identificadas desde los tres años de edad; sin embargo en la mayoría de veces es hasta el período escolar o cuando las exigencias del mismo ambiente son cada vez mayores y no se puede responder a éstas de manera correcta (Mendoza, 2003).

Cabe señalar que la hiperactividad también se da en niños(as) con malos modales, pero no por TDAH, sino por la forma en que los(as) han educado en su casa, lo cual puede crear confusiones para determinar si el(la) niño(a) presenta TDAH o no, por eso es necesario recurrir a personas preparadas para diagnosticar dicho síndrome y no sólo basarse en supuestos: es importante confirmarlos mediante profesionales serios y responsables (Cruz, 2001).

➤ Inatención

Otra de las principales características del TDAH es la inatención la cual provoca que el(la) niño(a) constantemente no termine la tarea o la actividad que esté realizando, ya que se le dificulta el organizar sus funciones por lo que le es complicado poner atención en los detalles llegando al descuido en su trabajo escolar y la mala comprensión del mismo. “Una de las características que se presentan a partir de la inatención en un niño con TDAH es que aparenta no escuchar lo que se le dice u ordena, se ve limitado o imposibilitado para dedicar el tiempo necesario a tareas que requieran de un esfuerzo mental, pierde con facilidad las cosas y se distrae con estímulos ajenos a él” (Mendoza, 2003, p.21).

De esta manera se intenta explicar de forma general como un(a) niño(a) con TDAH tiende a romper su atención fácilmente, por lo que se considera que para comprender mejor este síndrome se debe tener claro el concepto de atención, cuando no se tiene la capacidad de enfocar la atención requerida en las diferentes actividades escolares se pueden manifestar y desarrollar serias repercusiones en el aprendizaje, en la conducta y en los estados de ánimo: esto no sólo es en el ámbito escolar sino también en el hogar, en el trabajo ocasionando diferentes desordenes en la vida personal y social.

Basándose Taylor (1999, p.72), la atención se determina como “procesos por los cuales un organismo utiliza las estrategias metódicas para identificar la información del entorno”, conforme a esta definición cuando no se logra enfocar la atención en trabajos o actividades que lo requieran se ve limitada su realización de los mismos, ya que no se puede llegar a una permanente organización y comprensión de éstos. Por lo que se puede decir que la atención es un proceso activo que implica un comportamiento enfocado y orientado a una tarea o acción.

En muchas situaciones de la vida cotidiana y académica es importante responder a determinados estímulos e ignorar otros; es decir, tener una atención selectiva, donde se puede o no presentar un déficit de atención. Otro tipo de atención es la simultánea la cual nos permite responder a diferentes estímulos. Una alteración en “... cualquiera de estos procesos de atención hará que un niño sea considerado por los adultos como un niño de atención corta y fácil distractibilidad” (Calderón, 1999, p. 150).

Este hecho también puede ser resultado de una simple incapacidad para realizar la tarea y se puede dar por falta de motivación, por la falta de comprensión y entendimiento de lo que se explica o exige. Otro aspecto que se puede presentar es la distracción, la cual rompe el proceso de atención pero esto puede ser por la falta de interés en la actividad que se esté realizando o en el objeto de estudio analizado.

Aquí es necesario hacer un paréntesis con relación a la distracción, ya que se considera que el(la) niño(a) puede desviar su atención fácilmente de una actividad específica para enfocarse a otra que le sea de mayor interés, más si se habla de niños(as) en edad preescolar que difícilmente enfocan su atención por un tiempo prolongado en actividades o ejercicios escolares que así lo requieran: este fenómeno no es siempre un problema el cual deba catalogarse dentro del TDAH, sino más bien se inclina por una acción que no puede ser de total importancia o interés para el(la) niño(a) lo que hace que interrumpa su atención para enfocarla a otro aspecto de mayor interés para él(ella): es posible pensar que al distraerse los(las) niños(as) estén atendiendo o recreando otra cosa, algo que los(as) divierte, los(as) entretiene, les preocupa, les agrada, les desagrada, los(as) angustia, pero que de cualquier forma los(as) ocupa (Janin, 2004).

Por lo tanto, ellos(as) tienen la capacidad de atender, comprender y organizar nuevas ideas y conocimientos e incluso de buscar e interrogarse a cerca de lo que les guste o les llame la atención, lo cual no sucede con los(as) niños(as) con TDAH, ya que para ellos(as) es difícil organizar y reconstruir nuevos conocimientos porque su capacidad es muy limitada por eso no se puede pensar que hablar de distracción es siempre hacer referencia a dificultades de atención o a la inversa que el distraerse siempre se hace con la idea de buscar, inventar o recrear nuevas ideas (Soutullo,2004).

Además hay ciertos síntomas de desatención en niños(as) de edad preescolar que no pueden ser determinados como dificultades de inatención, ya que estos(as) niños(as) habitualmente experimentan pocas exigencias de atención sostenida en períodos prolongados, lo que quiere decir que la mayoría de sus actividades les exigen un proceso corto de atención y más libertad para expresarse y jugar.

Una de las alternativas para medir la atención se halla en las citadas escalas de calificación de conductas, las pruebas psicométricas, las medidas de laboratorio, así como los sistemas de observación directa sin embargo el problema de la atención es complejo, ya que no es posible medir el síntoma de la inatención, con base en un único test, inclusive, el verdadero problema es que no hay test de atención.

Por esta razón no se puede evaluar una dificultad de inatención solamente basándose en un test, se considera tomar en cuenta como instrumento que da tendencias y probabilidades, al igual que la observación directa entre otras medidas, para poder obtener resultados objetivos y seguros, y que finalmente no se llegue a un diagnóstico equivocado, considerando también la hiperactividad e impulsividad que son características que corresponden al TDAH.

➤ Impulsividad

Según (Calderón, 1999) la impulsividad tiene dos significados distintos que no se deben confundir, ya que se hace referencia a una conducta incontrolable en niños(as) imprudentes, que no piensan en las consecuencias que se pueden dar mediante su conducta impulsiva y que además demandan gratificaciones inmediatas. Esta conducta manifiesta un proceso rápido y espontáneo para dar una respuesta pero que en la

mayoría de veces puede ser incorrecta esto se debe a un impulso por hacer rápido las cosas aunque de manera irreflexiva para atender otras de mayor importancia o interés.

Sin embargo la impulsividad que se desarrolla en el TDAH es más crítica, ya que ésta realmente estanca el aprovechamiento académico del(a) niño(a) y tiene los siguientes síntomas: el(la) niño(a) regularmente no piensa antes de actuar, no termina de escuchar lo que se le dice para dar una respuesta, constantemente trata de llamar la atención mediante conductas inapropiadas, de la misma forma cambia de una actividad a otra dejándolas inconclusas, presentan dificultades para poder integrarse a juegos con otros(as) compañeros(as) o amigos(as), es impaciente por lo que no es capaz de esperar su turno para comenzar o participar en una actividad con otras personas (Camels, 2002).

La impulsividad muchas veces puede dar como resultado algunos trastornos de aprendizaje, como puede ser el afán por actuar con rapidez en los trabajos escolares o el de saltarse sílabas o palabras hasta llegar a confundir una letra por otra como puede ser: la p - q, s - z, g - j, etc., la misma velocidad con la que escriben puede provocar otro tipo de errores que pueden ocasionar trazos imprecisos y desalineados en su escritura. Estas son algunas razones que implican que la impulsividad estanque y límite el desarrollo de aprendizaje escolar en el(la) niño(a).

Las manifestaciones de impulsividad se pueden agrupar en cuatro categorías según (Calderón, 1999), las cuales se mencionan a continuación:

a) Conducta Motora. Muestra un nivel relativamente alto de actividad que inicia a temprana edad manifestándose en los(las) lactantes por un período extraordinariamente corto de sueño y respondiendo exageradamente a estímulos. En general el nivel de actividad del(a) niño(a) disminuye de manera progresiva durante la primera década de la vida y con frecuencia desaparece en forma completa alrededor de la pubertad.

b) Solución de problemas. Los(as) niños(as) muestran por lo general un estilo limitado en la solución de problemas, la mayor dificultad que presentan es para mantener el foco de atención, frecuentemente dejan incompletas las cosas o tareas que están realizando, ya que no pueden mantener su atención por un período

prolongado, por lo que sólo pueden hacer aquellas cosas que requieran de poco tiempo.

c) Interacción Social. Él(la) niño(a) impulsivo(a) normalmente tiene una conducta inapropiada que le impide integrarse a actividades sociales ya que con frecuencia es rechazado(a). Las relaciones con los padres y madres son un constante estire y afloje, se centra en los tópicos disciplinarios, pues el(la) niño(a) es incapaz de hacer todo lo que se le pide o de frenar sus impulsos inmediatos. En la adolescencia esta conducta antisocial lleva al individuo impulsivo a aislarse más de la sociedad por lo que se puede desarrollar una conducta delincuente o inapropiada que atraiga la atención.

d) Estilo Emocional. En esta categoría los(as) niños(as) tienden a comunicarse en forma superficial y a la defensiva, a menudo están deprimidos(as), tienen baja autoestima, es decir; tienen poca valoración afectiva hacia sí mismos(as), mienten fácilmente y son egocéntricos.

Hasta ahora se han mencionado las características que se presentan en el TDAH, así como también tratar de dar una explicación general de cada una de sus características, aunque es preciso tener claro que para diagnosticar este síndrome se debe consultar a especialistas para no llegar a confundir el TDAH con otro problema o tipo de dificultad.

La identificación oportuna del TDAH es de suma importancia para realizar así una pronta y adecuada intervención, por lo que consideramos importante conocer las repercusiones que este síndrome puede ocasionar en las personas que lo padecen, para así poder diseñar medidas que puedan prevenir o resolver las dificultades que puedan presentar los(as) niños(as) que padezcan TDAH.

2.4 PRINCIPALES AMBITOS DE REPERCUSIÓN: FAMILIAR Y ESCOLAR

El TDAH al igual que otros padecimientos dan origen a distintas repercusiones en las personas que lo padecen, a lo largo de este capítulo se mencionan las secuelas que pueden llegar a tener los(as) niños(as) con TDAH y cómo estas afectan los diferentes ámbitos en donde éste(a) se desenvuelve, tomando en cuenta principalmente a la familia

y a la escuela, poniendo mayor énfasis en el ámbito escolar, ya que ésta investigación esta enfocada a ello.

De acuerdo con Hernández (2000) el TDAH tiene diversas consecuencias como son los trastornos de conducta, ansiedad, afectivos, dificultades de aprendizaje; estos trastornos tienen a su vez consecuencias ya que los niños que padecen TDAH encuentran dificultades en sus relaciones interpersonales no solo de amistad incluso familiar, ya que esta ultima en algunos casos se muestra insensible ante la problemática, repercutiendo directamente en el área de conducta generando una depresión él(la) niño(a) niño(a) por lo que en general repercute en el desarrollo integral del(la) niño(a).

Haciendo referencia al área afectiva el(la) niño(a) con TDAH puede tener una auto percepción poco realista por lo que tiende a modificar constantemente su estado de ánimo y su conducta hacia las demás personas, estos dos últimos trastornos se vinculan para influir y manipular la forma de ser del(a) niño(a).

Algunos autores como Cubero (2006) y Miranda (2001) coinciden en que a lo largo de los primeros años de la vida escolar de las personas con dificultades en la atención, es necesario cuidar estratégicamente los aspectos de índole emocional, por lo cual la autoestima es un aspecto central en el desarrollo de estos(as) niños(as) y de cualquier ser humano.

El autoestima afecta todas las áreas de la vida de una persona, los pensamientos, las creencias, las expectativas, así como los sentimientos pueden dar una evaluación y una valoración personal positiva o negativa y, a partir de ahí, cada uno construye la imagen y el concepto sobre sí mismo. La autoestima alta posibilita la productividad; la sensación de sentirse capaz de cumplir con las demandas del medio en que se esté; permite cumplir eficientemente con las tareas que enfrenta; puede apreciar los logros alcanzados y puede visualizar las metas personales o que el medio ha planteado. Al respecto como señala Papalia (2001 citado en Cubero, 2006, p.16).

“(…) es en la niñez intermedia cuando los juicios de valor sobre sí mismos se vuelven más reales, equilibrados y completos, y los expresan con más claridad. La autoestima es un componente importante del autoconcepto, que relaciona los aspectos cognoscitivo, emocional y social de la personalidad. Los(as) niños(as) con una autoestima alta tienden a ser alegres, mientras que quienes tienen una autoestima baja tienden a ser depresivos”.

El autoestima y el desarrollo de la misma dependen de una multitud de factores, en una relación dinámica entre el medio (familia, escuela, comunidad, cultura) y los propios de la persona (personalidad, temperamento, carácter). Por lo que la atención de la misma no es sencilla en el caso que nos ocupa. Los(as) niños(as) diagnosticados(as) con trastornos de la atención con o sin hiperactividad, desean participar activamente en la escuela; hacer las tareas en el tiempo previsto; cumplir a cabalidad con lo que se espera que hagan, pero no pueden hacerlo. No es que no quieran hacerlo; esta premisa se encuentra en la mente de muchos docentes, padres y madres, según la literatura y los testimonios de muchas personas.

Los(as) docentes, los padres y las madres pueden proporcionar situaciones para que los(as) niños(as) con dificultades de la atención desarrollen el sentido de la responsabilidad; la posibilidad de ayudar a los demás; espacios para reflexionar sobre las dificultades; estrategias para tomar decisiones y resolver problemas; manejo de la frustración, el enojo, la cólera y la ira ante el fracaso y, por supuesto, la actitud y el modelaje sobre el hecho de que el error no es sinónimo de fracaso (y castigo), sino fuente de aprendizaje; facilitarle espacios para que puedan demostrar sus habilidades y enseñarle a disfrutarlas. (Papalia, 2001; Bauermeister, 2000; Shapiro, 1997, citado en Cubero, 2006).

Algunas formas según, Miranda (2001), de cómo el TDAH influye en los ámbitos de la familia y la escuela son las siguientes:

➤ En la familia

Es considerado importante este ámbito ya que en la mayoría de las ocasiones, es con la familia donde él(la) niño(a) pasa la mayor parte del tiempo y donde se pueden manifestar con más frecuencia y claridad los síntomas de TDAH, (hiperactividad, impulsividad, inatención), demostrando desobediencia, inquietud o temperamento explosivo.

Además la familia es importante para la mayoría de los(as) niños(as), ya que su ajuste social y emocional es mejor cuando las relaciones dentro del núcleo familiar son expresivas y organizadas de tal forma que se fomente la independencia de los miembros de la familia y el respeto entre cada uno de ellos(as). Sin embargo de forma contraria, es decir, en un núcleo familiar donde se desarrolle la violencia, la falta de comprensión, respeto y comunicación, se tiende a sufrir un desajuste emocional y antisocial, esto puede

ayudar a la prevalencia del TDAH o incluso a reforzar las características que se desarrollan en este síndrome.

Otro aspecto importante que se desarrolla respecto al TDAH es la idea de que son los padres y las madres los responsables del comportamiento de sus hijos(as) ya que son éstos los que determinan en cierta forma su manera de ser y comportarse mediante la educación que les dan o transmiten. Esto no se considera que sea certero, ya que prevalecen ambientes familiares y estilos educativos que no benefician al(a) niño(a) con TDAH, por el contrario aumentan su dificultad, esto se puede dar por diversas circunstancias, pero, es respetado que una de ellas puede ser que la propia familia no sabe como sobrellevar esta situación.

Los padres y madres de familia pasan por un proceso de duelo cuando se les dice que sus hijos(as) tienen una dificultad de aprendizaje, mismo que consiste en negar el suceso, rechazarlo y echarle la culpa en un primer momento a la escuela. Después lo pueden llegar a admitir, pero se deprimen, se culpan unos a otros y sienten coraje hasta con el(la) niño(a) luego lo consienten más realistamente y empiezan a buscar soluciones, para finalmente pasar a un proceso de superación. Dicho proceso tiene que ser considerado por la escuela en sus políticas institucionales de tal manera que se comporte éticamente, buscando siempre cumplir con sus propósitos educativos, que no sólo son el educar a los(as) niños(as) sino también a los padres y madres.

“En el caso del TDAH, el proceso de duelo muchas veces es más largo que en los casos en los que el problema es evidente, como la parálisis cerebral o la ceguera; por esta razón la escuela debe ser más paciente y generar un proceso educativo que les permita a los padres y madres llegar a la superación” (Frade, 2006, p.253).

Por otra parte también son los padres y madres quienes en algunas veces se llegan a responsabilizar de las actividades correspondientes de sus hijos(as) ya que se desesperan de insistir para que sea él(la) niño(a) quien cumpla con sus deberes para adquirir determinados hábitos, por ejemplo: el limpiar su cuarto, ordenar sus juguetes, hacer su tarea, etc. De esta manera poco a poco se van tolerando conductas inadecuadas que en el caso del(a) niño(a) con TDAH sólo refuerzan su problema porque se manifiesta la poca paciencia y la falta de apoyo por parte de la familia, para

comprender que debe ser el(la) niño(a) que mediante medidas estrictas de comportamiento irá mejorando su conducta.

De acuerdo con Frade (2006) lo anterior suele reflejarse más claramente en la madre del(a) niño(a), porque es ella quien generalmente dedica mayor tiempo y se da cuenta de su comportamiento, (pone límites, tolera determinado comportamiento o castiga), lo cual puede provocar discusiones entre los esposos reforzando la creencia de que la madre es poco eficaz para educar a su hijo(a), esta idea puede ir prevaleciendo en maestros(as) y otras personas, de tal forma que se puede crear ansiedad en la madre del niño(a) con TDAH a tal grado de creer que la dificultad no es de su hijo(a) sí no de ella.

En el caso de los(as) hermanos(as) se dan peleas y enfrentamientos con el(la) niño(a) con TDAH debido a que no le tienen paciencia por lo que se desesperan de su comportamiento agresivo e intolerante que en corto tiempo daña el medio familiar en el que vive, sin embargo no hay que olvidar que esta conducta no es intencionada sino que se presenta como consecuencia del TDAH, él cual le impide establecer relaciones estrechas con familiares, amigos(as) y maestros(as), esto dificulta que él(la) niño(a) con TDAH tenga autoestima alta y seguridad en sí mismo.

➤ En la escuela

Otro de los lugares donde el(la) niño(a) permanece mucho tiempo es la escuela, y es un lugar donde también se manifiesta la conducta inapropiada del(a) niño(a) con TDAH, un ejemplo de esta situación puede ser cuando el(la) maestro(a) se queja considerablemente de la conducta impaciente que presenta el(la) niño(a) para estar quieto(a) en su pupitre hasta que termine la clase, la ansiedad por molestar a sus compañeros(as) y su falta de atención que le impide concentrarse para seguir las indicaciones y explicaciones dadas por el(la) maestro(a) para realizar alguna actividad o ejercicio.

El fracaso escolar es una de las dificultades que se presentan constantemente en él(la) niño(a) con TDAH y es que con frecuencia se ha asociado el fracaso escolar a la hiperactividad. De hecho el 40 o 50% de estos(as) niños(as) tienen un bajo rendimiento escolar. Aunque existen numerosos estudios hechos por medio de test que revelan que el nivel de inteligencia de un(a) niño(a) con TDAH es alto. Pero se debe tener muy en cuenta que el test de inteligencia mide el nivel de desarrollo en distintas áreas, como la

memoria, la comprensión de situaciones sociales, la percepción visual o el vocabulario. Él (la) niño(a) hiperactivo(a) tiene poca tendencia para mostrar un desarrollo intelectual desigual, es decir, un(a) niño(a) puede tener determinada capacidad, adecuada para su edad sin embargo otra muy por debajo de lo que debería de poseer.

Por ejemplo; un(a) niño(a) de 10 años puede comprender muy bien las situaciones sociales de acuerdo a su edad, pero tener un vocabulario insuficiente. Cuando mayor es la irregularidad en el desarrollo de las distintas habilidades que componen la inteligencia, mayor es la dificultad de estos(as) niños(as) para enfrentarse a una enseñanza estándar, y esto es lo que sucede en mayor o menor medida con los(as) niños(as) con TDAH (Polaino, 2000).

“En cuanto al rendimiento escolar, este niño presenta dificultades ya que para aprender, cualquier niño necesita un tiempo de atención que le permita concentrarse y analizar sus tareas y actividades escolares para realizarlas, además debe saber tolerar y aceptar sus propios errores porque existen labores que son algo difíciles y requieren de dedicación, en el caso del niño con TDAH no es fácil poder mantener la atención para la comprensión y realización de su tarea” (Hernández, 2000, p.24).

Además con frecuencia, recibe críticas de profesores(as) que dañan su autoestima disminuyendo así su interés por la escuela hasta sentir una apatía total. Muchas veces éste desinterés se refleja en problemas de disciplina, pero esto se debe a las propias características del TDAH las cuales no le permiten adaptarse a las reglas establecidas por la escuela y por lo tanto los(las) profesores(as) suelen calificarlos como niños(as) tercos(as), negativos(as), desobedientes, holgazanes(as) o descuidados(as).

Según Miranda (2001), además de los problemas de disciplina, la falta de interés y el bajo rendimiento que algunos de los(as) niños(as) con TDAH experimentan pueden presentar dificultades específicas de aprendizaje que afectan particularmente a las áreas de la lectura, escritura y matemáticas. A continuación se describen algunas de las dificultades en los que los(as) niños(as) que presentan TDAH pueden mostrar problemas:

Acceso al léxico. La naturaleza de la asociación entre TDAH y los diferentes tipos de dislexia todavía es incierta, aunque diferentes investigaciones empíricas señalan que las habilidades fonológicas son procesos neurológicamente dissociados del control

ejecutivo y que los déficits en el procesamiento fonológico y las deficiencias lingüísticas constituyen un fuerte predictor de la dislexia pero no del trastorno de la atención (Riccio y Jemison, 1998 citado en Miranda, 2001). Tales datos sugieren que las dificultades en el acceso al léxico no son una consecuencia directa del TDAH, sino de deficiencias lingüísticas importantes que interfieren negativamente el establecimiento de asociaciones que implica el aprendizaje de un sistema simbólico.

Sin embargo, la adquisición de una velocidad adecuada en la lectura puede ser particularmente problemática para muchos estudiantes con déficits atencionales por dos razones. En primer lugar, porque las dificultades fonológicas iniciales de un pequeño subgrupo de ellos afectaran negativamente a la automatización. Pero, sobre todo, porque la automatización que posibilita una lectura rápida se va adquiriendo progresivamente a través de la práctica. Esto exige atención activa y una focalización exclusiva en la tarea, condiciones que son difíciles, generalmente para los(as) niños(as) con TDAH en cualquier dominio.

Comprensión. Los(as) niños(as) con TDAH suelen tener dificultades para comprender los textos escritos debido a las limitaciones que experimentan en su capacidad atencional y en su memoria de trabajo. De hecho, les resulta realmente difícil la lectura de frases complejas y que requieren un conocimiento sintáctico substancial. Asimismo, plantea especiales retos a los(las) estudiantes hiperactivos(as) la comprensión de frases que comienzan con otro elemento que no es el sujeto y que, por lo tanto, exige más capacidad de memoria de trabajo para retener la información hasta que aparece el sujeto de la frase. En párrafos o textos largos también suelen surgir dificultades ya que los(as) niños(as) con TDAH se ven obligados(as) a realizar inferencias para poder comprender la información de un texto, procesos que dependen en gran manera del sistema ejecutivo.

Por último, estos(as) estudiantes también son propensos a experimentar notables dificultades para captar las ideas principales de los textos de estructura expositiva, cuando no aparecen explícitamente y es necesario integrar toda la información del párrafo para poder extraerlas, ya que este tipo de tareas exigen también recursos de planificación de los que carecen.

Escritura y expresión escrita. Muchos(as) estudiantes hiperactivos(as) tienen dificultades en la motricidad fina que afectan a la coordinación y a la secuencia motora que requiere el trazado de las letras. Así, su escritura suele presentar manifestaciones disgráficas como letras irregulares, tachones, interlineado y márgenes ondulantes, soldaduras, etc. En relación con las composiciones escritas, la información sobre lo que se desea escribir hay que recuperarla de la memoria de trabajo al mismo tiempo que el alumno está planificando, generando frases y revisando sus ideas, teniendo además presente la estructura del texto.

Estos procesos conllevan enormes dificultades para los(as) niños(as) con TDAH, ya que los déficits en el control inhibitorio que les caracterizan inciden de forma negativa en el proceso de planificación y supervisión de sus escritos, y afecta negativamente a los resultados finales. Como consecuencia, se resisten a escribir y desarrollan actitudes negativas, que se traducen en la negación a tomar el lápiz, en componer historias escritas muy cortas, en las que omiten alguno de los componentes fundamentales del esquema de la historia, y en la utilización de términos poco sofisticados.

Matemáticas. Las matemáticas incluyen varios aspectos de estudio: aritmética, álgebra, geometría, probabilidad, estadística, etc., de las cuales los números, sus relaciones, el cálculo y la lógica son básicos. Sin embargo en el cerebro, las habilidades necesarias para desarrollarlas cuentan con localizaciones distintas, lo que implica que mientras alguien puede ser bueno para las operaciones aritméticas, no necesariamente lo será para resolver problemas y viceversa.

Además, “las matemáticas requieren del desarrollo de otras capacidades que no precisamente están vinculadas a las áreas cerebrales, mismas que por tanto se encuentran localizadas en varias partes del cerebro. Dichas habilidades son: perceptivas, de memoria y de atención, incluidas las funciones ejecutivas y el razonamiento lógico; además se utilizan también procesos construidos previamente como lo es la lateralidad, el esquema corporal, la ubicación espacial, entre otras” (Frade, 2006, p 239).

El desarrollo de las matemáticas como tal implica considerar todas las partes del cerebro que al estar involucradas y articuladas pueden alcanzar mejores resultados. No basta con la resolución de problemas, es necesario el cálculo y viceversa. Cuando se es niño(a) y no aprende a hacer cálculos aritméticos se le llama discalculia. Si esto sucede

puede obedecer a varias dificultades en el desarrollo de las habilidades por lo que hay que desarrollarlas de manera gradual mediante ejercicios que sean significativos, que les gusten y utilizando materiales manipulativos.

En el caso de los(as) niños(as) con TDAH, las dificultades principales se presentan en lo siguiente (Mena, 2006):

*No observan los detalles de los procedimientos, esto puede traer como consecuencia que volteen los números parecidos como el 6 y el 9, o que se salten pasos en los procesos y los resultados de las operaciones no les salgan bien.

*Tienen dificultades en la organización de la página, no saben en qué parte del problema concentrarse, qué va primero y qué va después.

*No escriben las cosas en el orden que corresponde.

*No monitorean su trabajo, no lo evalúan, no te pueden decir en qué está mal.

*En los(as) niños(as) con TDAH, los errores generalmente se dan por descuido, porque hacen las cosas o contestan sin fijarse, no usan estrategias de planificación, o sea, no observan qué hacen primero y qué hacen después; aunque entienden lo que tienen que hacer, el resultado les sale mal; sus cálculos son imprecisos, resuelven los procesos un día pero al siguiente se les olvidan.

*Las tareas de matemáticas pueden ser un suplicio, por lo que las evaden, no las terminan, porque les cuestan más tiempo que a los(las) demás niños(as), lo que les da frustración.

*La presión les afecta, un examen con tiempo limitado puede provocar que se comporten de manera no adecuada, o bien que no puedan acordarse de nada aunque hayan estudiado.

En este contexto, las personas que padecen TDAH presentarán dificultades para apropiarse de los contenidos matemáticos. En algunos casos, basta con ubicar en qué momento del proceso está el error, en qué detalle, en qué parte del procedimiento, para superarlo. En otros, es necesario contar con estrategias más especializadas que permitan apoyar al(a) alumno(a) para salir adelante.

Las dificultades cognitivas asociadas al TDAH interfieren de distintas maneras en el aprendizaje de las matemáticas. El aprendizaje de la numeración y del cálculo mental,

al depender de procedimientos de repetición de asociaciones, exige control e implicación activa del aprendiz para mantener la información en la memoria. Por desgracia, conseguir los niveles de activación que conlleva la repetición es difícil para los(as) niños(as) hiperactivos(as).

Por otra parte, la realización de operaciones matemáticas además de atención exige un monitoreo continuado, una habilidad estrechamente ligada al sistema ejecutivo. Desafortunadamente, la impulsividad característica de estos(as) niños(as) les lleva a menudo a cometer errores en las operaciones debidos generalmente a la precipitación: no analizan un signo, a mitad de operación cambian el algoritmo de la suma por el de la resta, o restan el número mayor del menor sin considerar si corresponde al sustraendo, etc.

Por último, además de recursos atencionales, la resolución de problemas implica procesos de alto nivel así como un adecuado funcionamiento ejecutivo (identificar cuáles son los datos relevantes, qué se pregunta, cuáles son los pasos a seguir en la solución del problema, etc.), aspectos deficitarios en los(as) niños(as) con TDAH. Por consiguiente, los(as) niños(as) hiperactivos(as) suelen responder al problema antes de leerlo, e incluso cuando lo leen no pueden recordar lo que se les pregunta y no aplican una estrategia organizada para resolverlo.

Como se analiza en los capítulos anteriores el TDAH puede ser considerado como una discapacidad invisible, lo que dificulta su identificación y aceptación y por consecuencia la integración del(a) niño(a) que lo padece al aula regular. El TDAH no es un síndrome nuevo fue descrito por primera vez por un médico alemán llamado Henrich Hoffman en 1954, desde entonces, muchos autores han descrito este síndrome que aparece en la infancia y el cual suele ser más común entre los varones (Van-Wielink, 2003).

Actualmente, según lo establece el DSM-IV (APA, 1994) la característica esencial del TDAH es un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Existen diferentes hipótesis que se han estudiado con el fin de hallar y explicar las causas del trastorno, sin embargo todas quedan como teorías que aún están en discusión, muchas de ellas con fundamento teórico y otras cuyas explicaciones no se han podido comprobar con claridad científica.

Los(as) niños(as) con TDAH presentan dificultades en las áreas personal, social, familiar y sobre todo académica (Van-Wielink, 2003): se trata de que al docente se le proporcionen la información necesaria para que pueda identificar y canalizar, en caso de que él(la) alumno(a) tenga TDAH dentro del aula. Se insiste en que si él(la) docente tiene información detallada y especializada sobre este padecimiento puede realizar un diagnóstico en equipo colaborativamente con especialistas y familia.

En el siguiente capítulo se detalla el método, tipo de estudio, sujeto y procedimiento que se utilizó.

CAPÍTULO 3. MÉTODO

- ✓ Diseñar, aplicar y evaluar un taller que apoye a los(as) docentes de nivel primaria con la información básica para identificar las principales características, en niños(as) con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad TDAH.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar la información que poseen los(as) docentes de nivel primaria acerca del TDAH a través de la aplicación de un pretest.
- ✓ Diseñar un taller que fortalezca a los(as) docentes con la información necesaria para la identificación de las principales características del TDAH.
- ✓ Aplicar el taller para la adecuada y oportuna canalización de niños(as) con posible TDAH.
- ✓ Valorar los resultados obtenidos en el taller, a través de un postest.

3.1 TIPO DE ESTUDIO.

El presente estudio fue considerado como cuasi experimental descriptivo ya que no hubo control de la asignación de los sujetos y sólo se controló cuándo aplicar el instrumento, cuándo realizar las observaciones, y el control de la variable independiente la cual fue la información sobre TDAH (Buendía, 1998).

Por medio de la aplicación de un cuestionario de conocimientos (exploración) a docentes acerca del TDAH, en dos escuelas (Escuela 1, colonia Santa Isabel Tola y Escuela 2, colonia Lindavista, se identificaron las necesidades de información de los(las) docentes y se diseñó un taller para fortalecer la identificación de niños(as) con necesidades educativas especiales, asociadas a TDAH, subsiguientemente se aplicó y evaluó su impacto a partir de un postest.

3.2 SUJETOS.

23 docentes que trabajan en dos escuelas primarias de la Delegación Gustavo A. Madero, cuyas edades se encuentran entre los 25 y los 58 años de edad.

3.3 ESCENARIO

Se eligieron dos escuelas primarias de la delegación Gustavo A. Madero, considerando como referencia los datos obtenidos en la Agenda Estadística del Gobierno del Distrito Federal (2000) y tomando en cuenta que de las 3420 escuelas públicas del DF, la delegación Gustavo A. Madero ocupa el 2° lugar en número de escuelas públicas con 556, así como de mayor concentración de la población. Por lo tanto el taller beneficiaría a una mayor población.

3.4 INSTRUMENTO

Cuestionario de conocimientos sobre TDAH (Anexo 1), dirigido a docentes de nivel primaria, conformado por 25 preguntas dividido en 5 categorías, que permite identificar las necesidades de información que tenían los(as) docentes. A continuación se mencionan las categorías:

- INFORMACIÓN SOBRE EL TRASTORNO. Dentro de este apartado se incluyen cinco preguntas referentes a lo que es el TDAH.
- INFORMACIÓN TRATAMIENTO. Dentro de este apartado se incluyen seis preguntas enfocadas a información relacionada con el tratamiento que se le da a un(a) niño(a) con TDAH.
- INFORMACIÓN SOBRE EL COMPORTAMIENTO. Dentro de este apartado se incluyen cinco preguntas que engloban características acerca del comportamiento del(a) niño(a) con TDAH.
- INFORMACIÓN SOBRE LA IDENTIFICACIÓN DE CARACTERÍSTICAS. Dentro de este apartado se incluyen cuatro preguntas referentes a la identificación del síndrome; A través de esta categoría se orienta sobre las medidas empleadas por los(as) docentes ante un problema de TDAH en sus alumnos(as).
- INFORMACIÓN SOBRE LAS DIFICULTADES DE APRENDIZAJE. Dentro de este apartado se incluyen cinco preguntas referentes a las dificultades de aprendizaje que puede ocasionar este síndrome. Esta categoría ubica acerca del conocimiento que los(as) docentes tienen sobre las dificultades que un(a) niño(a) con TDAH puede presentar dentro de su aprendizaje y así poder diferenciarlas de otras dificultades.

La finalidad de dicho cuestionario fue la obtención de evidencia que oriente acerca de la información y habilidades que los(as) docentes de nivel primaria poseen sobre el TDAH: el cuestionario fue empleado como un pretest y posttest y, en base a la información recolectada en el pretest, se elaboró un taller de capacitación para auxiliar en la identificación de niños(as) con probable TDAH.

Una vez elaborado el instrumento se determinó obtener la validez y confiabilidad. Para detectar la validez de contenido del instrumento (Donald, 1990) se sugiere identificar qué tanto los ítems están relacionados con los conocimientos que tienen los (las) docentes en función de las áreas.

La validez de contenido no puede expresarse en términos de un índice numérico, está basada esencialmente en la necesidad del discernimiento y debe formularse un juicio independiente en cada situación. Esto requiere un examen cuidadoso y crítico de los reactivos conforme se relacionen con el área específica de contenido. Por lo tanto fue necesario juzgar si el contenido y los objetivos medidos por la prueba eran representativos de aquellos que integran el dominio del contenido (Donal, 1990).

Con objeto de alcanzar una validez de contenido se consultó a expertos en la materia, para que analizaran sistemáticamente el contenido y evaluaran su conexión con el universo: si ellos(as) opinaban que los reactivos representaban adecuadamente al contenido se determinaba que el instrumento posee validez. El instrumento se entregó a 7 expertos (todas ellas mujeres) que laboraban en diversas instituciones como son la Universidad Pedagógica Nacional, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Nacional de Comunicación Humana y la Fundación Cultural Federico Hoth, para que lo evaluaran y determinarán si posee o no validez de contenido. De acuerdo a los comentarios hechos por las expertas se decidió realizar los siguientes cambios en el cuestionario:

El comentario de las expertas fue que en las pregunta 3, el inciso c, cambiara de "irritabilidad ante sus compañeros, por "Ser más capaces escolarmente"; y que en las preguntas 7, 10 y 13 se revisara la ortografía, así también que las preguntas 8, 9, 10, 15, 17 y 18 eran muy especializadas y los(las) docentes pueden no ser expertos(as), sin embargo: se decidió incluirlas ya que son aspectos importantes relacionados con el TDAH, esperando que una vez concluido el taller, los(las) docentes puedan dar respuesta a estos cuestionamientos.

Para determinar la confiabilidad del instrumento se decidió emplear el Modelo ALPHA (α): fue necesario determinar cinco opciones (No sabe desconoce, es una tontería, es correcto, es correcto e incorrecto, no contesto) y proceder a una codificación de las respuestas: Nadelsticher (1983) sugiere que se cierre el cuestionario y que se clasifique en cinco consideraciones relacionadas con una opción, primero se identificó que opción contestó y después se ubicó en las categorías. A continuación se describe la forma de cómo se codificaron las respuestas que los(las) docentes anotaron en el instrumento.

1	D	No sabe, desconoce
2	A	Es una tontería
3	B	Es correcto
4	C	Es correcto e incorrecto
5	E	No contesto

Una vez aplicado el pretest las respuestas de los(as) docentes se colocaron en una hoja de datos y se hicieron los cálculos que el modelo requiere: se cálculo el α de Cronbach (este es el coeficiente de confiabilidad más utilizado por los investigadores). Según (Nadelsticher, 1983, p.63), el resultado de la confiabilidad debe ser lo más cercano a uno. A continuación se detalla la siguiente ecuación:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{S_i}{ST} \right)$$

Donde:

K = número de ítems

S_i = la varianza dl instrumento el instrumento del ítem

ST = la varianza de la suma de los K ítems

Sustituyendo de acuerdo a nuestros resultados:

K= 27 ítems

$S_i = 5.81$

ST = 43.01

$$\alpha = \frac{27}{(27-1)} \left(1 - \frac{5.81}{43.01} \right)$$

$$\alpha = \frac{27}{26} (1 - 0.1350)$$

$$\alpha = 1.0384 (0.86492)$$

$$\alpha = 0.8981$$

En este caso la confiabilidad del instrumento fue considerada alta, ya que al obtener un índice de 0.8981 se cumplió con los criterios establecidos por (Nadelsticher, 1983) y (Donal y Cheser, 1990) en los que se menciona que para que un instrumento se considere confiable es necesario que el índice de confiabilidad se encuentre lo más cercano a uno, teniendo un rango aceptable de 0.75 a 1.

De acuerdo al análisis de los ítems realizado dentro del proceso de confiabilidad se encontraron los siguientes datos:

- El ítem 10 presentó un *índice de discriminación* (ID) igual a 0.22, lo cual significa que se ubicó por debajo de lo establecido ya que el ID debe de ser mayor o igual a 0.40 (Naldesticher, 1983).
- También dentro de este ítem encontramos que el *índice de dificultad* (DIF) fue de 0.15, lo cual significa que el ítem es muy difícil, y de acuerdo a los criterios que establece (Naldesticher, 1983), entre más cercano a 0 sea el índice, más difícil es; estableciendo un rango de 0.20 a 0.80 como aceptable y 0.50 como ideal, y entre más cercano a 1 sea el índice, más fácil será el ítem.
- El ítem 15 presentó un ID de 0, por lo que se pudo decir que el ítem no es discriminatorio.
- El ítem 17 presentó un ID de 0.22 y un DIF de 0.18, lo que significó que el ítem no fue discriminatorio y fue muy complicado para responder.
- El ítem 18 al igual que el ítem anterior presentó un ID de 0.22 y un DIF de 0.18, lo que significó que no fue discriminatorio y es muy difícil.
- El ítem 25 presentó un ID de 0.33 lo que significó que este ítem no es discriminatorio.

Tomando en cuenta lo anterior se decidió eliminar los ítems 15 y 18, ya que resultaron ser demasiado confusos, con un alto grado de dificultad; se modificaron los ítems 10 y 25, se decidió no eliminarlos ya que cuestionan sobre temáticas de suma importancia la investigación.

3.5 PROCEDIMIENTO

Para la elaboración y aplicación del taller, se llevaron a cabo las siguientes fases:

Fase 1. Elaboración del instrumento, es un cuestionario que consta de 25 preguntas divididas en 5 categorías: (trastorno, tratamiento, comportamiento, identificación y dificultades de aprendizaje) dicho instrumento permite identificar las necesidades de información por categoría, que requieren los(las) docentes. Una vez elaborado se determinó obtener la validez de contenido y la confiabilidad del mismo en donde se decidió emplear el Modelo ALPHA (α) y que comprobó que la confiabilidad del instrumento es considerada alta con un índice de 0.8981.

Fase 2. Aplicación del Pretest, a partir de la aplicación del pretest en ambas escuelas se vació toda la información obtenida y se realizó un cuadro con el objetivo de llevar a cabo un diagnóstico en el cual se identifican sujetos, ítems con información adecuada y dificultad o falta de información: cada dificultad fue relacionada con la categoría en la que los(las) docentes requieren mayor información y conocimientos.

Fase 3. Elaboración y aplicación del taller, la fase 2 se retomó para la elaboración del taller ya que con base a los resultados arrojados, se identificó en ambas escuelas un especial interés en obtener mayor información en la categoría de tratamiento, y no solamente con los resultados del pretest, sino también a través de sus comentarios que expresaron su preocupación por saber cómo debe ser el manejo en el aula de un(a) niño(a) con TDAH. Es por ello que se decidió elaborar el taller para que se apoye al docente con más información para realizar una adecuada y oportuna canalización. Dicho taller se integra por siete sesiones de trabajo de dos horas de duración cada una, una vez por mes dentro de la junta de Consejo Técnico, en estas se llevan a cabo actividades de tipo vivencial y actividades de análisis y reflexión de información.

Fase 4. Aplicación del Postest. Una vez concluidas las siete sesiones del taller, se llevó a cabo la aplicación del postest el cual de acuerdo con los datos obtenidos en ambas escuelas se observó una disminución de dificultades o falta de información cometidos en el pretest-postest, principalmente en las categorías de tratamiento, trastorno y dificultades de aprendizaje, en dichas categorías ambas escuelas coincidieron, primeramente en la aplicación del pretest al ser estas categorías en las que se requería mayor información, y posteriormente en la aplicación del postest coincidieron en disminuir significativamente el número de dificultades cometidas referentes a estas categorías.

En el siguiente capítulo se detalla el diagnóstico de necesidades de información, para que se determine las áreas de contenido que serán atendidas en el taller que se diseñe.

CAPÍTULO 4. DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES DE INFORMACIÓN

A partir de la aplicación del pretest, en cada escuela se realizó un cuadro en el cual se identifican sujetos, ítems con información adecuada e ítems con dificultad o falta de información: estos últimos fueron relacionados con el área de información (Trastorno, Tratamiento, Comportamiento, Identificación de características y Dificultades de Aprendizaje) e indican en qué área los(las) docentes requieren de mayor indagación y conocimientos. Estas áreas fueron retomadas para el diseño del taller. A continuación se muestran los resultados del pretest:

ESCUELA PRIMARIA “1”

De acuerdo a los datos obtenidos en la aplicación del pretest y al análisis posterior de estos se encontró lo siguiente:

TABLA 1 “CLASIFICACIÓN DE ÍTEMS CON DIFICULTAD O FALTA DE INFORMACION EN EL PRETEST ESCUELA 1”

SUJETO	ITEM CON INF. ADECUADA	ITEM CON DIFICULTAD O FALTA DE INFORMACION	AREA				
			T	TR	C	I	DA
1	22	3	1	2	0	0	0
2	23	2	0	1	0	0	1
3	20	5	2	3	0	0	0
4	18	7	1	1	0	0	5
5	21	4	2	1	0	1	0
6	17	8	1	1	1	1	4
7	18	7	1	3	0	1	2
8	10	15	4	5	3	0	3
9	19	6	3	1	0	0	2
10	13	11	3	3	0	1	4
11	19	6	1	3	0	1	1
12	19	6	2	2	0	1	1
Total			21	26	4	6	23

La tabla 1 “CLASIFICACIÓN DE DIFICULTAD DE INFORMACION EN EL PRETEST ESCUELA 1”, muestra los datos obtenidos en la aplicación del pretest, en la que se cuantifican el número de dificultades o falta de información obtenidos en cada categoría por cada sujeto. En la primera columna se observa el número de sujeto, en la segunda el número de ítems que cada uno de los sujetos respondió con información adecuada; en la tercer columna se relaciona con los ítems que cada uno de los sujetos posee con falta de información adecuada y en la columna de área, de los ítems en los

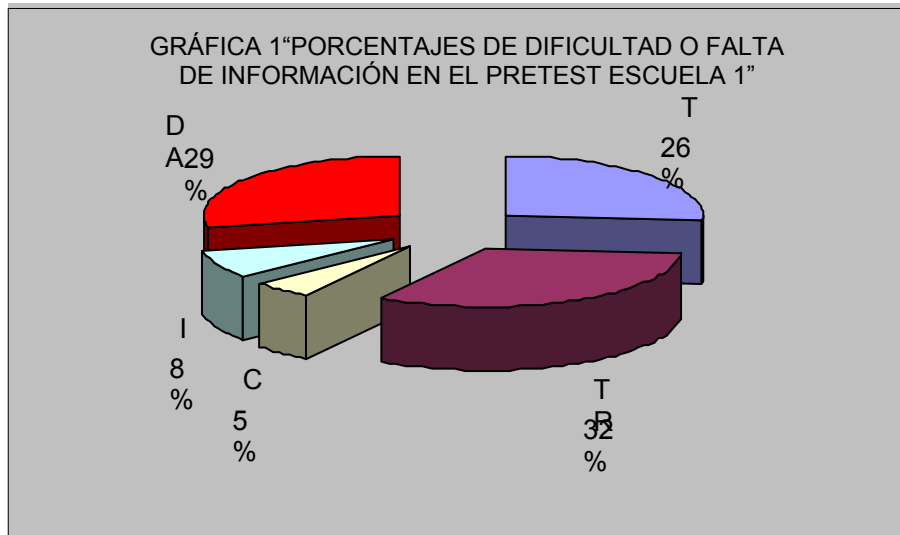
que presentaron falta de información se relacionan con el categoría a la cual pertenece dicha dificultad.

Así se observa en la tabla que por ejemplo:

- El sujeto 1 obtuvo un total de 22 ítems con información adecuada y 3 ítems con dificultad o falta de información de los cuales, 1 corresponde a la categoría de trastorno y 2 a la de tratamiento.
- El sujeto 2 obtuvo 23 ítems con información adecuada y 2 ítems con dificultad o falta de información de los cuales, 1 corresponde a la categoría de tratamiento y 1 a la de dificultades de aprendizaje.
- El sujeto 3 obtuvo 20 ítems con información adecuada y 5 ítems con dificultad o falta de información, de los cuales 2 corresponden a la categoría de trastorno, 3 a la de tratamiento.
- El sujeto 8 obtuvo 10 ítems con información adecuada y 15 ítems con dificultad o falta de información de los cuales 4 corresponden a la categoría de trastorno, 5 a la de tratamiento, 3 a la de comportamiento y 3 a la de dificultades de aprendizaje.

De acuerdo con los datos de la tabla 1 “CLASIFICACIÓN DE DIFICULTAD DE INFORMACION EN EL PRETEST ESCUELA 1” se calculó la media de ítems con información adecuada y de ítems con dificultades o falta de información por sujeto y dio por resultado $18.25=18$ ítems con información adecuada y $6.68=7$ ítems con dificultades o falta de información por sujeto en la aplicación del pretest.

La gráfica 1 “PORCENTAJES DE DIFICULTAD O FALTA DE INFORMACIÓN EN EL PRETEST ESCUELA 1”, representa a manera de porcentajes la cantidad de ítems con dificultad o falta de información cometidos en cada una de las categorías por cada sujeto, en la aplicación del pretest.



En dicha gráfica se puede observar que el 32% de los ítems con dificultad o falta de información cometidos en el pretest corresponden a la categoría de tratamiento, 29% a la categoría de Dificultades de Aprendizaje, 26% a la categoría de identificación y 5% a la categoría de comportamiento.

De acuerdo a los datos arriba mencionados se puede decir que se identificó que en la escuela 1 los(as) docentes de ésta tenían una idea general de lo que es el TDAH, a pesar de esto se consideró pertinente reafirmar dicha información, así también poseían poca información acerca de las dificultades de aprendizaje y el área en la cual requieren una mayor información es la de tratamiento, ya que fue en la que se presentó una mayor cantidad de ítems con dificultad o falta de información, seguida de la de dificultades de aprendizaje.

ESCUELA PRIMARIA "2"

De acuerdo a los datos obtenidos en la aplicación del pretest y al análisis posterior de estos se encontró lo siguiente:

TABLA 2 “CLASIFICACIÓN DE ÍTEMS CON DIFICULTAD O FALTA DE INFORMACIÓN DEL PRETEST ESCUELA 2”

SUJETO	ÍTEMS CON INFORMACIÓN ADECUADA	ÍTEMS CON DIFICULTAD O FALTA DE INFORMACIÓN	AREA				
			T	TR	C	I	DA
1	19	6	0	3	2	0	1
2	19	6	1	2	1	0	2
3	20	5	1	1	1	0	2
4	20	6	1	3	0	1	1
5	23	2	0	1	0	0	1
6	23	2	0	0	1	0	1
7	22	3	0	2	0	0	1
8	18	7	3	4	0	0	0
9	17	8	1	4	1	1	1
10	16	9	3	3	1	1	1
11	16	9	2	5	0	1	1
Total			12	28	7	4	12

En la TABLA 2 “CLASIFICACIÓN DE ÍTEMS CON DIFICULTAD O FALTA DE INFORMACIÓN DEL PRETEST ESCUELA 2”, se pueden observar los resultados de la aplicación del pretest, en la cual se cuantifican el número de ítems con dificultad o falta de información obtenidos en cada categoría de análisis por cada sujeto. En la primera columna se observa el número de sujeto, en la segunda el número de ítems que cada uno de los sujetos respondió con información adecuada; en la tercer columna se relaciona con los ítems que cada uno de los sujetos posee con falta de información adecuada y en la columna de área, de los ítems en los que presentaron falta de información se relacionan con el categoría a la cual pertenece dicha dificultad.

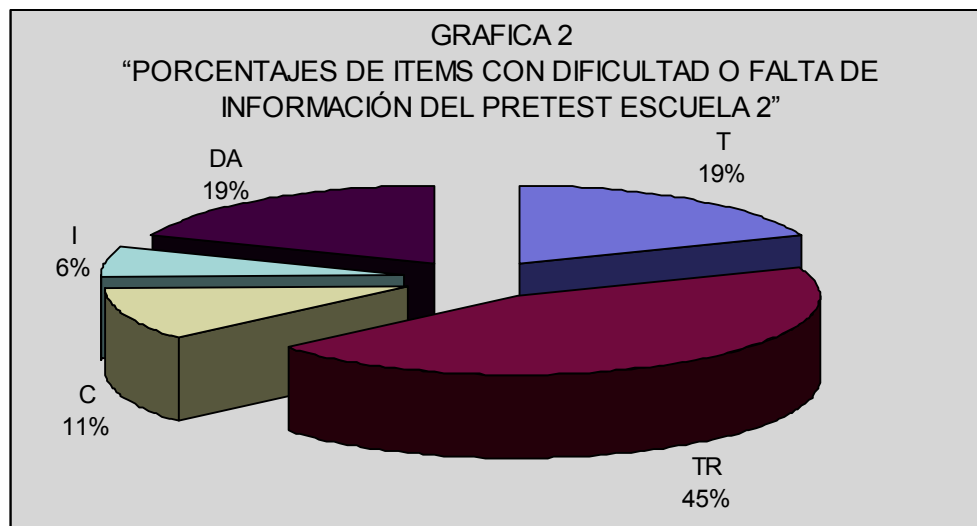
Así se observa por ejemplo que:

- El sujeto 1 obtuvo un total de 19 ítems con información adecuada y 6 ítems con dificultad o falta de información de los cuales 3 corresponden a la categoría de trastorno, 2 a la categoría de comportamiento y 1 a la categoría de dificultades de aprendizaje.
- El sujeto 2 obtuvo un total de 19 ítems con información adecuada y 6 ítems con dificultad o falta de información de los cuales 1 corresponde a la categoría de trastorno, 2 a la categoría de tratamiento, 1 a la categoría comportamiento y 2 a la categoría de dificultades de aprendizaje.

- El sujeto 6 obtuvo un total de 23 ítems con información adecuada y 2 ítems con dificultad o falta de información de los cuales 1 corresponde a la categoría de comportamiento y 1 a la categoría de dificultades de aprendizaje.
- El sujeto 8 obtuvo un total de 18 ítems con información adecuada y 7 ítems con dificultad o falta de información de los cuales 3 corresponden a la categoría de trastorno y 4 a la categoría de tratamiento.
- El sujeto 10 obtuvo un total de 16 ítems con información adecuada y 9 ítems con dificultad o falta de información de los cuales 3 corresponden a la categoría de trastorno, 3 a la categoría de tratamiento, 1 a la categoría de comportamiento, 1 a la categoría de identificación y 1 a la categoría de dificultades de aprendizaje.

Así de acuerdo a los datos obtenidos en la TABLA 2 “CLASIFICACIÓN DE ÍTEMS CON DIFICULTAD O FALTA DE INFORMACIÓN DEL PRETEST ESCUELA 2” se calculó la media de ítems con información adecuada y ítems con dificultad o falta de información por sujeto y dió por resultado $19.36=19$ ítems con información adecuada y $5.72=6$ ítems con dificultad o falta de información por sujeto en la aplicación del pretest.

Por consiguiente en la GRÁFICA 2 “PORCENTAJES DE ÍTEMS CON DIFICULTAD O FALTA DE INFORMACIÓN DEL PRETEST ESCUELA 2” se representa a manera de porcentajes la cantidad de ítems con dificultad o falta de información cometidos en cada una de las categorías por cada sujeto, en la aplicación del pretest.



En dicha gráfica se puede observar que el 45% de los ítems con dificultad o falta de información cometidos en el pretest corresponden a la categoría de tratamiento, el 19% corresponde a las categorías de trastorno y dificultades de aprendizaje, el 11% a la categoría de comportamiento y el 6% a la categoría de identificación.

De acuerdo con esta información se identificó que dentro de esta escuela los(as) docentes, tenían una idea general sobre el comportamiento y las dificultades de aprendizaje que un(a) niño(a) con TDAH presenta: se consideró necesario reafirmar dicha información y poner énfasis en las áreas de tratamiento y trastorno, ya que fue en donde se identificó que poseían poca información, de acuerdo a los resultados arrojados en el pretest.

Con base en la información antes descrita, se identificó en las dos escuelas un especial interés en el área de tratamiento, ya que los(las) docentes además de reflejarlo en los resultados, fue a través de sus comentarios que expresaron su preocupación por saber cómo debe de ser el manejo en el aula de un(a) niño(a) con TDAH: se trata de que con el taller se apoye al docente en la identificación del TDAH, con más información sobre el tema y pueda realizar una adecuada y oportuna canalización, y un trabajo en equipo colaborativo con los(as) especialistas.

A continuación en el siguiente capítulo se detallan los contenidos y descripción del taller. Se reitera que el mismo, tuvo como propósito promover la reflexión a la información para que puedan los(as) docentes canalizar adecuada y oportunamente a los(as) niños(as) con probable TDAH ya que de ello depende que se les brinde la ayuda necesaria sin hacer uso de etiquetas que a la larga los(las) pudieran dañar más.

En el siguiente apartado se describe el contenido de las sesiones del taller.

4.1 CONTENIDO DEL TALLER Y DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES

PRESENTACIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad se traduce en una pobre calidad de vida para quien lo padece y para quienes lo rodean si no son detectados y atendidos a tiempo y propiamente.

Por estas razones resulta indispensable realizar un taller, para poder presentar alternativas viables que mejoren la calidad de vida tanto de las personas que lo padecen como de sus familiares. Al igual que muchos trastornos de salud no sólo se puede aprender a vivir con esta enfermedad; sino que además se puede tomar ventaja, se puede superar, construyendo habilidades que fortalezcan los lazos de unión tanto en la escuela como en la familia.

INTRODUCCIÓN

El tener un padecimiento como el TDAH, implica demasiada carga emocional y social para quien lo padece y más aún cuando se trata de un(a) niño(a) en edad escolar que se comporta de forma impulsiva, actúa antes de pensar, tiene dificultades para concentrarse en una sola actividad y cambia de una tarea a otra constantemente. Todos estos aspectos le pueden llevar a conflictos con sus padres, madres, profesores(as) y compañeros(as) repercutiendo directa e indirectamente sobre su rendimiento escolar.

Es por ello que en respuesta a la necesidad de obtener más información y apoyo a los(las) docentes de nivel primaria para la oportuna y adecuada identificación del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, como una estrategia institucional, se desarrolla el presente taller.

Este taller tiene como propósito dar a conocer a los(las) docentes la información básica y necesaria para que les sea más fácil poder llevar a cabo una adecuada y oportuna identificación y canalización del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad .

Este documento está organizado en dos capítulos: en el primer capítulo se presenta la descripción del taller y su organización, en el segundo capítulo se desarrollan los

contenidos de cada una de las siete sesiones de trabajo. También se encontrarán las referencias de las lecturas de apoyo, un glosario (anexo 5), y los materiales complementarios.

DESCRIPCIÓN DEL TALLER

El presente taller está enfocado a llevar a cabo un proceso de reflexión e información, acerca de los puntos más relevantes que ayuden a identificar y canalizar adecuada y oportunamente a niños(as) con probable Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad ya que de ello depende que se le brinde la ayuda necesaria sin llegar a perjudicarlo(a) y sobre todo sin hacer uso de etiquetas que a la larga los(as) pueden dañar más.

El taller se integra por siete sesiones de trabajo de dos horas de duración cada una, en estas se llevan a cabo actividades de tipo vivencial y actividades de análisis y reflexión de información proporcionada por él(la) facilitador(a).

1. Objetivo del taller

- ◆ Proporcionar a los(as) docentes la información básica acerca del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, para que puedan identificar adecuada y oportunamente, así como canalizar a un(a) niño(a) que padezca dicho trastorno.

2. Etapas del taller

La dinámica grupal que se sigue se puede dividir en cuatro etapas:

- a) Etapa de selección y aplicación del pretest. Una vez que se eligen las escuelas primarias, los(as) docentes de cada una de ellas deberán resolver un cuestionario (pretest), con el fin de conocer la información que poseen, pero también en la que se necesita poner mayor énfasis. (Ver anexo 1).
- b) Etapa de desarrollo y planeación del taller.
En esta etapa él(la) facilitador(a) se debe apropiarse de los conceptos que van a transmitir a los(as) docentes y preparar las actividades que se van a llevar a cabo.

- c) Etapa de operación. Establecimiento del procedimiento que habrá de seguirse para cada actividad diaria.

Para una adecuada operación del taller, es necesario que antes de iniciar cada sesión él(la) facilitador(a):

- ◆ Revise los objetivos de la sesión.
- ◆ Prepare la dinámica.
- ◆ Elabore el resumen introductorio o conclusiones del día anterior.
- ◆ Coloque el equipo en su lugar y pruebe su funcionamiento.

Es importante respetar los tiempos asignados a cada actividad para evitar fatiga y respetar el tiempo de los participantes.

- d) Etapa de evaluación. Se realizará un análisis de lo ocurrido durante el taller respondiendo a preguntas como: ¿Se lograron los objetivos de cada día? ¿Qué actividades facilitaron el logro de estos objetivos y cuáles no? ¿Por qué?

La evaluación final servirá para mostrar las fortalezas y debilidades del proceso de capacitación y determinar modificaciones que sería conveniente efectuar para su realización en el futuro.

4. Él(la) facilitador(a)

Él(la) facilitador(a) utilizarán su propia iniciativa y creatividad: en caso necesario, se podrán sustituir algunos aspectos, especialmente si se considera que éstos permitirán una mejor adaptación del taller a las necesidades de los(las) docentes.

Así mismo, es recomendable que él(la) facilitador(a), en cuanto a su propio desempeño, considere algunos aspectos generales que pueden facilitar el éxito del taller, tales como los que se presentan a continuación:

- a) El retrato de él(la) facilitador(a):

Él(la) facilitador(a) debe ser flexible, asertivo(a), confiable, interprete, líder, informante, tener un trato adecuado con los(as) participantes, activo(a), didáctico(a), organizado(a) y receptivo(a).

b) Papel de él(la) facilitador (a)

Él(la) facilitador(a) deben ser personas familiarizadas con la situación que están presentando a los(as) docentes. A si mismo, conocerán el contenido de esta guía, lo cual les permitirá vivir y experimentar el papel de participante y comprender mejor sus inquietudes. Además, tendrá la responsabilidad de asegurar que el taller alcance los objetivos planeados, para lo cual, ofrecerá el mayor apoyo posible a los miembros del grupo, para que sean participativos.

c) Funciones de él(la) facilitador(a)

Durante el desarrollo del taller, él(la) facilitador(a) tendrá las siguientes funciones:

- ◆ Crear una atmósfera confortable y relajada. Animar a lograr discusiones libres y fluidas.
- ◆ Motivar a los participantes para que decidan explorar nuevas alternativas. Él(la) facilitador(a) debe promover en los(las) docentes la reflexión, para facilitar su sensibilización; la apropiación de los conceptos y nuevas opciones presentadas en el taller, a partir de la consideración de sus propias necesidades.
- ◆ Estimular en los(as) docentes el auto – análisis de ideas y conceptos aprendidos previamente. Para lograr una participación importante y que enriquezca al grupo, es necesario que los(las) docentes no sientan que son juzgados(as) por sus respuestas como “buenas”, “malas” o “erróneas”. Si esto se logra, los(as) docentes estarán mejor dispuestos(as) a compartir sus ideas, sentimientos y experiencias con los (las) demás, en beneficio de todo el grupo.
- ◆ Propiciar que todos(as) los(las) miembros del grupo participen. Con amabilidad y firmeza, él(la) facilitador(a) da inicio y fin a las discusiones. Asimismo, se asegura de que todos los(as) participantes tengan la oportunidad de hablar y expresarse, para que ninguna persona sea marginada del grupo.
- ◆ Asegurar su postura de facilitador(a) y eliminar la de maestro(a) tradicional. Es necesario que él(la) facilitador(a) adopte una postura de asesor(a) para que las personas construyan su propio proceso de aprendizaje de acuerdo con las experiencias que vivirán en el taller, en lugar de proporcionarles la información dictada, ya que esto podría ocasionar que los(as) docentes adoptarán una actitud pasiva, de simples receptores.
- ◆ Asegurar una comunicación abierta. Él(la) facilitador(a) habrá de animar a los(as) participantes a compartir información y experiencias, para favorecer la

retroalimentación entre los(as) docentes, sobre el contenido de los materiales y las actividades realizadas.

- ◆ Crear un clima informal. Un ambiente de alegría facilitará el proceso de compartir y en consecuencia de aprender unos(as) de otros(as).
- ◆ Contar con una metodología variada. Así, él(la) facilitador(a) logrará un aprendizaje a través de ver, hacer, experimentar, y no exclusivamente de escuchar.
- ◆ Lograr una participación activa. A partir de la consideración de que todas las aportaciones de los(as) participantes son igualmente importantes y todas las opiniones pueden ser valiosas fuentes de enseñanza, se facilita el aprendizaje y se favorece el desarrollo de las actividades de forma participativa.

A continuación se detalla la descripción de las sesiones.

4.2 DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES

SESIÓN I: PRESENTACIÓN Y ENCUADRE

ACTIVIDAD	TEMA	ESTRATEGIA	MATERIAL	TIEMPO
ACTIVIDAD 1	<ul style="list-style-type: none"> BIENVENIDA 	EXPOSICIÓN		15'
ACTIVIDAD 2 INTRODUCCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> OBJETIVOS GENERALES DEL TALLER ESQUEMA DE TRABAJO 	EXPOSICIÓN	DIAPOSITIVAS HOJAS DE ROTAFOLIO Y PLUMONES	20'
ACTIVIDAD 3 PRESENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> PRESENTACIÓN DE LOS PARTICIPANTES 	EXPOSICIÓN Y PARTICIPACION DOCENTE	ETIQUETAS ADHERIBLES	30'
ACTIVIDAD 4 DISCAPACIDAD	<ul style="list-style-type: none"> CONCEPTO DE DISCAPACIDAD 	EXPOSICIÓN Y PARTICIPACION DOCENTE	FOTOCOPIAS DE LA LECTURA (1) DIAPOSITIVAS	40'
ACTIVIDAD 5 CONCLUSIÓN	<ul style="list-style-type: none"> "MI CONCLUSIÓN DE HOY" 	PARTICIPACION DOCENTE	HOJAS BLANCAS	20'

SESIÓN I: PRESENTACIÓN Y ENCUADRE

Objetivos: Explicitar las demandas que ambas escuelas primarias requieren, de acuerdo a los resultados obtenidos del pretest.

Dar a conocer el encuadre que normará el funcionamiento del taller.

Actividad 1. Bienvenida (Tiempo 15 minutos)

Dar la bienvenida al grupo de manera cordial y agradecer el esfuerzo que los(las) docentes hacen para participar en este taller. Así mismo la presentación de él(la) facilitador(a).

Actividad 2. Encuadre (Tiempo 20 minutos)

Explicitar los objetivos generales del taller.

- Diseñar, aplicar y evaluar un taller que apoye al(a) docente de nivel primaria con la información básica para identificar las principales características, en niños(as) con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad TDAH.

Esquemas de trabajo:

Llevar a cabo siete sesiones de dos horas generalmente y éstas se podrán realizar de preferencia el último viernes de cada mes, en la Junta de Consejo Técnico de las escuelas primarias.

El lugar será un salón amplio con sillas colocadas de manera libre. Para que el taller tenga resultados satisfactorios, pedir una asistencia regular con el fin de no alterar el proceso grupal, además de su puntualidad en las mismas.

Solicitar a los(las) docentes tomar un plumón y anotar en el rotafolio las reglas dentro del grupo (puntualidad, respeto, confidencialidad, ect.) y en un segundo rotafolio lo que no les agrada que suceda. Él(la) facilitador(a) tendrá que retomar las propuestas y solicitar el consenso de aquellos(as) que representen los intereses del grupo.

Actividad 3. Presentación de los(as) docentes (Tiempo 30 minutos)

Dentro de esta actividad cada uno de los(as) docentes se tendrá que presentar pidiendo que den su nombre (a su vez pegar una etiqueta en su ropa con el mismo), grado que tiene a su cargo y dar su opinión o experiencia en algún caso con Trastorno por Déficit de

Atención e Hiperactividad. El objetivo es explicitar, desde el inicio, la responsabilidad y la importancia de lo que conlleva su presencia en el taller.

Así mismo, lo que hay que esperar del taller y sus expectativas como docente en relación al manejo del(a) niño(a).

Pasar una lista en la cual se tenga que firmar su asistencia por cada una de las sesiones.

Actividad 4. Discapacidad (Tiempo 40 minutos)

Esta actividad se basa en la LECTURA (1) *Discapacidad. ¿De quién?, ¿Mía?, ¿Tuya?, ¿Nuestra?* Primero dar pie a la lectura, posteriormente formar subgrupos y realizar reflexiones en cuanto a la temática, al finalizar se realiza una reflexión grupal.

Actividad 5. “Mi conclusión de hoy es...” (Tiempo 20 minutos)

Pedir a los(las) docentes que reflexionen acerca de la dinámica de ésta sesión y comentar de manera libre lo que les agradó de la sesión.

LECTURAS DE APOYO

LECTURA (1)

REFERENCIA

Schorr, M. (1999). *Discapacidad: Una mirada distinta, una escucha diferente*. Buenos Aires: Editoria. (P.p. 9 a 13)

SESIÓN II: ¿QUÉ ES EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD?

¿SERÁ UNA NUEVA MODA?

ACTIVIDAD	TEMA	ESTRATEGIA	MATERIAL	TIEMPO
ACTIVIDAD 1 RECAPITULACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ACERCA DE LA DINÁMICA DEL TALLER 	EXPOSICION	DIPOSITIVAS	15'
ACTIVIDAD 2 DEFINICIÓN TEÓRICA DEL TDAH	<ul style="list-style-type: none"> CONCEPTO DEL TDAH 	EXPOSICION	FOTOCOPIAS DE LA LECTURA (2) DIPOSITIVAS CARTULINAS, TIJERAS, DIUREX, PEGAMENTO Y PLUMONES	25'
ACTIVIDAD 3 LA HISTORIA DEL TDAH	<ul style="list-style-type: none"> PUNTOS RELEVANTES ACERCA DE LA HISTORIA DEL TDAH 	EXPOSICION	FOTOCOPIAS DE LA LECTURA (3) DIPOSITIVAS	60'
ACTIVIDAD 4 CONCLUSIONES	"MI CONCLUSIÓN DE HOY"	PARTICIPACION DOCENTE	HOJAS BLANCAS	20'

SESIÓN II: ¿QUÉ ES EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD?

¿SERÁ UNA NUEVA MODA?

Objetivo: Identificar los diferentes nombres que se han asignado, en el transcurso del tiempo al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Actividad 1. Recapitulación (Tiempo 15 minutos)

Dar la bienvenida a los(las) docentes a esta segunda sesión, y hacer un breve resumen de la sesión anterior. Para ello se sugiere retomar los puntos principales tratados en ella.

Actividad 2. Definición teórica del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (Tiempo 25 minutos)

Esta actividad tiene el propósito de dar a conocer a los(las) docentes, de manera sencilla, la definición del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Para exponer éste tema él(la) facilitador(a) se basa en la LECTURA (2) y deberá explicar en forma breve el significado del Trastorno.

Actividad 3. La historia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. (Tiempo 60 minutos)

Pedir a los(as) docentes realizar una línea del tiempo con la información que debe explicar previamente él(la) facilitador(a), así mismo complementar los datos con la lectura de apoyo, LECTURA (3).

Actividad 4. “Mi conclusión de Hoy...” (Tiempo 20 minutos)

Finalmente él(la) facilitador(a) debe hacer una invitación a los(as) docentes a realizar sus conclusiones de esta sesión.

LECTURAS DE APOYO

LECTURA (2)

REFERENCIA

Orjales, I. (2000). *Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad TDAH*. Madrid. CEPE.
(P.p. 1,2)

LECTURA (3) REFERENCIA

Benavides, G. (2002). *El niño con Déficit de Atención e Hiperactividad: Guía para padres*. México. Trillas. (P.p. 21 a 23)

SESIÓN III: SÍNTOMAS Y SIGNOS

ACTIVIDAD	TEMA	ESTRATEGIA	MATERIAL	TIEMPO
ACTIVIDAD 1 RECAPITULACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • CONCEPTO E HISTORIA DEL TDAH 	EXPOSICION	DIPOSITIVAS	10'
ACTIVIDAD 2 ORIGEN DEL TDAH	ETIOLOGÍA DEL TDAH	EXPOSICION	FOTOCOPIAS DE LA LECTURA (4) DIPOSITIVAS	40'
ACTIVIDAD 3 SIGNOS DEL TDAH	<ul style="list-style-type: none"> • SINTOMAS DEL TDAH (INATENCION, IMPULSIVIDAD, HIPERACTIVIDAD) 	EXPOSICION	FOTOCOPIAS DE LA LECTURA (5) DIPOSITIVAS	40'
ACTIVIDAD 4 LO QUE SE PARECE Y NO LO ES	<ul style="list-style-type: none"> • OTRAS COSAS QUE SE PARECEN AL TDAH, PERO NO LO SON 	EXPOSICION	FOTOCOPIAS DE LA LECTURA (6) DIPOSITIVAS CUADRO COMPARATIVO	20'
ACTIVIDAD 5 COMENTARIOS Y CONCLUSIONES	<ul style="list-style-type: none"> • "MI CONCLUSIÓN DE HOY" 	PARTICIPACION DOCENTE	HOJAS BLANCAS	10'

SESIÓN III: SÍNTOMAS Y SIGNOS

Objetivo: Conocer diversas hipótesis que han surgido en torno a las causas que originan el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, además podrán reconocer algunos de los síntomas y signos que resultan claves para la identificación del trastorno en el salón de clases.

Actividad 1. Recapitulación (Tiempo 10 minutos)

Dar la bienvenida a los(as) docentes a esta tercera sesión, realizar un breve resumen de la sesión anterior. Para ello se sugiere retomar los puntos principales tratados en ella.

Actividad 2. Origen del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (Tiempo 40 minutos)

Conocer de manera breve, cual es el origen del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, así como exponer el contenido de la LECTURA (4).

Se deberá realizar una ronda de preguntas y respuestas.

Actividad 3. Signos del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (Tiempo 40 minutos)

Dar a conocer los signos y síntomas principales del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (impulsividad, inatención e hiperactividad). LECTURA (5), así mismo realizar una ronda en la cual los(las) docentes puedan compartir alguna experiencia en el aula relacionada a la temática abordada.

Actividad 4. Lo que se parece y no lo es (Tiempo 20 minutos)

Él(la) facilitador(a) deberá dar a conocer el tema “Otras cosas que se parecen al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, pero no lo son”. LECTURA (6). Y por parejas proporcionar el cuadro comparativo (anexo 2) para que lo contesten y posteriormente en plenaria compartir los resultados.

Actividad 5. “Mi conclusión de Hoy...” (Tiempo 10 minutos)

Finalmente él(la) facilitador(a) podrá invitar a los(as) docentes a realizar sus conclusiones de esta sesión.

LECTURAS DE APOYO

LECTURA (4)

REFERENCIAS

Orjales, I. (2002). *Déficit de Atención con Hiperactividad: Manual para padres y educadores*. España: CEPE. (P.P. 10,11,12).

Soutullo, C. (2004). *Convivir con niños y adolescentes con TDAH*. España: Médica Panamericana.. (P.p. 31 a 39)

LECTURA (5)

REFERENCIAS

Orjales, I. (2002). *Déficit de Atención con Hiperactividad: Manual para padres y educadores*. España: CEPE.. (P.p 3)

Soutullo, C. (2004). *Convivir con niños y adolescentes con TDAH*. España: Médica Panamericana. (P.p. 14 al 17)

LECTURA (6)

REFERENCIAS

Orjales, I. (2002). *Déficit de Atención con Hiperactividad: Manual para padres y educadores*. España: CEPE.. (P.p 3)

SESIÓN IV: ¿CÓMO SE SABE SI UN NIÑO(A) TIENE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD? Y ¿QUÉ DIFICULTADES DE APRENDIZAJE PRESENTA?

ACTIVIDAD	TEMA	ESTRATEGIA	MATERIAL	TIEMPO
ACTIVIDAD 1 RECAPITULACIÓN	ORIGEN, SIGNOS, SÍNTOMAS Y LO QUE SE PARECE AL TDAH	EXPOSICION	DIAPOSITIVA	10'
ACTIVIDAD 2 DIAGNÓSTICO	<ul style="list-style-type: none"> • DIAGNÓSTICO DEL TDAH 	EXPOSICION	FOTOCOPIAS DE LA LECTURA (7) DIAPOSITIVAS	50'
ACTIVIDAD 3 DIFICULTADES DE APRENDIZAJE	<ul style="list-style-type: none"> • EN TORNO AL TDAH 	EXPOSICION	FOTOCOPIAS DE LA LECTURA (8) DIAPOSITIVAS	50'
ACTIVIDAD 4 CONCLUSIONES	<ul style="list-style-type: none"> • "MICONCLUSIÓN DE HOY" 	PARTICIPACION DOCENTE	HOJAS BLANCAS	10'

SESIÓN IV: ¿CÓMO SE SABE SI UN NIÑO(A) TIENE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD? Y ¿QUÉ DIFICULTADES DE APRENDIZAJE PRESENTA?

Objetivos: Conocer el proceso a seguir para que se logre una identificación de niños(as) con probable Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Conocer las Dificultades de Aprendizaje que se desarrollan en niños(as) con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y las dificultades escolares que éstas pueden desencadenar.

Actividad 1. Recapitulación (Tiempo 10 minutos)

Dar la bienvenida a los(las) docentes y elaborar un breve resumen de la sesión anterior. Para ello se sugiere retomar los puntos principales tratados en ella.

Actividad 2. Diagnóstico (Tiempo 50 minutos)

Con la información contenida en la LECTURA (7) él(la) facilitador(a) podrá dar una breve explicación del tema. Posteriormente y con el apoyo de los(as) docentes realizar una revisión del cuadro "Síntomas del TDAH, según el DSM-IV contenido en (Orjales, 2002). Déficit de Atención con Hiperactividad: Manual para padres y educadores. CEPE. España. (P.p. 3) y complementar con experiencias vivenciales por parte de los(as) docentes.

Actividad 3. Dificultades de Aprendizaje (Tiempo 50 minutos)

Realizar una exposición de las Dificultades de Aprendizaje asociadas al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, intercalando las experiencias que cada docente desee compartir. LECTURA (8)

Actividad 4. "Mi conclusión de Hoy..." (Tiempo 10 minutos)

Finalmente él(la) facilitador(a) podrá invitar a los(as) docentes a realizar sus conclusiones de ésta sesión.

LECTURAS DE APOYO

LECTURA (7)

REFERENCIAS

Orjales, I. (2002). *Déficit de Atención con Hiperactividad: Manual para padres y educadores*. España: CEPE. (P.p 5 a 9)

Soutullo, C. (2004). *Convivir con niños y adolescentes con TDAH*. España: Médica Panamericana. (P.p. 43-46 y 56)

LECTURA (8)

REFERENCIA

Frade, L. (2006). *Déficit de Atención e Hiperactividad*. México: Fundación Cultural Federico Hoth. (P.p. 157 a 165)

SESIÓN V: ¿CÓMO PERJUDICA EN EL AMBITO FAMILIAR EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y DE QUÉ MANERA DEBO ACTUAR?

ACTIVIDAD	TEMA	ESTRATEGIA	MATERIAL	TIEMPO
ACTIVIDAD 1 RECAPITULACIÓN	DIFICULTADES DE APRENDIZAJE	EXPOSICION	DIAPOSITIVAS	10'
ACTIVIDAD 2 SECUELAS	CONSECUENCIAS QUE SE DESARROLLAN EN LA FAMILIA EN TORNO AL TDAH	EXPOSICION	FOTOCOPIAS DE LA LECTURA (9) DIAPOSITIVAS VIDEO COMPUTADORA Y CAÑON	50'
ACTIVIDAD 3 TRATAMIENTO	TRATAMIENTO MÉDICO Y PSICOLÓGICO PARA EL TDAH	EXPOSICION	FOTOCOPIAS DE LA LECTURA (10) DIAPOSITIVAS	15'
ACTIVIDAD 4 ESTRATEGIAS	ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DOCENTE	EXPOSICION	FOTOCOPIAS DE LA LECTURA (11) DIAPOSITIVAS	30'
ACTIVIDAD 5 CONCLUSIONES	“MI CONCLUSIÓN DE HOY”	PARTICIPACION DOCENTE	HOJAS BLANCAS	15'

SESIÓN V: ¿CÓMO PERJUDICA EN EL AMBITO FAMILIAR EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y DE QUÉ MANERA DEBO ACTUAR?

Objetivos: Reconocer las problemáticas familiares que pueden desarrollarse cuando un(a) niño(a) padece Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.
Conocer cuáles son los tratamientos médicos y psicológicos más frecuentes empleados para éste síndrome y algunas estrategias que los(las) docentes pueden emplear dentro del salón de clases.

Actividad 1. Recapitulación (Tiempo 10 minutos)

Después de dar la bienvenida a los(las) docentes a esta sesión, él(la) facilitador(a) deberá hacer un breve resumen de la sesión anterior. Para ello se sugiere retomar los puntos principales tratados en ella.

Actividad 2. Secuelas en la familia (Tiempo 50 minutos)

Presentar el video “Mensaje sobre el TDAH” por Adriana Pérez Legaspi, Directora de la asociación Mexicana por el Déficit de atención, Hiperactividad y Trastornos asociados (Youtube.com).

Posteriormente solicitar a los(as) docentes sus comentarios respecto al video.

La LECTURA (9) puede emplearse como apoyo.

Actividad 3. Tratamiento (Tiempo 15 minutos)

Realizar por parte de él(a) facilitador(a) una breve explicación sobre el tratamiento para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, y no profundizar en el tema, ya que la finalidad es que los(las) docentes puedan conocer dicha información y no aplicar pues no están capacitados para esto. La LECTURA (10) puede emplearse como apoyo.

Actividad 4. Estrategias (Tiempo 30 minutos)

El(la) facilitador(a) se puede auxiliar en la LECTURA (11) para exponer el tema, y así poder realizar un intercambio de experiencias con los(as) docentes de acuerdo a las estrategias empleadas por cada uno de ellos.

Actividad 5. “Mi conclusión de Hoy...” (Tiempo 15 minutos)

Finalmente invitar a los(as) docentes a realizar sus conclusiones de ésta sesión.

LECTURAS DE APOYO

LECTURA (9)

REFERENCIA

Barkley, R. (1999). *Niños Hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. España: Piados. (P.p. 115 a 123).

LECTURA (10)

REFERENCIA

Taylor, E. (1991). *El niño hiperactivo*. Barcelona. (P.p. 212 a 217).

LECTURA (11)

REFERENCIAS

Gasteiz V (2006). *Guía de actuación con el alumnado con TDAH*. España: Servicio central de publicaciones del gobierno Vasco.

Mena B. (2006). *Guía practica para educadores. El alumno con TDAH*. España: Mayo Ediciones.

Mendoza, T. (2003). *¿Qué es el TDAH? Una guía para padres y maestros*. México:Trillas. (P.p. 72 a 94).

SESIÓN VI: ¿A DÓNDE DEBO ACUDIR?

ACTIVIDAD	TEMA	ESTRATEGIA	MATERIAL	TIEMPO
ACTIVIDAD 1 RECAPITULACIÓN	TRATAMIENTO, SECUELAS Y ESTRATEGIAS ACERCA DEL TDAH	EXPOSICION	DIPOSITIVAS	20'
ACTIVIDAD 2 INSTITUCIONES DE APOYO	DIFERENTES INSTITUCIONES QUE BRINDAN APOYO TANTO A NIÑOS(AS) CON TDAH, COMO A SUS FAMILIAS	EXPOSICION	FOTOCOPIAS DE LA LISTA DE INSTITUCIONES DIPOSITIVAS	10'
ACTIVIDAD 3 CONCLUSIÓN	<ul style="list-style-type: none"> “MI CONCLUSIÓN DE HOY” 	PARTICIPACION DOCENTE	HOJAS Y BLANCAS	30'

SESIÓN VI: ¿A DÓNDE DEBO ACUDIR?

Objetivo: Brindar información a los(as) docentes sobre instituciones que dan apoyo a niños(as) con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y a sus familiares, para que se les pueda realizar una adecuada canalización.

Actividad 1. Recapitulación (Tiempo 20 minutos)

Dar la bienvenida a los(las) docentes a esta sesión, y hacer un breve resumen de la sesión anterior. Para ello se sugiere retomar los puntos principales tratados en ella.

Actividad 2. Instituciones de apoyo (Tiempo 70 minutos)

Proporcionar a los(as) docentes una lista con las instituciones específicas en las cuales se identifica, atiende y da tratamiento a niños(as) con probable Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, y a sus familiares (anexo 3). Así como describir las tareas a realizar en cada una de las instituciones atendiendo a las dudas de los(as) docentes.

Actividad 3. “Mi conclusión de Hoy...” (Tiempo 30 minutos)

Hacer una invitación a los(as) docentes a realizar sus conclusiones de ésta sesión; así como una conclusión general de las sesiones anteriores.

SESIÓN VII: ¿AHORA QUE TANTO CONOZCO Y DESCONOZCO SOBRE EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD?

ACTIVIDAD	TEMA	ESTRATEGIA	MATERIAL	TIEMPO
ACTIVIDAD 1 RECAPITULACIÓN	TRATAMIENTO, SECUELAS Y ESTRATEGIAS ACERCA DEL TDAH	EXPOSICION	DIPOSITIVAS	30'
ACTIVIDAD 2 ANALISIS DE UN CASO	CASO DE SOSPECHA CON TDAH	EXPOSICION	VIDEO	50'
ACTIVIDAD 3 EVALUACIÓN FINAL. RESOLVER EL POSTEST	<ul style="list-style-type: none"> EVALUACIÓN FINAL DEL TALLER. 	PARTICIPACION DOCENTE	FORMATO DE POSTEST	20'
ACTIVIDAD 4 CLAUSURA	<ul style="list-style-type: none"> "MI CONCLUSIÓN DE HOY" 	PARTICIPACION DOCENTE	HOJAS BLANCAS	20'

SESIÓN VII: ¿AHORA QUE TANTO CONOZCO Y DESCONOZCO SOBRE EL
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD?

Objetivos: Evaluar de manera breve el desempeño, función y utilidad del taller; así como los conocimientos que pudieron adquirir los(las) docentes, a lo largo de este.

Actividad 1. Recapitulación (Tiempo 30 minutos)

Dar la bienvenida a los(as) docentes a esta sesión, y hacer un breve resumen de los contenidos abordados a lo largo del taller.

Actividad 2. Análisis de un caso. (Tiempo 50 minutos)

Con la finalidad de que los(as) docentes puedan aplicar los conocimientos adquiridos a lo largo del taller se presenta un video de un niño con sospecha de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (Gabriel Iván, sospecha TDAH, www.youtube.com).

Al concluir el video y con base en los contenidos abordados en el taller, se deberá pedir a los(as) docentes su opinión acerca del mismo.

Actividad 3. Evaluación Final. Resolver el postest. (Tiempo 20 minutos)

Pedir a los(las) docentes responder la evaluación final del Taller (anexo 4).

Actividad 4. Clausura (Tiempo 20 minutos)

Realizar el cierre del taller preguntando a los(as) docentes su experiencia vivida a lo largo de este, así como su aportación para su desempeño profesional.

En el siguiente capítulo se realiza un análisis del impacto del taller que permita medir los resultados obtenidos.

CAPITULO 5. ANALISIS DEL TALLER

A partir de los datos obtenidos en la aplicación del postest en cada escuela y al análisis posterior de estos, se encontraron los siguientes resultados:

ESCUELA 1.

TABLA 3. “CLASIFICACIÓN DE ÍTEMS CON DIFICULTAD O FALTA DE INFORMACIÓN DEL POSTEST ESCUELA 1”

SUJETO	ÍTEMS CON INFORMACIÓN ADECUADA	ÍTEMS CON DIFICULTAD O FALTA DE INFORMACIÓN	AREA				
			T	TR	C	I	DA
1	25	0	0	0	0	0	0
2	24	1	0	0	0	1	0
3	25	0	0	0	0	0	0
4	23	2	1	0	0	0	1
5	22	3	1	1	0	0	1
6	23	2	0	0	1	0	1
7	23	2	0	1	0	1	0
8	24	1	1	0	0	0	0
9	25	0	0	0	0	0	0
10	25	0	0	0	0	0	0
11	21	4	0	1	1	0	2
12	21	4	3	1	0	0	0
Total			6	4	2	2	5

La tabla 3 “CLASIFICACIÓN DE ÍTEMS CON DIFICULTAD O FALTA DE INFORMACIÓN DEL POSTEST ESCUELA 1”, muestra los datos obtenidos en la aplicación del postest en la escuela 1, en la que se cuantifica el número de ítems con dificultad o falta de información obtenidos en cada categoría por cada sujeto. En la primera columna se observa el número de sujeto, en la segunda el número de ítems que cada uno de los sujetos respondió con información adecuada; en la tercer columna se relaciona con los ítems que cada uno de los sujetos posee con falta de información adecuada y en la columna de área, de los ítems en los que presentaron falta de información se relacionan con el categoría a la cual pertenece dicha dificultad.

Así se observó que:

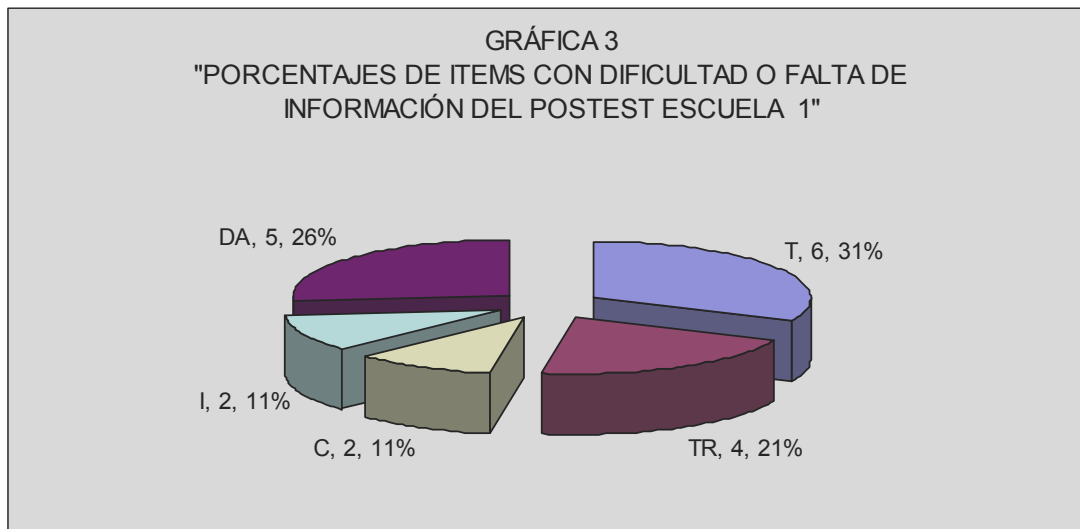
- El sujeto 1 en la aplicación del postest obtuvo un total de 25 ítems con información adecuada y cero ítems con dificultad o falta de información.

- El sujeto 2 obtuvo un total de 24 ítems con información adecuada y 1 ítem con dificultad o falta de información, el cual corresponde a la categoría de identificación.
- El sujeto 3 obtuvo un total de 25 ítems con información adecuada y cero ítems con dificultad o falta de información.
- El sujeto 4 obtuvo un total de 23 ítems con información adecuada y 2 ítems con dificultad o falta de información, de los cuales 1 corresponde a la categoría de tratamiento y 1 a la categoría de dificultades de aprendizaje.
- El sujeto 5 obtuvo un total de 22 ítems con información adecuada y 3 ítems con dificultad o falta de información, de los cuales 1 corresponde a la categoría de trastorno, 1 a la categoría de tratamiento y 1 a la categoría de dificultades de aprendizaje.
- El sujeto 6 obtuvo un total de 23 ítems con información adecuada y 2 ítems con dificultad o falta de información, de los cuales 1 corresponde a la categoría de comportamiento y 1 a la categoría de dificultades de aprendizaje.
- El sujeto 7 obtuvo un total de 23 ítems con información adecuada y 2 ítems con dificultad o falta de información, de los cuales 1 corresponde a la categoría de tratamiento y 1 a la categoría de identificación.
- El sujeto 8 obtuvo un total de 24 ítems con información adecuada y 1 error el cual corresponde a la categoría de trastorno.
- El sujeto 9 obtuvo un total de 25 ítems con información adecuada y 0 ítems con dificultad o falta de información.
- El sujeto 10 obtuvo un total de 25 ítems con información adecuada y 0 ítems con dificultad o falta de información.
- El sujeto 11 obtuvo un total de 21 ítems con información adecuada y 4 ítems con dificultad o falta de información de los cuales 1 corresponde a la categoría de

tratamiento, 1 a la categoría de comportamiento y 2 a la categoría de dificultades de aprendizaje.

- El sujeto 12 obtuvo un total de 21 ítems con información adecuada y 4 ítems con dificultad o falta de información, de los cuales 3 corresponden a la categoría de trastorno y 1 a la categoría de tratamiento.

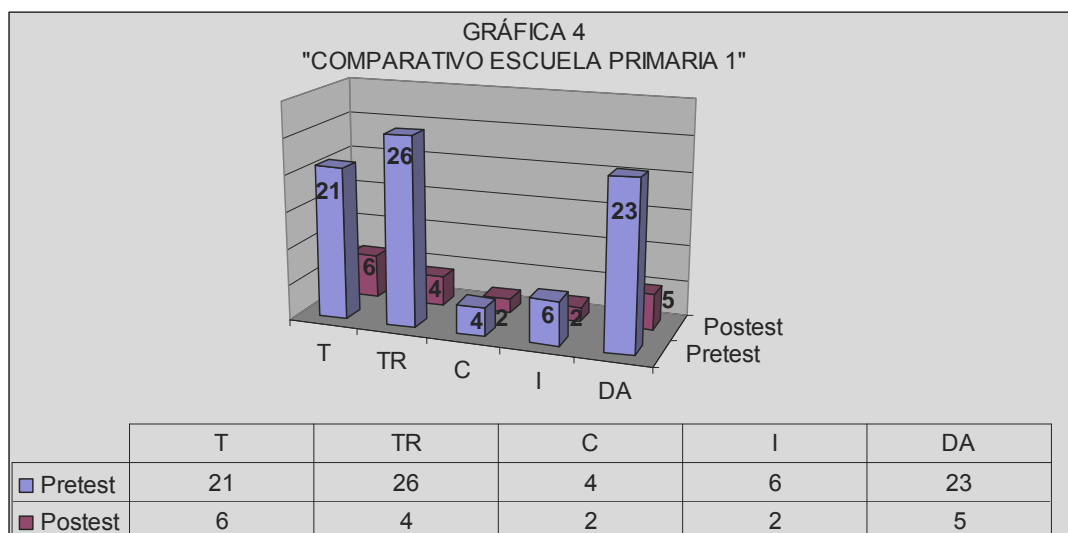
Con base a dichos datos en la aplicación del postest se obtuvo una media de $23.41=23$ ítems con información adecuada y $1.58=2$ ítems con dificultad o falta de información por cada sujeto, es decir el promedio de ítems con información adecuada en la aplicación del postest en esta escuela fue de 23 ítems con información adecuada y 2 ítems con dificultad o falta de información.



En la gráfica 3 "PORCENTAJES DE ÍTEMS CON DIFICULTAD O FALTA DE INFORMACIÓN DEL POSTEST ESCUELA 1" se puede observar a manera de porcentajes la cantidad de ítems con dificultad o falta de información cometidos en cada una de las categorías por cada sujeto en la aplicación del postest. Es decir, en la categoría de trastorno se obtuvieron un total de 6 ítems con dificultad o falta de información que representan el 31%, en la categoría de dificultades de aprendizaje se obtuvieron 5 ítems con dificultad o falta de información que representan el 26%, en la categoría de tratamiento se obtuvieron 4 ítems con dificultad o falta de información que representan el 21%, y en las categorías de comportamiento y identificación se obtuvieron 2 ítems con dificultad o falta de información que representan el 11% cada una.

A partir de estos resultados se realizó un análisis comparativo entre los resultados del pretest y los resultados del postest para conocer los impactos del taller.

Para realizar dicha comparación se elaboró la siguiente gráfica 4 en la que se muestra el número de ítems con dificultad o falta de información cometidos por los(as) docentes en el pretest y en el postests.

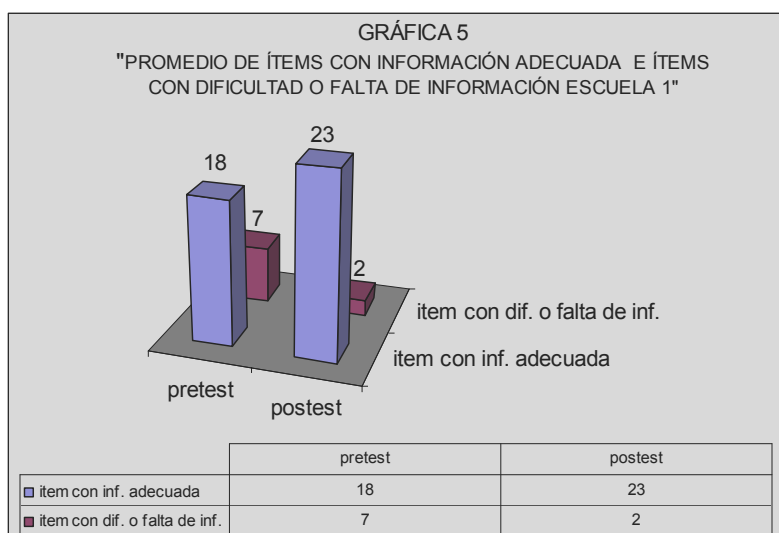


En la GRÁFICA 4 "COMPARATIVO ESCUELA PRIMARIA 1", se puede observar que en la categoría de tratamiento en la aplicación del pretest el número de ítems con dificultad o falta de información cometidos en esta categoría fue de 21 y en el postest el número de ítems con dificultad o falta de información disminuyó a 6; para la categoría de tratamiento en el pretest se tuvieron 26 ítems con dificultad o falta de información y en el postest 4 ítems con dificultad o falta de información, en la categoría de comportamiento durante el pretest se obtuvieron 4 ítems con dificultad o falta de información y en el postest disminuyó a 2, en la categoría de identificación en el pretest se obtuvieron 6 ítems con dificultad o falta de información y para el postest se obtuvieron 2 y por último en la categoría de dificultades de aprendizaje en la aplicación del pretest se obtuvieron 23 ítems con dificultad o falta de información, mientras que para la aplicación del postest se obtuvieron 5 ítems con dificultad o falta de información.

Por lo tanto los datos reflejan una disminución considerable en la cantidad de ítems con dificultad o falta de información cometidos en la aplicación del pretest. Las categorías que reflejaron un mayor impacto en los resultados fueron las de tratamiento,

dificultades de aprendizaje y trastorno, dichas áreas fueron en las que a partir de la aplicación del pretest se identificó requerían poner mayor énfasis al momento de diseñar el taller, lo que refleja los efectivos resultados del mismo. Ya que existe una disminución considerable en el número de ítems con dificultad o falta de información detectados en cada una de las áreas, a partir de la aplicación del postest.

Así mismo se comparó el resultado de la media calculada, de ítems con dificultad o falta de información y ítems con información adecuada de los sujetos de la escuela 1 durante la aplicación del pretest y el postest, dichos resultados se ven reflejados en la GRÁFICA 5 “PROMEDIO DE ÍTEMS CON INFORMACIÓN ADECUADA E ÍTEMS CON DIFICULTAD O FALTA DE INFORMACIÓN ESCUELA 1”



En dicha gráfica se observa que durante la aplicación del pretest la media de ítems con información adecuada de los sujetos que contestaron el pretest fue de 18 ítems con información adecuada y 7 ítems con dificultad o falta de información, mientras que para la aplicación del postest la media de ítems con información adecuada incrementó a 23 ítems con información adecuada y la media de ítems con dificultad o falta de información disminuyó a 2 ítems con dificultad o falta de información por sujeto, lo que refuerza los datos obtenidos en la GRÁFICA 4 “COMPARATIVO ESCUELA PRIMARIA 1”, es decir, refleja que se elevó el número de ítems con información adecuada por sujeto y disminuyó el número de ítems con dificultad o falta de información cometido por cada sujeto, por lo que se puede considerar que el taller en la escuela primaria 1 fue efectivo y los resultados fueron satisfactorios ya que se redujeron notablemente el número de ítems con dificultad o falta de información cometidos en el

“Cuestionario sobre TDAH, dirigido a docentes de nivel primaria” empleado como pretest-postest.

ESCUELA 2

TABLA 4. “CLASIFICACIÓN DE ÍTEMS CON DIFICULTAD O FALTA DE INFORMACIÓN DEL POSTEST ESCUELA 2”

SUJETO	ÍTEMS CON INFORMACIÓN ADECUADA	ÍTEMS CON DIFICULTAD O FALTA DE INFORMACIÓN	AREA				
			T	TR	C	I	DA
1	24	1	0	0	0	1	0
2	23	2	0	0	1	0	1
3	23	2	0	0	0	2	0
4	25	0	0	0	0	0	0
5	24	1	1	0	0	0	0
6	24	1	0	1	0	0	0
7	23	2	0	1	1	0	0
8	24	1	0	0	0	1	0
9	23	2	1	0	1	0	0
10	23	2	1	0	0	0	1
11	24	1	0	0	1	0	0
Total			3	2	4	2	2

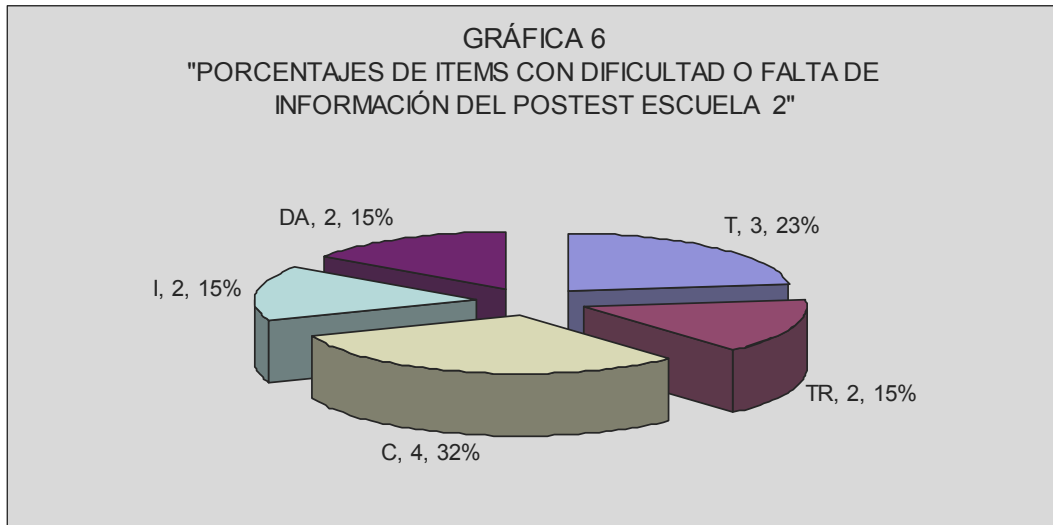
La tabla 4 “CLASIFICACIÓN DE ÍTEMS CON DIFICULTAD O FALTA DE INFORMACIÓN DEL POSTEST ESCUELA 2”, muestra los datos obtenidos en la aplicación del postest en la escuela 2, en la que se cuantificaron el número de ítems con dificultad o falta de información obtenidos en cada categoría por cada sujeto. En la primera columna se observa el número de sujeto, en la segunda el número de ítems que cada uno de los sujetos respondió con información adecuada; en la tercer columna se relaciona con los ítems que cada uno de los sujetos posee con falta de información adecuada y en la columna de área, de los ítems en los que presentaron falta de información se relacionan con el categoría a la cual pertenece dicha dificultad.

Así se observó que:

- El sujeto 1 en la aplicación del postest obtuvo un total de 24 ítems con información adecuada y 1 ítem con dificultad o falta de información, el cual corresponde a la categoría de identificación.

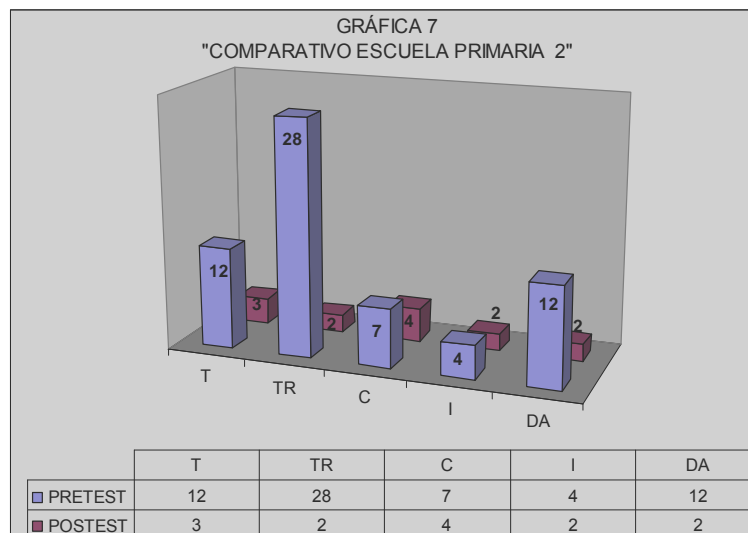
- El sujeto 2 obtuvo un total de 23 ítems con información adecuada y 2 ítems con dificultad o falta de información, de los cuales 1 corresponde a la categoría de comportamiento y 1 a la categoría de dificultades de aprendizaje.
- El sujeto 3 obtuvo un total de 23 ítems con información adecuada y 2 ítems con dificultad o falta de información, de los cuales ambos corresponden a la categoría de identificación.
- El sujeto 4 obtuvo un total de 25 ítems con información adecuada y cero ítems con dificultad o falta de información.
- El sujeto 5 obtuvo un total de 24 ítems con información adecuada y 1 ítem con dificultad o falta de información, el cual corresponde a la categoría de trastorno.
- El sujeto 6 obtuvo un total de 24 ítems con información adecuada y 1 ítem con dificultad o falta de información, el cual corresponde a la categoría de tratamiento.
- El sujeto 7 obtuvo un total de 23 ítems con información adecuada y 2 ítems con dificultad o falta de información, de los cuales 1 corresponde a la categoría de tratamiento y 1 a la categoría de comportamiento.
- El sujeto 8 obtuvo un total de 24 ítems con información adecuada y 1 ítem con dificultad o falta de información, el cual corresponde a la categoría de identificación.
- El sujeto 9 obtuvo un total de 23 ítems con información adecuada y 2 ítems con dificultad o falta de información, de los cuales 1 corresponde a la categoría de trastorno y 1 a la categoría de comportamiento.
- El sujeto 10 obtuvo un total de 23 ítems con información adecuada y 2 ítems con dificultad o falta de información, de los cuales 1 corresponde a la categoría de trastorno y 1 a la categoría de dificultades de aprendizaje.
- El sujeto 11 obtuvo un total de 24 ítems con información adecuada y 1 ítem con dificultad o falta de información, el cual corresponde a la categoría de comportamiento.

Con base a dichos datos en la aplicación del postest se obtuvo una media de $23.63=24$ ítems con información adecuada y $1.36=1$ ítem con dificultad o falta de información por cada sujeto, es decir el promedio de ítems con información adecuada en la aplicación del postest en esta escuela fue de 23 ítems con información adecuada y 1 ítem con dificultad o falta de información.



En la gráfica 6 "PORCENTAJES DE ÍTEMS CON DIFICULTAD O FALTA DE INFORMACIÓN DEL POSTEST ESCUELA 2" se puede observar a manera de porcentajes la cantidad de ítems con dificultad o falta de información cometidos en cada una de las categorías por cada sujeto en la aplicación del postest dentro de la escuela 2. Es decir, en la categoría de comportamiento se obtuvieron un total de 4 ítems con dificultad o falta de información que representan el 32%, en la categoría de trastorno se obtuvieron 3 ítems con dificultad o falta de información que representan el 23%, y en las categorías de tratamiento, dificultades de aprendizaje y identificación se obtuvieron 2 ítems con dificultad o falta de información que representan el 15% cada una.

A partir de estos resultados se realizó un análisis comparativo entre los resultados del pretest y los resultados del postest para conocer los impactos del taller. Para realizar dicha comparación se elaboró la siguiente gráfica en la que se muestra el número de ítems con dificultad o falta de información cometidos por los(as) docentes en el pretest y en el postest.

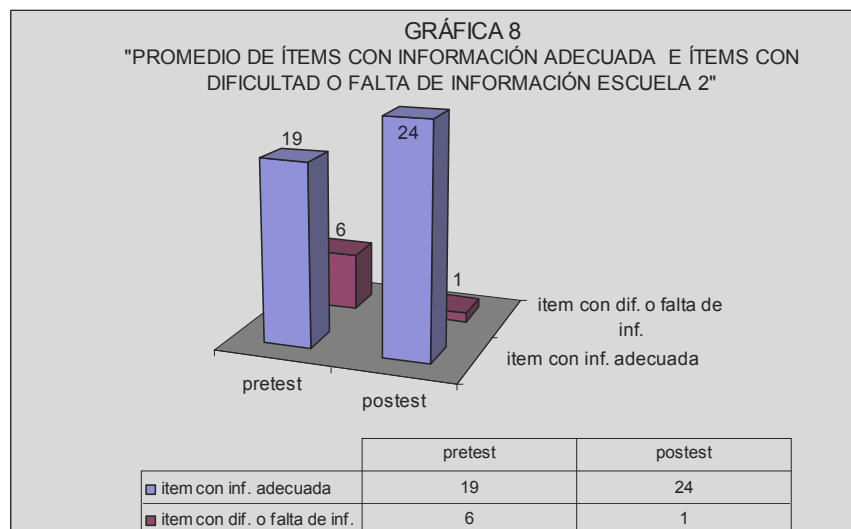


En la GRÁFICA 7 "COMPARATIVO ESCUELA PRIMARIA 2" se puede observar que en la categoría de tratamiento en la aplicación del pretest el número de ítems con dificultad o falta de información cometidos en esta categoría fue de 12 y en el postest el número de ítems con dificultad o falta de información disminuyó a 3; para la categoría de tratamiento en el pretest se tuvieron 28 ítems con dificultad o falta de información y en el postest 2 ítems con dificultad o falta de información, en la categoría de comportamiento durante el pretest se obtuvieron 7 ítems con dificultad o falta de información y en el postest disminuyó a 4, en la categoría de identificación en el pretest se obtuvieron 4 ítems con dificultad o falta de información y para el postest se obtuvieron 2 y por último en la categoría de dificultades de aprendizaje en la aplicación del pretest se obtuvieron 12 ítems con dificultad o falta de información, mientras que para la aplicación del postest se obtuvieron 2 ítems con dificultad o falta de información. Por lo tanto los datos reflejan una disminución considerable en la cantidad de ítems con dificultad o falta de información cometidos en la aplicación del pretest.

Las categorías que reflejaron un mayor impacto en los resultados fueron las de tratamiento, dificultades de aprendizaje y trastorno, dichas áreas fueron en las que a partir de la aplicación del pretest se identificó requerían poner mayor énfasis al momento de diseñar el taller, lo que refleja los efectivos resultados del mismo. Ya que existe una disminución considerable en el número de ítems con dificultad o falta de información detectados en cada una de las áreas, a partir de la aplicación del postest.

Así mismo se comparó el resultado de la media calculada, de ítems con dificultad o falta de información y ítems con información adecuada de los sujetos de la escuela 2 durante la aplicación del pretest y el postest, dichos resultados se ven reflejados en la

GRÁFICA 8 “PROMEDIO DE ÍTEMS CON INFORMACIÓN ADECUADA E ÍTEMS CON DIFICULTAD O FALTA DE INFORMACIÓN ESCUELA 2”



En dicha gráfica se observa que durante la aplicación del pretest la media de ítems con información adecuada de los sujetos que contestaron el pretest fue de 19 ítems con información adecuada y 6 ítems con dificultad o falta de información, mientras que para la aplicación del posttest la media de ítems con información adecuada incrementó a 24 ítems con información adecuada y la media de ítems con dificultad o falta de información disminuyó a 1 error por sujeto, lo que refuerza los datos obtenidos en la GRÁFICA 7 “COMPARATIVO ESCUELA PRIMARIA 2”, es decir, refleja que se elevó el número de ítems con información adecuada por sujeto y disminuyó el número de ítems con dificultad o falta de información cometido por cada sujeto, por lo que se puede considerar que el programa taller en la escuela primaria 2 fue efectivo y los resultados fueron satisfactorios ya que se redujeron notablemente el número de ítems con dificultad o falta de información cometidos en el “Cuestionario sobre TDAH, dirigido a docentes de nivel primaria” empleado como pretest-postest.

De acuerdo con los datos obtenidos en ambas escuelas se observó una disminución de ítems con dificultad o falta de información cometidos en el pretest-postest, principalmente en las áreas de tratamiento, trastorno y dificultades de aprendizaje, en dichas áreas ambas escuelas coincidieron, primeramente en la aplicación del pretest al ser estas áreas en las que requerían mayor información, y posteriormente en la aplicación del posttest coincidieron en disminuir significativamente el número de ítems con dificultad o falta de información cometidos referentes a estas categorías.

Por lo consiguiente y basándose en los datos obtenidos en la aplicación del taller y en las gráficas comparativas del pretest y postest de ambas escuelas, para poder afirmar que el taller cumplió su objetivo; ya que se pudo observar una disminución considerable en el número de ítems con dificultad o falta de información cometidos en el “Cuestionario sobre TDAH, dirigido a docentes de nivel primaria”. Lo que indica que a partir de la aplicación del taller se logró obtener mayor información y conocimiento en todas las áreas abordadas durante el mismo.

Una vez concluido el proceso de análisis del taller, en el siguiente capítulo se presentan las conclusiones y sugerencias a las que se llegaron a partir de la realización de este trabajo.

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El proceso de elaboración de este trabajo ha sido enriquecedor ya que se abarcó desde la construcción de un instrumento (cuestionario) realizando así su respectiva validez y confiabilidad que a pesar de lo largo del proceso fue gratificante y de mucha enseñanza, hasta el pretest, análisis del pretest, diseño del programa de acuerdo a las necesidades detectadas, aplicación, posttest, análisis del posttest y el análisis del impacto del taller para medir la eficacia de este, fue un proceso largo pero enriquecedor que lleva a concluir lo siguiente:

El TDAH una discapacidad invisible, según (Frade, 2006) lo que obstaculiza una identificación oportuna ya que se puede llegar a considerar al niño(a) como malcriado(a), limitándose solamente a etiquetarlo(a) como él(la) niño(a) problema y excluyéndolo(a) no solo en el ámbito escolar y social, sino incluso en el familiar; sin considerar que este(a) niño(a) no tiene a propósito dichas conductas; cuando hay una discapacidad evidente se realizan adecuaciones incluso en la infraestructura para incluir a las personas que lo padecen, pero cuando se habla de una discapacidad invisible, como es el TDAH, el principal reto al que se puede enfrentar la persona que lo padece es la falta de información y por consecuencia a un retraso considerable y en ocasiones nulo de un diagnóstico oportuno.

La realidad es que la escuela como institución establece una serie de demandas que resultan totalmente antagónicas a las características de una persona que padece TDAH: exigiendo que no se muevan, que pongan atención y que guarden silencio, características que de acuerdo con (Soutullo, 2004) un(a) niño(a) que presenta dicho padecimiento no puede hacer o es difícil que controle.

Visualizando esta dificultad y con la finalidad de crear condiciones que favorezcan a las personas que padecen este síndrome y aun no son diagnosticadas , uno de los objetivos de la investigación fue diseñar un taller que fortaleciera a los(as) docentes en la identificación de niño(as) con probable TDAH.

La realización de este trabajo permitió tener un contacto más cercano con los(as) docentes y poder transmitir, a través del taller que se diseñó, la importancia de la identificación oportuna de síntomas del TDAH para que así los(as) niño(as) que lo presentan puedan ser atendidos por los especialistas en la temática, y que sean estos

últimos los que determinen si el niño(a) padece TDAH y así mismo estipulen el tratamiento más adecuado según sea el caso.

Una de las limitaciones de la investigación fue la del acceso a las escuelas ya que a pesar de contar con los permisos otorgados por la Secretaría de Educación Pública, el acceso a las instalaciones fue restringido debido a los horarios de los(as) docentes lo que aumentó el tiempo de aplicación del taller.

Otra de limitante fue que no se tomó en cuenta la forma de poder evaluar si él(la) docente pudo o no realizar una adecuada canalización de niño(as) con probable TDAH, y simplemente se quedó con la información obtenida a lo largo del taller.

A pesar de esta problemática el impacto del taller fue positivo, en el capítulo anterior se observaron los resultados en los cuales las tablas y gráficas mostraron cómo existió una disminución considerable en el número de ítems con dificultad o falta de información cometidos en la aplicación del pretest y el número de ítems con dificultad o falta de información cometidos en la aplicación del posttest, lo que demuestra que los contenidos abordados durante el taller fueron adquiridos de manera significativa por parte de los(as) docentes. Así mismo es importante mencionar el interés mostrado por los(as) docentes ante la temática ya que durante el desarrollo de las sesiones su respuesta en su mayoría fue positiva, mostrándose participativos(as) y compartiendo experiencias vividas en torno al trastorno.

El brindar a los(as) docentes la información teórica básica sobre lo que es el TDAH fue fructífero ya que al poseer dichos datos los(as) docentes aclararon sus dudas y en algunos casos por primera vez obtuvieron información sobre lo que es el trastorno. Además se les proporcionaron herramientas que facilitarían su desempeño profesional ante una problemática de dicha índole. Dicha información les será de utilidad en su labor diaria y beneficiará a los(as) mismos(as) alumnos(as).

Hacer visible lo invisible y ver al TDAH como lo que es una discapacidad que merece ser atendida y diagnosticada oportunamente es un gran reto para quien lo padece, sus familiares, docentes e incluso para la misma escuela; la labor docente es una tarea que exige una constante capacitación en las muy diversas temáticas que pueden presentarse en el aula: cuando una escuela adopta una postura de apertura para la impartición de talleres y de actividades de reflexión y análisis, se fortalece,

crece y se vuelve un centro de apoyo en el que todos(as) los(as) actores del proceso están comprometidos(as).

Para complementar lo visto en el taller y realizar una mejora a la práctica docente sugerimos lo siguiente:

- ✓ Se deberá tomar en cuenta que el TDAH es una discapacidad invisible por lo que el comportamiento del niño(a) no es intencional.
- ✓ Implementar en el centro educativo pláticas, talleres y conferencias sobre TDAH dirigidas a docentes, padres y madres de familia y alumnos(as) con la finalidad de conocer y así mismo entender más acerca de este tema.
- ✓ Establecer mayor vínculo con aquellos(as) padres y madres de niños(as) en los que exista sospecha de TDAH.
- ✓ Visitar algunas de las instituciones y páginas Web, proporcionadas en el taller para obtener mayor información sobre el tema.
- ✓ Crear espacios para que los(las) docentes intercambien experiencias sobre dicho síndrome.
- ✓ Llevar a cabo alguna de las estrategias propuestas para niños(as) con TDAH con la finalidad de obtener mejores resultados en el aula.
- ✓ Dar seguimiento al taller a través de visitas a las escuelas y entrevistas con los(as) docentes, para verificar si los(as) docentes identifican y canalizan adecuadamente a los(as) niños(as) con probable TDAH.

REFERENCIAS

- Asociación Psiquiátrica Americana. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM IV*. México: Masson..
- Ávila de Encio, M. y Polaino-Lorente, A. (1988). *La evaluación de la hiperactividad infantil en el contexto pediátrico. Acta española*. Vol. 46, (1). 27-35.
- Barkley, R. (1991). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. España: Paidós..
- Barkley, R. (1999). ¿Qué es el trastorno por déficit de atención con hiperactividad?, en: *Niños hiperactivos*, España: Paidós,
- Benavides, G. (2002). *El niño con Déficit de atención e hiperactividad: Guía para padres y maestros*. México: Trillas.
- Bolinaga, J. (1998). Nuevos discursos, nuevas respuestas. *Cuadernos de pedagogía*. (269).39.
- Buendía, LCP y Hernández PE. (1998). *Métodos de investigación de Psicopedagogía*. Colombia: Mc Graw Hill.
- Bruno, F. (1997). *Diccionario de términos psicológicos fundamentales*. Barcelona: Paidós Studio.
- Calderón, G. (1999). *Trastorno de Atención, en El niño con disfunción cerebral*. México: Limusa,

- Camels, D. *Periplo de un nombre: desatención-hiperactividad-impulsividad*. En: Tallis, J. y Cols. (2002). *Trastornos del desarrollo infantil*. Miño y Dávila. Buenos Aires.
- Cruz, L. y Escobar, M. (2001). *Repercusiones del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en el aprendizaje*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Pedagogía. Universidad Pedagógica Nacional. México DF.
- Cubero, C. (2006). Los trastornos de la Atención con o sin Hiperactividad: Una Mirada Teórica desde lo Pedagógico. *Revista electrónica Actualidades Investigativas en Educación*. 6(1). 2-44.
- Dirección de educación especial/Secretaría de educación pública. (1994). Cuadernos de integración educativa No. 5. *La integración educativa como fundamento de la calidad del sistema de educación básica para todos*. DEE. México.
- Donal, A. y Cheser L. (1990). *Introducción a la investigación pedagógica*. México: Graw-Hill..
- Escandón, M. (2001). Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa. SEP
- Estructura Escolar por Delegación Total de Primarias, disponible en www.df.gob.mx/agenda2000/educacion consultado el 27 de noviembre de 2006.
- Flores, E. (2006). Ponga mucha atención. *Día siete*. (290). 56-63.
- Frade, L. (2006). *Déficit de Atención e hiperactividad*. México: Fundación Cultural Federico Hoth.
- Hernández, L. (2000) *Etiología” en Trastorno por Déficit de Atención en adolescentes de secundaria en el Distrito Federal*, Depto de Psiquiatría y salud mental, México.

Janin, B. (2004). *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del TDAH*. Buenos Aires: NOVEDUC.

Marchesi, A. (2001). Del lenguaje de las escuelas inclusivas. En: *Desarrollo psicológico y educación. Trastornos del desarrollo y necesidades educativas especiales*. Madrid: Alianza.

Mena, B. (2006). *Guía práctica para educadores: el alumno con TDAH*. España: Mayo ediciones.

Mendoza, M. (2003). *¿Qué es el TDA? Una guía para padres y maestros*. México: Trillas.

Microsoft Encarta 2007. 1993-2006 Microsoft Corporation.

Miranda, A. (2001). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Una guía práctica*. España: Aljibe.

Molina, A. (2000). *Elementos para un diagnóstico de la integración educativa de las niñas y los niños con discapacidad y necesidades educativas especiales, en las escuelas regulares del Distrito Federal*. México: Gobierno del Distrito Federal.

Nadelsticher, A. (1993). *Técnicas para la construcción de cuestionarios de actitudes y de opción múltiple*. México: INACIPE.

Narvarte, M. (2001). *Trastornos escolares: identificación, diagnóstico y tratamiento*. México: Gil editores.

Orjales, V. (2000). *Déficit de Atención con Hiperactividad*. Madrid: Cepe.

- Pino, E. (1982). Respuesta al comentario de la doctora Santibáñez sobre el trabajo: Factores del medio ambiente en la etiología del síndrome hiperquinético: una revisión de estudios. *Revista chilena de psicología*. 1 y 2 (5). 69-72.
- Polaino, Aquilino, (2000). *Como vivir con un niño hiperactivo*. México.
- Portal, M. y Solloa, L. (1993). Validez del diagnóstico del trastorno por déficit de atención, hiperactividad, su prevalencia en una muestra escolar a través de cuestionarios para maestros. Tesis para obtener el grado de maestría , Universidad Anáhuac. México.
- Rosenthal. En Uriarte, V. (1989). *Hiperquinesia*. México: Trillas..
- Schorn, M. (1999). *Discapacidad: Una mirada distinta, una escucha diferente*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- SEP. (1993). *Ley General de Educación*. México: SEP.
- SEP. (1992). *Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica*. México: SEP.
- SEP. (1995). *Programa de Desarrollo Educativo 1995-2000*. México: SEP.
- Solloa, L. (2001). *Los trastornos psicológicos en el niño*. México: Trillas.
- Taylor, E.(1999). *El niño Hiperactivo*. Martínez Roca, España.
- Toro, J. (1998). *Principios de la psicología general. Tratados y manuales*. Barcelona: Grijalbo.
- UNESCO (1990). *Declaración mundial sobre educación para todos y marco de acción para satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje*. Paris: UNESCO.

UNESCO (1994). *Declaración de Salamanca y marco de acción sobre necesidades educativas especiales*. Paris: UNESCO.

Van-Wielink, G. (2003). Trastorno por déficit de atención y tratamiento farmacológico con metilfenidato (ritalin) y antidepresivos (Strattera). *Boletín informativo de la escuela de psicología*. Universidad Anáhuac. 6(23).

<http://www.who.int/es> consultado el 15 de julio de 2010

<http://www.salud.com/salud>

ANEXOS

Anexo 1 “Cuestionario de conocimientos sobre TDAH, dirigido a docentes de nivel primaria”

Anexo 2 “Cuadro comparativo”

Anexo 3 “Lista de instituciones”

Anexo 4 “Evaluación final del programa-taller”

Anexo 5 “Glosario”

*CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE TDAH, DIRIGIDO A
DOCENTES DE NIVEL PRIMARIA*

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y elija la opción que considere más adecuada.

- 1.- ¿Qué es el TDAH (Trastorno por déficit de atención e hiperactividad)?
 - a) Un trastorno caracterizado por la elevada inquietud e incapacidad para mantener la atención en clase, por parte de los(as) niños(as) que lo padecen.
 - b) Un trastorno pasajero, en donde los(as) niños(as) no se están quietos(as) y hablan demasiado.
 - c) Un trastorno que se ha inventado para justificar que los(as) niños(as) sean traviosos(as) y no se les pueda controlar.
 - d) Ninguna de las anteriores.

- 2.- Dentro de la escuela, ¿Cómo se manifiesta la hiperactividad, en el niño(a) con TDAH?
 - a) Por la dificultad para permanecer sentado, por correr en el salón y por brincar por todas partes de manera excesiva
 - b) Por aislarse de sus compañeros y permanecer sentado todo el tiempo
 - c) Por No hacer caso cuando se le habla
 - d) Ninguna de las anteriores

- 3.- Los niños(as) con TDAH, tienen más posibilidades de manifestar:
 - a) Bajo rendimiento escolar, inadaptación, aislamiento social y baja autoestima
 - b) Dolor de cabeza, problemas visuales y auditivos
 - c) Ser más capaces escolarmente
 - d) Ninguna de las anteriores

- 4.- ¿Cómo podría saber si un niño(a) padece TDAH?
 - a) Todos los niños(as) traviosos e incontrolables, seguramente padecen TDAH
 - b) Preguntándole a un experto sobre la situación del niño(a)
 - c) Observando su comportamiento, y canalizarlo con los especialistas para que ellos lo determinen
 - d) Ninguna de las anteriores

- 5.- ¿El tratamiento farmacológico es benéfico para cualquier niño(a) con TDAH?
 - a) Si, ya que funciona de la misma forma en todos(as) los(as) niños(as), con TDAH
 - b) No, ya que cada niño(a), reacciona de diferente manera ante el tratamiento

- c) Todo depende del médico que recomiende el tratamiento, ya que si el especialista es bueno, el tratamiento funcionará
- d) Ninguna de las anteriores

6.- Dentro de la escuela, ¿Cómo se manifiesta la inatención y la impulsividad en el niño(a) con TDAH?

- a) Por una incapacidad para seguir instrucciones, organizar trabajo, modular y sostener atención
- b) Por la incapacidad de relacionarse con sus compañeros de clase y maestros(as)
- c) Por gritar en el salón de clases y robar las pertenencias de sus compañeros(as)
- d) Ninguna de las anteriores

7.- ¿Por qué los/las niños(as) con TDAH pueden presentar dificultades en el aprendizaje de la numeración y del calculo mental?

- a) Porque no ponen atención en la clase o el/la docente no explicó bien el tema
- b) Porque justifican el problema con su padecimiento, siendo que no tienen nada que ver
- c) Porque dicho aprendizaje exige monitoreo y atención continua, cosa que se le dificulta al niño(a) que padece TDAH.
- d) Ninguna de las anteriores

8.- Las manifestaciones del trastorno se pueden detectar con claridad:

- a) Al nacer
- b) de los 2 a los 4 años
- c) de los 6 a los 9 años
- d) Ninguna de las anteriores

9.- El TDAH es más común entre:

- a) Hombres
- b) Mujeres
- c) En igual proporción entre hombres y mujeres
- d) Ninguna de las anteriores

10.- ¿Se cree que TDAH, esta ocasionado por el funcionamiento defectuoso de:

- a) Todo el cerebro
- b) Los lóbulos frontales
- c) La mente del niño (a)
- d) Ninguna de las anteriores

11.- En las relaciones interpersonales del niño(a) con TDAH, ¿Cómo se manifiesta la inatención?

- a) Por aislarse de sus compañeros y permanecer sentado todo el tiempo
- b) Por la incapacidad de seguir las reglas en los juegos estructurados o escuchar a otros niños(as)
- c) Por ser el líder del grupo, organiza a sus demás compañeros(as) y pone el orden, marca el ritmo del juego

d) Ninguna de las anteriores

12.- ¿Cuál es la finalidad de realizar un diagnóstico en un niño(a) con probable TDAH?

- a) Identificar lo antes posible los problemas que manifiesta el/la niño(a), para así poder brindarle lo antes posible un tratamiento.
- b) Que la escuela este enterada de cuantos alumnos presentan dicho trastorno
- c) Que el /la docente este enterado(a) de la situación del niño(a), y así justificar las conductas que presenta
- d) Ninguna de las anteriores

13.- Los niños(as) con TDAH presentan una ejecución significativamente inferior en habilidades de:

- a) Deletreo, aritmética y comprensión lectora
- b) En todas las asignaturas
- c) En ninguna, ya que los niños(as) con TDAH no presentan dificultades en sus habilidades
- d) Ninguna de las anteriores

14.- Son síntomas de niños(as) con TDAH:

- a) Inquietud excesiva, incapacidad para centrar la atención, inmadurez
- b) Peleas, agresión, robo, conducta antisocial, desobediencia
- c) Todas las anteriores
- d) Ninguna de las anteriores

15.- ¿Cómo es la escritura de los estudiantes con problemas de TDAH?

- a) Como la de cualquier otro estudiante
- b) Presenta letras irregulares, tachones, márgenes ondulantes, etc.
- c) Escribe borroso y con mayúsculas
- d) Ninguna de las anteriores

16.- ¿Cuál es una de las principales características del TDAH?

- a) Rebeldía
- b) Irritabilidad
- c) Impulsividad
- d) Ninguna de las anteriores

17.- En sus relaciones interpersonales del niño(a) con TDAH, ¿Cómo se manifiesta la impulsividad?

- a) Escuchando a otros niños(as), siguiendo las reglas de los juegos
- b) Por aislarse de los demás niños(as)
- c) Por la dificultad para esperar su turno en el juego, interrumpiendo y tomado objetos sin pedirlos
- d) Ninguna de las anteriores

18.- ¿Qué debe hacer el docente al considerar que un niño(a) padece TDAH?

- a) Informar a los padres/madres del niño(a) y canalizarlo con especialistas
- b) Recomendarle algún medicamento para aminorar sus conductas
- c) Recomendar que lo cambien de escuela

d) Ninguna de las anteriores

19.- Los niños(as) con TDAH suelen tener dificultades para comprender los textos escritos debido a:

- a) No presentan dificultades para comprender los textos
- b) A que el docente no explica bien los temas
- c) A las limitaciones que experimentan en su capacidad atencional y en su memoria de trabajo
- d) Ninguna de las anteriores

20.- ¿Qué factores dan origen al TDAH?

- a) Una gran variedad de factores biológicos y hereditarios
- b) Un golpe en la cabeza
- c) Que sea un hijo(a) No deseado
- d) Ninguna de las anteriores

21.- El tratamiento terapéutico tiene como finalidad:

- a) Controlar las conductas del niño(a)
- b) Que el niño(a) aprenda a controlar su conducta, así como asesorar a padres, madres y docentes en el manejo del niño(a)
- c) Que se medique al niño(a)
- d) Ninguna de las anteriores

22.- En sus relaciones interpersonales del niño(a) con TDAH, ¿Cómo se manifiesta la hiperactividad?

- a) Por la platica excesiva y la incapacidad para jugar silenciosa y tranquilamente
- b) Por aislarse de los demás niños(as)
- c) Por ser el líder del grupo, y organizar a sus demás compañeros(as)
- d) Ninguna de las anteriores

23.- ¿Los(as) niños(as) con TDAH, al crecer dejan de presentar los síntomas de este trastorno?

- a) Si, ya que con el tratamiento adecuado es posible curar por completo a los(as) niños(as) que lo padecen
- b) No, es una enfermedad que no tiene cura, a pesar de llevarse a cabo un tratamiento
- c) No siempre, ya que si el problema es tratado a tiempo, es posible que los síntomas disminuyan.
- d) Ninguna de las anteriores

24.- ¿Cuál de estos medicamentos es el que comúnmente se administra a niños(as) con TDAH?

- a) Praxil
- b) Aspirina
- c) Ritalin
- d) Ninguna de las anteriores

25.- ¿Cuál sería el principal factor para decidirse a emplear un tratamiento farmacológico en un niño(a) con TDAH?

- a) Inmediatamente después de que se detecte que el niño(a) tiene TDAH
- b) Que alguien de la familia lo sugiera
- c) El grado de severidad e incomodidad que originen los síntomas
- d) Ninguna de las anteriores

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN

ELABORADO POR:

López López Sonia

Ruiz Sánchez Laura Ileana

CUADRO COMPARATIVO

TRASTORNO	RESUMEN DE CRITERIOS DEL DSM-IV	SEMEJANZAS CON EL TDAH	PUNTOS CLAVE PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
DEPRESIÓN	<p>Casi todos los días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día (tristeza, vacío, llanto). • Disminución del interés o del placer en casi todas las actividades, durante la mayor parte del día. • Pérdida de peso o aumento significativo, sin estar a dieta. • Insomnio o hipersomnia • Agitación o retraso psicomotores • Fatiga o pérdida de energía • Sentimientos de desvalorización o culpa (autorreproches) • Menor capacidad para pensar o concentrarse • Pensamientos recurrentes de muerte • Deterioro significativo del funcionamiento social, académico o entre otras áreas vitales. 		
TRASTORNO BIPOLAR	<ul style="list-style-type: none"> • En la manía o hipomanía los síntomas aparecen más tarde, habitualmente en la preadolescencia y excepcionalmente antes de los 6 años. El episodio de manía suele ser un periodo de irritabilidad extrema y de rabietas destructivas. • Intervalos de episodios de manía y depresión. Cambios rápidos de humor. • Desafío a la autoridad. • Creencia grandiosa e ilógica de sus habilidades. • Mal comportamiento intencionado. • Suele aparecer en la infancia más como un trastorno depresivo y en la adolescencia como un cuadro maniaco o hipomaníaco. • Irritabilidad, problemas de sueño y problemas de conducta. • Afectación en la capacidad funcional en el colegio y las relaciones con los compañeros y la familia. 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición a un acontecimiento traumático que genera temor 		

<p>TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO</p>	<p>intenso; en niños puede expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recuerdos constantes del evento, pesadillas. • Evitación de estímulos asociados al trauma. • Irritabilidad. • Dificultades para concentrarse. • Hipervigilancia y respuesta exageradas de sobresalto. 		
<p>TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Discute con adultos, desafía a la autoridad. • Negativa a aceptar normas u obedecer ordenes. • Irrita a otros deliberadamente. • Pierde los estribos frecuentemente. Enojón, rencoroso y resentido. • Culpa a los demás por sus errores y mala conducta. • La conducta desafiante se asocia con alto nivel de actividad motora. 		
<p>TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades. • Dificultad para controlar la constante preocupación. • Inquietud, impaciencia, • Tensión muscular. • Dificultad para conciliar o mantener el sueño. • Dificultad para concentrarse. • Irritabilidad • Malestar o deterioro significativo en áreas importantes en la vida del individuo. 		
<p>TRASTORNO DE LA CONDUCTA (DISOCIAL)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Constantemente viola los derechos de los otros o normas sociales importantes. • Agresión a personas o animales: amenaza o intimida a otros; inicia peleas físicas, con personas y/o animales; robo; forzar a alguien a una actividad sexual. • Deliberadamente ha provocado incendios o ha destruido propiedades de otras personas • A menudo miente para obtener bienes o favores, o para evita obligaciones. • Ha permanecido fuera de casa a pesar de las prohibiciones; se escapa de la casa o de la escuela (antes de los 13 años) • Deterioro 		

INSTITUCIONES

- FUNDACION CULTURAL FEDERICO HOTH, A.C.
Torresco No.6 col. Santa Catarina Delegación Coyoacan, CP.04010
Tel. 5339 5065
www.fundacionhoth.org
www.proyectodah.org
- FUNDACION DAHANA
Carretera Mex. Toluca 1725 col. Palo Alto
www.dahana.org
- DIAGNÓSTICO Y SUGERENCIA PARA EDUCAR Y TRATAR A TU HIJ@ CON TDAH.
www.chadd.org (pagina en ingles)
- LINCA. LIGA DE INTERVENCION NUTRICIONAL CONTRA EL AUTISMO E HIPERACTIVIDAD.
Ixcateopan 187 col. Letrán Valle, Delegación Benito Juárez
Tel. 56013648 56058787 fax 56884142
- CENTRO DE ATENCION PARA ADD, HIPERACTIVIDAD, PROBLEMAS DE CONDUCTA Y APRENDIZAJE.
Calle 13 No.85 col. Espartaco CP.04870 Delegación Coyoacan
- CENTRO INTEGRAL DE SALUD MENTAL (CISAME)
Periférico sur No.2905, Col. San Jerónimo Lídice Delegación Magdalena Contreras
Tel. 55956869
- CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL “CUAUHTEMOC” (SECOSAM)
Enrique González Martínez No.131 Col Santa Maria la Ribera Delegación Cuauhtemoc
Tel. 55414749 55411224
- CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL “IZTAPALAPA” (SECOSAM)
Eje 5 sur, Esq. Guerra de Reforma Col. Leyes de Reforma Delegación Iztapalapa
Tel. 56004527 56941660
- CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL “ZACATENCO” (SECOSAM)
Huanuco No. 323, Esq. Av. Ticoman Col. San Pedro Zacatenco Delegación GAM
Tel. 57546610 57546601
- HOSPITAL PSIQUIATRICO “FRAY BERNARDINO ALVAREZ”
Av. San Buenaventura y Niño Jesús No.2 Col.Toriello Guerra Delegación Tlalpan
Tel. 55739774 55131184 (solo adultos)
- HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”
Av. San Buenaventura No.86 Col. Belisario Domínguez Delegación Tlalpan
Tel. 55414749 55411224 (niños y adolescentes)
- HOSPITAL PSIQUIATRICO “DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO”
Km. 5 ½ Autopista México Puebla Col. Santa Catarina, Delegación Tlahuac
Tel. 58601907

➤ INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION Y COMUNICACIÓN HUMANA
"INCH"

Calzada México Xochimilco No.289, Col. Arenal Guadalupe Delegación Tlalpan
Tel. 59991000

Horario: L-V matutino 8:00 a 14:30 vespertino 14:00 a 20:30

**PSICOLOGIA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA*

(Trastornos de lenguaje, aprendizaje, audición, voz y habla)

Ext. 18307

**TERAPIA DE APRENDIZAJE*

(Lecto - escritura)

Ext. 18304, 18306

➤ ASOCIACION MEXICANA POR EL DEFICIT DE ATENCION,
HIPERACTIVIDAD Y ASOCIADOS

Pagina Web exclusivamente

EVALUACIÓN FINAL DEL PROGRAMA-TALLER
(Para él(a) docente)

Nombre del(a) participante: _____

Fecha: _____

Escenario de trabajo: _____

Horario de trabajo: _____

A continuación se presentan una serie de reactivos que permiten obtener información acerca del desempeño del taller. Marque con una “X” la opción que mejor responda a lo observado por usted, de acuerdo a la siguiente escala: **SI, NO, REGULAR.**

	Aspectos a valorar	SI	NO	REG
1	Los temas fueron de su interés.			
2	Pudo expresar las opiniones con libertad.			
3	Sus opiniones fueron respetadas.			
4	Lo presentado por las expositoras fue fácil de entender.			
5	Lo visto en las sesiones le es útil.			
6	Las sesiones fueron agradables.			
7	Las expositoras estuvieron dispuestas a ayudar.			
8	La comunicación con otros(as) docentes fue buena			
9	Los objetivos de las sesiones fueron claros.			
10	Los materiales que utilizaron las expositoras fueron apropiados.			

Observaciones y sugerencias:

G L O S A R I O

Análisis: En sentido amplio es la descomposición de un todo en partes para poder estudiar su estructura y/o sistemas operativos y/o funciones.

Atención: Capacidad para centrarse de manera persistente en un estímulo o actividad concretos. Un trastorno de la atención puede manifestarse por distraibilidad fácil o por dificultad para realizar tareas o concentrarse en el trabajo.

Canalizar: Encauzamiento u orientación de acciones, iniciativas o corrientes de opinión en una dirección o hacia un fin determinado. Canalizar a alguna institución, derivar, encauzar para que reciban la atención.

Conocimiento: es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por si solos, poseen un menor valor cualitativo.

Cuestionario: Conjunto de preguntas a las que el sujeto puede responder oralmente o por escrito, cuyo fin es poner en evidencia determinados aspectos psíquicos.

Déficit: Es la falta o escasez de algo que se juzga como necesario

Identificación: Localización de alguna cosa que no puede observarse directamente mediante aparatos o métodos físicos o químicos.

Dificultades de Aprendizaje: Alteraciones que dificultan la adquisición y utilización del lenguaje, la lectura, la escritura, el razonamiento o las habilidades matemáticas debidas a una disfunción del sistema nervioso central y no a otras causas psicoafectivas o socio-ambientales.

Discapacidad: Restricción o ausencia relacionada con alguna deficiencia del individuo, de naturaleza permanente o temporal, para el desempeño del rol que satisface las expectativas de su grupo social de permanencia.

Diagnóstico: Definir un proceso patológico diferenciándolo de otros. Es el procedimiento por el cual se identifica una **enfermedad**, entidad nosológica, síndrome, o cualquier condición de salud-enfermedad (el "estado de salud" también se diagnostica). En **psicología clínica**, el diagnóstico se enmarca dentro de la **evaluación psicológica**, y supone el reconocimiento de una enfermedad o un trastorno a partir de la observación de sus signos y síntomas.

Estrategia: es un conjunto de acciones que se llevan a cabo para lograr un determinado fin. Es el proceso seleccionado mediante el cual se espera lograr alcanzar un estado futuro.

Etiología: es el estudio de las causas sobre alguna enfermedad, curiosidad, etc. Su origen etimológico proviene del **griego** αιτιολογία, "dar una razón de algo" (αἰτία "causa" + -λογία).¹ Además se refiere al origen de la enfermedad. Este es el significado más comunmente aceptado.

Evaluación: Proceso que tiene como finalidad determinar el grado de eficacia y eficiencia, con que han sido empleados los recursos destinados a alcanzar los objetivos previstos, posibilitando la determinación de las desviaciones y la adopción de medidas correctivas que garanticen el cumplimiento adecuado de las metas presupuestadas.

Hiperactividad: Alteración de la conducta que consiste en la imposibilidad de permanecer quieto, estando en continua actividad y movimiento, incluso durante el sueño.

Hipótesis: Teoría, suposición de una cosa que puede o no ser posible.

Impulsividad: Reacción sin reflexión, de forma inmediata, sin tener en cuenta las consecuencias.

Inatención: Falta de atención y concentración.

Postest: también denominado pilotaje o ensayo previo, se refiere a la fase de experimentación de una prueba o programa nuevo que todavía no está acabada de elaborar.

Pretest: Prueba que se realiza una vez aplicado el experimento o prueba, se utiliza para comparar los resultados con el pre test y medir el impacto del programa.

Secuelas: Una secuela es una marca, defecto físico o psíquico que te puede quedar después de haber sufrido una enfermedad.

Síntomas: Manifestación subjetiva de un estado patológico. Los síntomas son descritos por el individuo afecto más que observados por el examinador.

Taller: un taller es una metodología de trabajo en la que se integran la teoría y la práctica.

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Es un síndrome que se reconoce como primario y cuya causa se encuentra relacionada muy probablemente, con factores genéticos y/o neurológicos por una deficiencia en el funcionamiento de neurotransmisores.

Trastorno: Molestia, problema o perturbación que altera la vida de una persona o su estado de ánimo. Es la alteración leve en el funcionamiento de un órgano corporal.

Tratamiento: es el conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas. Son sinónimos terapia, terapéutico, cura, método curativo.