

# **UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL**

## **Unidad Ajusco**

### **Curso-taller sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad para profesores de escuelas regulares.**

Tesis que para obtener el título de  
Licenciado en Psicología Educativa

Presentan:

Erika Leticia Ferreiro Morales  
Carmen Yazmin Oviedo Gutiérrez

México, D. F.

Junio de 2011.

## **Dedicatorias**

Agradezco a Dios por todas sus bendiciones  
y la dicha de compartir hoy  
la culminación de este proyecto.

### **A mi Abue:**

Te dedico con especial cariño este trabajo,  
por ser el ángel que me acompaña día a día.  
Te llevo en mi corazón.

### **A mis queridos Padres:**

Gracias por su apoyo incondicional, su cariño,  
sus cuidados, su bondad y su inmenso amor.  
Los amo que Dios los Bendiga.

### **A mi tía Emma:**

Gracias por impulsarme, por creer en mí,  
por apoyarme en los momentos difíciles.  
Te quiero mucho.

### **A mis hermanos:**

Ileana, Norma y Raúl por su confianza, apoyo y cariño.

### **A mis sobrinos:**

Por ser la alegría de mi vida.

**CON CARÍÑO**  
**ERIKA**

## Dedicatorias

A Dios:

Por darme la oportunidad de vivir y regalarme una familia maravillosa.

Gracias...

A mis princesas mágicas:

Flor. Mi solcito hermoso que brilla en mi vida tan solo con su presencia.

Alejandra. Mi lunita bella que ilumina de alegría mi vida.

Las amo...

A mi Amore:

Gracias por caminar conmigo, por tu paciencia y amor.

Te amo...

A mis Padres:

Gracias por darme la vida, una carrera para mi futuro y por creer en mí, aunque hemos pasado momentos difíciles, siempre han estado apoyándome y brindándome todo su amor, por todo esto les agradezco que estén a mi lado.

A mi Mamá:

La mujer noble y tierna. Que siempre ha estado para mí. La razón principal por la que hoy estoy aquí. Gracias por ser una madre excepcional, todo un ejemplo a seguir.

Te amo...

A mi Papá:

El hombre duro y amoroso. Gracias en primer lugar por creer en mí y apoyarme en las decisiones que he tomado, por darme una formación y educación estricta y llena de valores.

Te amo...

A mis Nanos:

Vianney. Mi periquita linda. Gracias por ser mi confidente, compañera, amiga y hermana.

Raúl. Mi guerrero. Gracias por ser mi aliado en las batallas.

Los amo...

A Erika:

Muchas gracias por estar conmigo en todo este tiempo donde hemos vivido tiempos felices y tristes, gracias por ser mi amiga y recuerda que siempre te llevaré en mi corazón.

A quienes me enseñaron indirectamente a ser un mejor ser humano, que me dedicaron de su tiempo y ayudaron cuando lo necesite. Y a quienes desafortunadamente en estos momentos no están conmigo. Los extraño mucho...

Yazmin

## **Agradecimientos**

### **GRACIAS HAYDÉE:**

Por tu gran paciencia, tu compromiso, por todas tus enseñanzas,  
por guiarme en este proceso, por responder mis dudas siempre con una sonrisa.  
Agradezco tu entrega y dedicación.

Gracias a los dos niños que participaron en este trabajo.  
**Erika**

### **A Haydée:**

Primero y como más importante, me gustaría agradecer sinceramente a mi tutora de Tesis, la Dra. Haydée Pedraza Medina su esfuerzo y dedicación. Sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para mi formación como Psicóloga Educativa. Has inculcado en mí un sentido de responsabilidad y valor académico sin los cuales no podría tener una formación completa. A tu manera, has sido capaz de ganarte mi lealtad, admiración y respeto, así como sentirme en deuda por todo lo recibido durante el periodo de tiempo que ha durado esta Tesis.

Gracias...  
**Yazmin**

## Índice

Introducción .....	9
El trastorno por déficit de atención e hiperactividad .....	12
Evolución del concepto de TDA-H.....	12
Primeras definiciones del trastorno.....	12
Énfasis en el daño cerebral mínimo o disfunción cerebral mínima.....	16
Énfasis en las características comportamentales.....	19
Énfasis en la pobre inhibición conductual.....	21
Características y diagnóstico de los niños con TDA-H.....	23
Síntomas.....	26
Características.....	28
Diagnóstico .....	34
Integración escolar de niños con TDA-H.....	38
La integración educativa.....	38
Enfoque de las necesidades educativas especiales.....	39
Enfoque cognitivo-conductual en la intervención de niños con TDA-H .....	43
Técnicas de instrucciones.....	43
Método .....	59
Objetivo General.....	59
Objetivos Específicos .....	59
Tipo de Estudio.....	60
Participantes .....	60
Escenario .....	60
Plan de investigación.....	61
Técnicas e instrumentos.....	62
Cuestionario Curso ¿Tienes alumnos con TDA-H en el aula? .....	62
Evaluación psicopedagógica .....	62
Descripción del Documento Individual de Adecuación Curricular .....	65
Curso-taller <i>¿Tienes un alumno con TDA-H en el aula y no sabes qué hacer?</i> .....	65
Programa cognitivo- conductual .....	67
Definición conceptual y operativa de las estrategias de apoyo .....	69

Resultados .....	74
Etapa 1. Necesidades educativas especiales de alumnos con TDA-H.....	74
Informe de evaluación psicopedagógica de Pedro.....	74
Informe de evaluación psicopedagógica de Gregorio .....	81
Etapa 2. Curso -taller ¿Tienes alumnos con TDA-H en el aula y no saber qué hacer?.....	87
Evaluación inicial.....	87
Instrumentación del curso-taller .....	89
Evaluación final del taller ¿Tienes alumnos con TDA-H en el aula? .....	92
Evaluación del curso taller por parte de las profesoras.....	94
Etapa 3. Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo de niños con TDA-H en el aula regular.....	95
Estrategia 1. Demora forzada .....	95
Estrategia 2: Modelado participativo .....	97
Estrategia 3. Autoinstrucciones .....	100
Estrategia 4. Refuerzos y castigos .....	102
Estrategia 5. Autoevaluación.....	105
Estrategia 6. Autoreforzo individual.....	106
Estrategia 7. Autocontrol .....	107
Conclusiones.....	109
Lista de referencias .....	116
Anexo 1. Cuestionario Curso .....	120
Anexo 2. Curso-Taller ¿Tienes un alumno con TDAH en el aula y no sabes qué hacer? .....	121
Anexo 3. Evaluación de Curso-Taller .....	123
Anexo 4. Estrategias del programa cognitivo-conductual .....	124

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

### Figuras

Figura 1. Punto positivo (verde) y punto negativo (rojo) .....	55
Figura 2. Recuento de puntos .....	57
Figura 3. La tiendita de la amistad .....	90
Figura 4. Puntaje de la evaluación inicial y final de las profesoras participantes en el curso- taller .....	92
Figura 5. Promedio de puntos obtenidos en la evaluación del curso.....	94
Figura 6. Tiempo promedio de la estrategia de demora forzada en segundos.....	97
Figura 7. Frecuencia promedio de la estrategia de modelado participativo.....	100
Figura 8. Avance obtenido con los refuerzos .....	104
Figura 9. Promedio de autoevaluación.....	106

### Tablas

Tabla 1. Resumen de los primeros estudios sobre la descripción del TDA-H .....	15
Tabla 2. Características del síndrome de lesión cerebral y de disfunción cerebral mínima .....	18
Tabla 3. Sintomatología.....	26
Tabla 4. Ejemplo de aplicación del procedimiento autoinstrucciones.....	45
Tabla 5. Ejemplo sobre verbalizaciones utilizadas en la identificación del problema..	46
Tabla 6. Ejemplo sobre verbalizaciones utilizadas en la producción de alternativas ..	46
Tabla 7. Ejemplo sobre verbalizaciones utilizadas en la previsión de alternativas.....	47
Tabla 8. Ejemplo sobre verbalizaciones utilizadas en la selección de la mejor alternativa	47
Tabla 9. Ejemplo sobre verbalizaciones utilizadas en la planificación de la acción a realizar.....	47
Tabla 10. Contenido y secuencia del entrenamiento en solución de problemas .....	49
Tabla 11. El modelado.....	51
Tabla 12. Autoevaluación utilizada en este programa de tratamiento. ....	52
Tabla 13. Ejemplo sobre demora forzada .....	52
Tabla 14. Alumnos participantes .....	60
Tabla 15. Datos generales de las trece profesoras participantes .....	87
Tabla 16. Diferencias de medias las profesoras participantes en el taller ¿Tienes alumnos con TDA-H en el aula? .....	92
Tabla 17. Ejemplo de trabajo para la estrategia de demora forzada .....	95
Tabla 18. Ejemplo de trabajo para la estrategia de modelado participativo. ....	98
Tabla 19. Conductas problema y modelado participativo. ....	99
Tabla 20. Conductas problema y autoinstrucciones .....	101
Tabla 21. Etapas de entrenamiento con modelado participativo y autoinstrucciones	101
Tabla 22. Ejemplo de registro de conductas para el manejo de refuerzos .....	104
Tabla 23. Ejemplo de registro de conductas para el manejo de refuerzos .....	105
Tabla 24. Conductas antecedentes conducta de autorefuero.....	107
Tabla 25. Ejemplos de conductas de autocontrol .....	108

## Resumen

En el presente trabajo se describe un proceso de intervención de tipo cognitivo – conductual para que dos niños diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA-H) puedan mejorar el autocontrol personal, la atención y la autoevaluación, este trastorno que desde las últimas décadas ha experimentado un creciente interés en su definición, sintomatología, características, diagnóstico y tratamiento, lo que se ha convertido en un aumento significativo de los artículos publicados desde sus inicios hasta nuestros días; especialmente por la preocupación de padres y profesores, por los problemas de adaptación que pueden llegar a presentar estos niños en su entorno escolar, familiar y social, debido a su capacidad deficiente para controlar su conducta impulsiva y su actividad excesiva.

La primera etapa se refiere a la evaluación psicopedagógica de dos niños derivados por diagnóstico de TDA-H. En la segunda etapa se realizó el diseño, implementación y evaluación de un taller informativo sobre las características del TDA-H para profesores de educación básica regular. La tercera etapa consistió en la implementación y evaluación de un programa cognitivo-conductual a los niños diagnosticados con TDA-H.

En el análisis de resultados se identificaron diferencias significativas en los puntajes de ambas evaluaciones mostrando que los niños mejoraron su conducta después de la aplicación del programa de intervención de tipo cognitivo-conductual. Con esta investigación, se reafirma la necesidad de desarrollar programas de intervención que respondan a las necesidades educativas específicas de las personas con TDA-H y tener oportunidades de participar adecuadamente en su entorno.

## Introducción

Una de las principales preocupaciones de la sociedad y de sus sistemas de salud y educación es lograr la prevención y tratamiento de desórdenes conductuales y emocionales. Especialmente existe la preocupación entre los padres y profesores por aquellos niños que presentan dificultades de atención y concentración, impulsividad en su modo de pensar y comportarse, sobreactividad y dificultades para auto controlar su conducta. Actualmente, este interés se ha visto reflejado en el aumento de derivaciones de estos niños a los centros asistenciales y consultas privadas para su atención, porque la sintomatología que ellos presentan perturba tanto a su entorno, como a ellos mismos.

Es así como, existe una alteración conductual denominada Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA-H), que aparece tempranamente en el niño y evoluciona de diversas maneras hacia la adultez. La preocupación por este cuadro se debe a su alta incidencia en la población infantil, y por los problemas de adaptación que pueden presentar estos niños en su ambiente familiar, escolar y social, debido a su deficiente capacidad para controlar sus conductas impulsivas y actividad excesiva. Por esta razón, se reconoce la importancia de comunicar sobre este trastorno, para estar informados y así conocer sus características y formas de abordarlo, sobre todo en el ámbito escolar, donde se comienzan a notar claramente los problemas conductuales que los alumnos presentan teniendo el profesor una labor importante en orientar a los padres sobre los pasos que deben seguir para poder minimizar las consecuencias que trae consigo dicho trastorno.

El profesor de alumnos con TDA-H necesita disponer de recursos metodológicos e instrumentales para organizar sus aprendizajes de manera específica: mayor claridad en las estrategias que sean estimulantes en el contexto escolar, mayor detalle del comportamiento esperado del alumno y mayor concreción de las consecuencias de cada comportamiento.

Los términos TDA y TDA-H aparecen juntos con mucha frecuencia en la descripción de niños y jóvenes con problemas de comportamiento y de rendimiento escolar. Con tal motivo, se hace necesario facilitar la comprensión de los mismos a las familias y a los profesores poco especializados. De este modo se explica cómo, tras un proceso de asesoramiento a los profesores que desemboca en una adaptación de los métodos de enseñanza a las peculiares condiciones biológicas del niño, éste puede recuperar su retraso escolar y progresar adecuadamente al ritmo de sus compañeros.

El profesor debe tener en cuenta las habilidades previas y las capacidades, más o menos limitadas, de cada alumno para adecuar el proceso de enseñanza-aprendizaje a las mismas. Ritmos de progreso, contextos explícitos de aprendizaje en los cuales el alumno pueda conocer sin ninguna duda cuál es el comportamiento que se espera de él, información inmediata y concreta sobre su ejecución. Por tales motivos el interés de esta investigación, es ofrecer un taller de información sobre el TDA/TDA-H que permita modificar las concepciones y actitudes con las que cuenta una muestra de profesores de una escuela primaria regular, además de facilitar la labor educativa y el tratamiento de alumnos con TDA / TDA-H en educación básica.

Esta investigación se realizó en tres etapas. La primera se refiere a la evaluación psicopedagógica de dos niños derivados por diagnóstico de TDA-H, en la segunda etapa se realizó el diseño, implementación y evaluación de un taller informativo sobre las características del TDA-H para profesores de educación básica regular, la tercera etapa consistió en la implementación y evaluación de un programa cognitivo-conductual a dos niños diagnosticados con TDA-H.

En el primer capítulo, se habla del Trastorno por Déficit de Atención e hiperactividad, describiendo la evolución del concepto de TDA-H, las primeras definiciones del trastorno. Dentro del segundo capítulo se explica el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA-H) su sintomatología, características y diagnóstico.

Con respecto al tercer capítulo se describe el tema de la integración escolar de niños con que presentan TDA-H y las necesidades educativas especiales. En el cuarto capítulo se describe el enfoque cognitivo-conductual en la intervención de niños con TDA-H, y las técnicas utilizadas. En el quinto capítulo se describe el método que se utilizó para realizar la investigación, el tipo de estudio, el plan de investigación, las técnicas e instrumentos y la definición conceptual u operativa de las estrategias de apoyo.

En el sexto capítulo se presentan los resultados obtenidos de la evaluación psicopedagógica, la evaluación del taller informativo sobre el Trastorno por Déficit de Atención para profesores de educación básica regular, y los resultados de la evaluación del programa cognitivo-conductual de los niños diagnosticados con TDA-H. Finalmente, se presentan las conclusiones del estudio.

# **El trastorno por déficit de atención e hiperactividad**

## ***Evolución del concepto de TDA-H.***

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA-H) es uno de los trastornos infanto-juveniles más estudiado en psicopatología infantil, como así lo demuestran los más de 90 términos diagnósticos utilizados para designarlo (Sulzbacher, 1985, citado por García y Polaino, 1997) y los miles de artículos publicados sobre el tema. Sin embargo, y pese al interés y a los estudios realizados, todavía existen discrepancias tanto en la terminología utilizada para referirse al trastorno, como respecto a su etiología, al diagnóstico diferencial y a su tratamiento (García y Polaino, 1997).

## **Primeras definiciones del trastorno**

Sir George Frederic Still (1902) y Alfred F. Tredgold (1908) fueron los primeros autores que acuñaron el término de hiperactividad. George F. Still (1868-1941) fue profesor en el King's College Hospital en Londres. Este pediatra inglés fue conocido principalmente por sus descripciones acerca de niños con artritis crónica reumatoide. Still analizó con detalle 20 historias clínicas de niños que presentaban problemas de conducta y posteriormente realizó una descripción precisa de las características que presentaban: los definió como niños con temperamento violento, revoltosos, inquietos, molestos, destructivos, incapaces de fijar la atención y de reaccionar ante los castigos, que presentaban fracaso escolar en ausencia de déficit intelectual, mostrando movimientos coreiformes y anomalías congénitas menores como epicantus y paladar ojival. Según el citado autor, estas alteraciones eran resultado de un daño pre o postnatal que afectaba a una cualidad intrínsecamente humana que denominó *control moral* (Still 1902, citado por Sandberg, 1996).

Tredgold (1908, citado por Taylor, Evrir, Thorley, Schachar, Rutter y Wieselberg 1986) en su libro *Mental Deficiency*[Deficiencia Mental] describió a una serie de

niños con problemas de conducta, clasificándolos dentro del grupo de deficientes mentales -no idiotas- incapaces de recibir beneficios de las enseñanzas ordinarias que se les daban en el colegio, pero capaces de progresar con atención individual y clases especializadas. Estos niños mostraban rasgos físicos peculiares tales como tamaño y forma anormal de la cabeza, anormalidades en el paladar y signos neurológicos leves. Tredgold consideraba que la causa de tales problemas era el resultado de una anoxia durante el nacimiento que no era detectada a tiempo y producía daño en un área del cerebro, área en la que residía, según el autor, el *sentido de la moral*. Las consecuencias de tal daño, de acuerdo con Tredgold, podían transmitirse de una generación a otra, y adoptar formas diversas como hiperactividad, migraña, epilepsia, histeria y neurastenia.

La concepción que Still y Tredgold tenían sobre la explicación del trastorno debe considerarse dentro del contexto social y científico de la época. La Inglaterra del siglo XIX estuvo marcada por el poder económico y la revolución industrial; la sociedad inglesa se caracterizaba por una estructura jerárquica en la que las clases bajas sufrían frecuentemente las consecuencias adversas de la transformación económica, tales como la mortalidad infantil, las dificultades de aprendizaje, la delincuencia, etc. Las deficiencias morales e intelectuales de las clases bajas tendían a ser identificadas como la causa, más que la consecuencia, de tales circunstancias.

Es en este contexto en el que Still realizó su explicación sobre los defectos del control moral de los niños con problemas de conducta. Still consideraba que la conciencia moral y el control moral eran habilidades frágiles y de especial labilidad para la pérdida o el fracaso en su desarrollo. Estos problemas afectaban principalmente a las clases bajas; su hipótesis viene muy marcada por los principios del darwinismo social muy en boga en la época. Igual ocurre con la hipótesis de Tredgold, en la que el daño cerebral sufrido en los primeros estadios de desarrollo del individuo era el responsable directo de muchos de los problemas aparecidos en la infancia (Sandberg, 1996).

En la bibliografía psiquiátrica, en el siglo XIX, se encuentran estudios de casos individuales que también se interesaron por tal fenómeno. L.B. Hoffman (1844, citado por Benjumea y Mojarro, 1995), psiquiatra alemán, describió la conducta de un supuesto niño hiperactivo “Zappel Philipp” en unos cuentos infantiles. Años más tarde, Ireland (1877, citado por García y Polaino-Lorente, 1997) hizo lo propio en su libro *Medical and Education Treatment of various forms of idiocy*. Clouston (1892, citado por Sandberg, 1996) señalaron la sobreactividad y la inquietud como sus rasgos característicos. Bourneville (1897, citado por Benjumea y Mojarro, 1995) describió a estos niños como inquietos y sobreactivados, llamándolos *niños inestables*, término que posteriormente fue recogido por Heuyer (1914, citado por Sandberg, 1996) en su tratado sobre *niños anormales y delincuentes juveniles*.

En España, durante este mismo período, Rodríguez Lafora (1917, citado por Benjumea y Mojarro, 1995) al hablar de las perturbaciones de la motilidad, hace referencia a la constitución psicopática de los niños inestables. En general, durante esta primera etapa histórica, se atribuye al trastorno un origen orgánico con poca o nula influencia ambiental (Sandberg, 1996).

La epidemia de encefalitis de 1917-1918 en América jugó un papel destacado en la explicación de la hiperactividad. Tras la epidemia, numerosos clínicos encontraron que los niños que habían padecido tal enfermedad mostraban secuelas conductuales y cognitivas similares a las halladas en niños con hiperactividad (Hohman 1922, Ebaugh 1923, Sante de Sanctis 1923, Streker y Ebaugh 1924, Kahn y Cohen 1934). Por ejemplo, Hohman, 1922 y Ebaugh, 1923 (citados por Benjumea y Mojarro, 1995) describieron a un total de 28 niños que habían padecido encefalitis y que, al parecer, ésta les habría provocado una ligera disfunción cerebral. Un año más tarde, Streker y Ebaugh (1924, citados por Sandberg, 1996) describían secuelas neurológicas y conductuales en los niños que habían padecido encefalitis, tales como hiperactividad, inestabilidad emocional, irritabilidad, problemas de atención y de memoria.

Kahn y Cohen (1934, citados por Sandberg, 1996) describieron la presencia de déficits orgánicos en tres casos en los que el principal problema era la hiperactividad. Según los citados autores, una alteración en la organización del tronco cerebral causada por encefalopatía prenatal, daño prenatal o perinatal o por un defecto congénito, afectaba a la modulación del nivel de actividad cerebral. Estos autores acuñaron el término de *Síndrome de Impulsividad Orgánica*, que se caracterizaba por la presencia de hiperactividad, impulsividad, conducta antisocial y labilidad emocional, todo ello como consecuencia de una alteración cerebral.

Así, durante este periodo, década 20-30, se empezó a reconocer la interacción entre los factores orgánicos y los factores ambientales en la explicación de la hiperactividad, al comprobarse que los niños víctimas de una encefalitis presentaban secuelas conductuales que permitían, al menos, fundar la sospecha de que la conducta desinhibida y el exceso de actividad eran consecuencia de una disfunción cerebral. La tabla 1 recoge los primeros estudios en la descripción del TDA-H.

Tabla 1. Resumen de los primeros estudios sobre la descripción del TDA-H

<b>Autores</b>	<b>Descripción</b>	<b>Características</b>
Still (1902)	Defectos en el control moral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temperamento violento</li> <li>• Revoltosos</li> <li>• Destructivos</li> <li>• Inquietos</li> <li>• Molestos</li> <li>• Incapacidad para mantener la atención</li> <li>• Fracaso escolar</li> <li>• Ausencia de respuesta a los castigos</li> <li>• Ausencia de déficit intelectual</li> <li>• Movimientos casi coreiformes</li> <li>• Anomalías congénitas menores como epicantus y paladar ojival</li> </ul>
Tredgold (1908)	Dentro del grupo de deficientes mentales –no idiotas-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipercinesia</li> <li>• Anormal tamaño y forma de la cabeza</li> <li>• Anormalidades en el paladar</li> <li>• Varios signos neurológicos menores</li> <li>• Problemas de coordinación</li> <li>• Disminución o excesivo nivel de actividad</li> <li>• Falta de atención</li> <li>• Desobediencia</li> <li>• Conducta antisocial o criminal</li> <li>• Ausencia de deficiencia intelectual severa</li> <li>• Incapaces de recibir beneficios de la enseñanza ordinaria</li> </ul>

Tabla. 1. Continuación...

<b>Autores</b>	<b>Descripción</b>	<b>Características</b>
Rodríguez Lafora (1917)	Perturbaciones en la motilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividad inusitada</li> <li>• Mentalmente normales</li> <li>• Incapacidad para dominar sus reacciones</li> <li>• Nerviosos</li> <li>• Indisciplinados</li> <li>• Movilidad física, paralela a la psíquica</li> <li>• Falta de atención</li> <li>• Molestos</li> <li>• Inquietos</li> </ul>
Hohman (1922) y Ebaugh (1923)	Síndrome de inestabilidad psicomotriz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secuelas neurológicas y conductuales</li> <li>• Síntomas de disfunción ligera en el cerebro</li> <li>• Indiferencia</li> <li>• Exhibicionismo</li> <li>• Precocidad sexual</li> <li>• Hipersomnia</li> <li>• Reacciones histéricas</li> </ul>
Streker y Ebaugh (1924)	Trastorno de conducta postencefálico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inestabilidad emocional</li> <li>• Irritabilidad</li> <li>• Obstinación</li> <li>• Tendencia a mentir y a robar</li> <li>• Empeoramiento en la atención y la memoria</li> <li>• Desaliñados</li> <li>• Desordenados</li> <li>• Tics</li> <li>• Depresión</li> <li>• Pobre control motor</li> </ul>
Kahn y Cohen (1934)	Síndrome de Impulsividad Orgánica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hiperactividad</li> <li>• Impulsividad</li> <li>• Conducta antisocial</li> <li>• Labilidad emocional</li> </ul>

### **Énfasis en el daño cerebral mínimo o disfunción cerebral mínima**

Como se ha comentado, la relación entre la conducta de niños víctimas de una encefalitis y la conducta que mostraban niños considerados hiperactivos hizo suponer que la hiperactividad era fruto de una disfunción cerebral sobrevenida por una enfermedad. Otro hecho igualmente importante durante este periodo fue el descubrimiento del “efecto de la calma paradójica”, observado por Bradley en 1937. Se denominó así a la mejoría que la medicación psicoestimulante producía en la conducta de los niños con hiperactividad. Bradley observó cómo los niños con hiperactividad, que recibían tratamiento con benzedrina, mejoraban su conducta y rendimiento respecto a los niños sin este tipo de tratamiento (citado en Sandberg, 1996).

La relación de la hiperactividad con la encefalitis letárgica y la mejora de los síntomas con tratamiento farmacológico condujeron a la idea de que los niños con hiperactividad presentaban algún tipo de problema cerebral. Strauss, Kephart y Lehtinen y Goldberg en 1955 (citado por Sandberg, 1996) designaron al trastorno “Lesión Cerebral Mínima” (Minimal Brain Damage), considerando el daño cerebral como única causa del trastorno. La popularidad que rodeó al término de lesión cerebral mínima como explicación de los problemas que presentaban los niños hiperactivos se vio incrementada por el énfasis que hicieron sus autores en la necesidad de detectar el problema a tiempo, a fin de poder tratarlo adecuadamente, tanto en el ámbito psicológico como educativo (García y Polino-Lorente, 1997). Autores como Pasamick, Rogers, Lihienfeld (1956); Knobloch y Pasamick (1959) ayudaron a defender e impulsar este concepto (citados en García y Polino-Lorente, 1997).

Poco a poco el término de lesión cerebral se convirtió en un cajón de sastre en el que se incluía a un grupo muy heterogéneo de niños con problemas de conducta y/o de aprendizaje. Paralelamente, y al filo de los años 50, se diseñaron en EEUU un gran número de programas de educación especial para aquellos niños que padecían algún tipo de lesión cerebral (García, et al. 1997). Estos niños eran colocados estratégicamente en cubículos con la finalidad de que no se distrajeran con estímulos novedosos y/o extraños.

A finales de esa época, y tras muchos estudios realizados para comprobar la relación entre daño cerebral e hiperactividad, la explicación de daño cerebral como única causa del trastorno fue cambiando ya que no se pudo demostrar que los niños con hiperactividad tuviesen algún tipo de daño cerebral. En los años 60 se seguía considerando como causa probable del trastorno algún tipo de disfunción cerebral, aunque no se afirmaba rotundamente la existencia de un daño cerebral en la explicación de la hiperactividad (Sandberg, 1996).

El cambio de término de “daño cerebral” a “disfunción cerebral” vino auspiciado por un trabajo encargado a Clements en 1966 por el Departamento Americano de Salud, Educación y Bienestar. Clements (1966, citado por Sandberg, 1996) defendía que la Disfunción Cerebral Mínima, asociada a disfunciones del Sistema Nervioso Central, era responsable de los trastornos de conducta y de los problemas de aprendizaje de niños con inteligencia normal. Según el citado autor, la etiología del cuadro se debía a variaciones genéticas, irregularidades bioquímicas, daño pre o perinatal, o lesiones producidas en la maduración del Sistema Nervioso Central. Bajo esta concepción, los niños hiperactivos presentaban desajustes perceptivo-motores, inestabilidad emocional, déficits generales en la coordinación óculo-manual, déficits de memoria, problemas de lenguaje y audición, signos neurológicos menores, dificultades específicas de aprendizaje (lectura, escritura y matemáticas) y/o irregularidades electroencefálicas con un origen orgánico. La tabla 2 recoge las características del síndrome de lesión cerebral y el de disfunción cerebral mínima, ambos considerados como supuesto origen de la hiperactividad.

Tabla 2. Características del síndrome de lesión cerebral y de disfunción cerebral mínima

<b>Autores</b>	<b>Descripción</b>	<b>Características</b>
Strauss, Kephart, Lehtinen, Goldstein (1947)	Síndrome de lesión cerebral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas de percepción</li> <li>• Problemas de lenguaje</li> <li>• Problemas emocionales</li> <li>• Hiperactividad (Desinhibición motora)</li> <li>• Falta de atención</li> <li>• Impulsividad</li> <li>• Poco perseverantes</li> <li>• Importantes déficits cognitivos</li> </ul>
Clements y Peters (1962)	Disfunción Cerebral Mínima	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Defectos perceptivos</li> <li>• Alteraciones de aprendizaje</li> <li>• Alteraciones de conducta</li> <li>• Buena respuesta a drogas y no a psicoterapia</li> <li>• Hiperactividad</li> <li>• Deterioro perceptivo motor</li> <li>• Labilidad emocional</li> <li>• Déficit general en coordinación</li> <li>• Trastorno de atención</li> <li>• Impulsividad</li> <li>• Trastorno de memoria</li> <li>• Alteraciones de aprendizaje</li> <li>• Trastorno de lenguaje y de audición</li> <li>• Signos neurológicos menores</li> <li>• Electroencefalograma irregular</li> </ul>

### **Énfasis en las características comportamentales**

A principios de los años 70 la insatisfacción con el término “disfunción cerebral mínima” fue en aumento. Durante esta época se observó una creciente tendencia a conceptualizar la hiperactividad como un síndrome marcadamente conductual, al no haberse podido demostrar de forma fehaciente la existencia de una lesión orgánica o una disfunción cerebral mínima como base etiológica responsable del trastorno. Este hecho, unido al impulso de los programas de educación especial llevados a cabo en Norteamérica, y a la escolarización obligatoria, propició la búsqueda de una nueva definición más funcional del trastorno, que incidiera más en los aspectos comportamentales y cognitivos del problema y que ayudase a dibujar el tratamiento a seguir. A ello contribuyeron autores como Cantwell (1972); Morrison y Steward (1971, citado por Sandberg, 1996); Needleman, Gunnue y Lenton (1979, citado por Benjumea y Mojarro, 1995) y Sandberg, Wielgerberg y Shaffer (1980). Estos autores enfatizaron los factores psicológicos y ambientales en la explicación del trastorno.

Durante este mismo periodo surgieron multitud de investigaciones sobre los factores de riesgo relacionados con la hiperactividad. Morrison y Steward (1971, citado por Sandberg, 1996), por ejemplo, señalaron la presencia de algún tipo de psicopatología en los padres, tales como el alcoholismo y/o problemas afectivos, como factores de riesgo. Esta idea fue recogida, años más tarde, por Needleman, Gunnue y Lenton (1979, citado por Benjumea y Mojarro, 1995) para referirse a los niños con hiperactividad.

Un hecho importante en este periodo fue la investigación presentada por Douglas y su equipo (1972) en la Asociación Canadiense de Psicólogos. En ella se subrayaron los aspectos cognitivos del trastorno y se apuntó la idea de que la deficiencia básica de los niños hiperactivos era su incapacidad para mantener la atención y controlar su impulsividad, y no la excesiva actividad motriz, lo que supuso un nuevo planteamiento del problema. La definición propuesta por el grupo de Montreal constituyó uno de los antecedentes más próximos a la postura

taxonómica del trastorno propuesta por el DSMIII (APA, 1980), que introdujo nuevos criterios para la definición del trastorno, denominándolo “déficit de atención con o sin hiperactividad”. En esta nueva definición se otorgó mayor énfasis a los aspectos atencionales del trastorno.

Los nuevos criterios propuestos en el DSM-III para el trastorno fueron bien recibidos por la comunidad científica, aunque no estuvieron exentos de críticas de quienes se oponían a considerar la hiperactividad como trastorno, argumentando que los síntomas que dibujan el cuadro no eran específicos de este síndrome, sino más bien síntomas que comparten otros trastornos de la psicopatología infantil (Sandberg et al. 1980; Shaffer, 1985).

Autores como Barkley (1999) llegaron incluso a proponer una nueva definición de hiperactividad, considerando que los déficits de atención que presentaban estos niños se extendían al control de la impulsividad y el autogobierno de la propia conducta (obediencia, autocontrol y solución de problemas), que aparecía en la infancia o en la niñez temprana, y que resultaba significativamente molesta para su entorno. El trastorno no era consecuencia directa de otros trastornos como retraso intelectual, alteraciones severas del lenguaje, problemas emocionales o desajustes sensoriales o motores.

Las críticas respecto a la clasificación nosológica del DSM-III produjeron una revisión de sus criterios que se materializó en la publicación de la tercera edición revisada del DSM en 1988. El DSM-III-R agrupó los síntomas en un único subtipo, el *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*. Este nuevo ajuste en la conceptualización del trastorno tampoco estuvo exenta de críticas, entre ellas la escasa referencia a los instrumentos o medidas necesarios para evaluar el trastorno, la ausencia de criterios psicométricos definitorios de la alteración, la escasa atención prestada al grado de severidad conductual necesaria para considerar al niño como hiperactivo y la escasa especificidad del criterio temporal (García, et. al, 1997).

### **Énfasis en la pobre inhibición conductual**

La década de los 90 podría ser denominada la era de la *función ejecutiva*, término que aparece en la gran mayoría de los estudios sobre psicopatología del desarrollo, incluyendo aquellos que se han centrado en el estudio del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. El término *función ejecutiva* es utilizado para referirse a procesos que incluyen una o más de las siguientes capacidades: la autorregulación, la secuenciación de la conducta, la flexibilidad de pensamiento, la memoria de trabajo, la planificación, la inhibición de respuestas y la organización de la conducta (Tannock, 1998; Mota y Schachar, 2000).

Cada uno de estos procesos es difícil de definir y evaluar. Dos de ellos, la inhibición de respuestas y la memoria de trabajo, han sido objeto de estudio en los modelos explicativos del TDA-H. Las teorías actuales sobre el TDA-H enfatizan el constructo de impulsividad (pobre inhibición conductual) como característica esencial del trastorno (Barkley, 1999; Tannock, 1998). Concretamente: la pobre inhibición conductual, la dificultad para inhibir o retrasar una respuesta conductual, son las características distintivas del trastorno.

Uno de los modelos elaborados más completos del TDA-H es el propuesto por Barkley (1999). Este autor defiende que estos niños presentan un déficit en la capacidad para inhibir la conducta ante un estímulo. La mayoría de los niños, conforme van creciendo, adquieren la capacidad de poner en práctica actividades mentales que les ayudan a apartarse de las distracciones, a fijarse unas metas y a dar los pasos necesarios para alcanzarlas. Sin embargo, a los niños con TDA-H les falta el autodominio y el poder de restricción imprescindibles para inhibir las conductas que interfieren con la adquisición y funcionamiento de las funciones ejecutivas. Según Barkley, las funciones ejecutivas pueden agruparse en cuatro tipos de actividades mentales:

- La *memoria operativa*: es la capacidad de tener presente la información auditiva o visual en el sistema cognitivo mientras realizamos una tarea, aunque ya no exista el estímulo que la originó. Este tipo de recuerdo nos permite analizar y manipular la información que tenemos para dar una respuesta acorde con la situación y con miras a un fin determinado.

- La *interiorización del habla*: nos proporciona los medios para describirnos las situaciones, para reflexionar sobre ellas, seguir reglas e instrucciones, cuestionarnos la resolución de un problema, etc. Las primeras manifestaciones de esta función la apreciamos antes de los seis años, momento en el que algunos niños acostumbran a hablarse a sí mismos recordándose cómo hacer una tarea o tratando de solucionar un problema. Paulatinamente, a partir de esta edad y a lo largo de la escolaridad, la interiorización del habla se irá transformando en habla subvocal y, finalmente, en inaudible.

- La *autorregulación de las emociones, la motivación y la atención*. Este control nos ayuda a alcanzar nuestros objetivos, pues nos permite diferir las reacciones emocionales ante un acontecimiento determinado que nos distrae. La demora en la respuesta facilita que podamos realizar una evaluación objetiva y racional de la situación, teniendo en cuenta las perspectivas y necesidades de los otros.

- La *reconstrucción* consta de dos procesos distintos: la segmentación de las conductas observadas (análisis) y la combinación de sus partes en nuevas acciones no aprendidas de la experiencia (síntesis). La capacidad de reconstruir nos permite crear nuevas conductas a partir de otras ya adquiridas.

Barkley (1999) mantiene que los niños con TDA-H presentan un fallo en la inhibición conductual que retrasa la adquisición de la capacidad para interiorizar y efectuar las cuatro funciones mentales ejecutivas. El déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad de estos niños vendrían causados por un fallo en el sistema de inhibición conductual sobre todo en el control de la interferencia. Los

problemas de atención serían una dificultad para dirigir sus conductas hacia una meta, formular y seguir un plan para conseguir la meta propuesta, conseguir la motivación necesaria para mantener la conducta y prescindir de las distracciones. Las implicaciones del modelo de Barkley para el tratamiento del TDA-H son muy importantes. Los objetivos que se desprenden de la propuesta de Barkley son: ayudar a estos niños a mejorar su capacidad en definir los problemas, en analizar sus partes, y en buscar las opciones que mejor convengan a cada situación teniendo en cuenta múltiples perspectivas; mejorar sus autoinstrucciones, saber automotivarse y mantener el esfuerzo hacia sus objetivos, y combinar este aprendizaje con un ambiente adecuado, suficientemente estructurado que les permita aumentar su capacidad de inhibir y regular su conducta.

### ***Características y diagnóstico de los niños con TDA-H***

El término “déficit” implica ausencia o carencia de aquello que se juzgue como necesario (Diccionario de la lengua española, 1988). En psicología el “déficit” denota carencia o ausencia de habilidades, destrezas y capacidades, relacionadas a un área determinada del funcionamiento del individuo. En el plano aplicativo el término “déficit” suele estar comúnmente relacionado con palabras como: deficiencia, insuficiencia, limitaciones y discapacidades.

Al respecto la Organización Mundial de la Salud (1992) señala que la deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función, mientras que discapacidad es la ausencia o restricción de la capacidad de realizar una actividad dentro del rango que se considera normal para el ser humano, esto es consecuencia de la deficiencia. Sin embargo, se hace necesario diferenciarlo de “dificultades” o “defectos”, pues estos términos son populares y muy generales y no se limitan a señalar solo las carencias, sino también los excesos, mientras que el “déficit” designa únicamente ausencias, carencias e insuficiencias de algo considerado como necesario para su funcionamiento adecuado.

Cabe resaltar que en la mayoría de diccionarios psicológicos y pedagógicos no se hace mención al “déficit”, generalmente este término es asociado a otros constructos o funciones para explicar deficiencias, carencias y ausencias de las mismas. Operacionalmente el déficit de atención es la ausencia, carencia o insuficiencia de las actividades de orientación, selección y mantenimiento de la atención, así como la deficiencia del control y de su participación con otros procesos psicológicos, con sus consecuencias específicas.

La Sociedad Española de Neurología (1989) señala que el Déficit de Atención se caracteriza por los mismos síntomas del Síndrome Hiperactivo, con exclusión de síntomas derivados de la hiperactividad; es decir, son síntomas derivados de la falta de atención, no debidos a retraso mental grave, trastornos afectivos ni esquizofrenia. Ardila y Rosselli (1992) mencionan al déficit de atención como defectos atencionales, y proponen que estos son provocados por lesiones cerebrales, es esencial encontrar: insuficiencias en el nivel de alerta, fluctuaciones de la atención, defectos de la concentración e impulsividad, tales defectos son especialmente evidentes en caso de patologías de los lóbulos frontales y es usual encontrarlos en pacientes que hayan sufrido trastornos craneoencefálicos.

Cabe resaltar que en los Manuales de Diagnóstico de Trastornos Mentales y del Comportamiento: CIE-10 y DSM-IV, TDA-H no es definido operacionalmente. En el CIE-10 (1994) TDA-H es considerado como síntoma de un trastorno hiperactivo. La Organización Mundial de la Salud (1992) señala que el déficit de atención se pone de manifiesto cuando los chicos cambian frecuentemente de una actividad a otra dando la impresión que pierden la atención en una tarea porque pasan a entretenerse en otra. La Asociación de Psiquiatría Americana (1995) a través del Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales y del Comportamiento (DSM-IV) indica que las personas con déficit de atención o desatención se caracterizan por:

- No presta suficiente atención a los detalles, por lo que se incurre en errores en tareas escolares o laborales.

- Presenta dificultades en mantener la atención en tareas y actividades lúdicas.
- Da la impresión de no escuchar cuando se le habla directamente.
- No sigue instrucciones y no finaliza tareas y obligaciones.
- Presentar dificultades en organizar tareas y actividades.
- Evita actividades que requieran de un esfuerzo mental sostenido.
- Extravía objetos de importancia para tareas o actividades.
- Es susceptible a la distracción por estímulos irrelevantes.
- Es descuidado en las actividades diarias.

Como ha sido señalado anteriormente, diversos autores consideran que el déficit de atención presenta características comportamentales y/o cognoscitivas, aunque difieren en algunos aspectos. Dado que la atención tiene una serie de manifestaciones tanto fisiológicas, motoras, cognitivas, y que el déficit atencional desfavorece el buen rendimiento del individuo en contextos como la familia, escuela y la comunidad, es que se han desarrollado instrumentos que contribuyen a su detección y medición en el área psicológica, neurológica y pedagógica.

Cabe mencionar, que un alto porcentaje de niños con problemas atencionales presentan hiperactividad, la deficiencia básica no es el excesivo grado de actividad, sino su incapacidad para mantener la atención y su impulsividad. Esta insuficiente autorregulación explicaría su incapacidad para adaptarse a las demandas sociales, es decir, para imponer límites a su comportamiento, así como la mayoría de los problemas asociados que experimentan. El TDA, es un trastorno de conducta que se presenta en las personas desde los primeros años de vida y puede durar incluso hasta la adultez y en niños con inteligencia normal o sobre lo normal, sin problemas neurológicos graves, sin alteraciones sensoriales, ni disturbios emocionales serios, pero cuya sintomatología acarrea problemas en el hogar y en las relaciones interpersonales.

Este trastorno afecta entre un 3 a un 5 % de la población con una prevalencia mayor en los varones en una relación de 1:4 con respecto a las mujeres y sólo un 5% muestra una alteración neurológica asociada. El TDA no conoce limitaciones, ocurre en todos los niveles sociales, culturales, económicos y raciales. Esta alteración puede aparecer antes de los 4 años, pero a menudo se evidencia cuando el niño inicia la educación sistemática.

## Síntomas

Los principales síntomas que pueden presentar los niños con déficit atencional son:

Tabla 3. Sintomatología

<b>Desatención</b>	<b>Hiperactividad</b>	<b>Impulsividad</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No presta suficiente atención a los detalles.</li> <li>• Tiene dificultades para mantener la atención.</li> <li>• Parece no escuchar.</li> <li>• No finaliza las tareas.</li> <li>• Tiene dificultades para organizar las tareas.</li> <li>• Evita el esfuerzo mental sostenido.</li> <li>• Pierde objetos.</li> <li>• Se distrae por estímulos irrelevantes.</li> <li>• Es olvidadizo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mueve en exceso manos y pies.</li> <li>• Abandona su asiento en la clase.</li> <li>• Corre o salta.</li> <li>• Tiene dificultades para jugar tranquilamente.</li> <li>• Excesivo movimiento.</li> <li>• Habla en exceso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habla en exceso.</li> <li>• Responde de forma precipitada a las preguntas.</li> <li>• Tiene dificultades para guardar turno.</li> <li>• Interrumpe a otros.</li> </ul>

Estos síntomas se pueden detectar con claridad entre los 6 y 9 años y se incrementan de forma pronunciada con la edad, se evidencian en características conductuales específicas, tienen repercusiones negativas sobre el desarrollo cognitivo, personal y social e interfieren significativamente en el aprendizaje escolar y en la adaptación sociopersonal general del sujeto. Los síntomas que se evidencian en un TDA pueden presentarse en su totalidad o parte de ellos, las diferentes combinaciones dependen del tipo de TDA que se posee. Se distinguen tres subtipos de Trastorno por Déficit de la Atención:

- **Tipo Inatención predominante:** Se utiliza si se cumplen al menos 6 de los 9 síntomas de atención, pero menos de 6 en el ámbito de la impulsividad hiperactividad están presentes por un mínimo de 6 meses.
- **Tipo hiperactivo - Impulsivo:** Es usado si al menos 6 de los 9 síntomas de hiperactividad- impulsividad están presentes, pero menos de 6 de ámbito de la atención por un mínimo de 6 meses.
- **Tipo combinado:** Esta categoría se utiliza si al menos 6 de los 9 síntomas de atención y 6 de los síntomas de hiperactividad - impulsividad están presentes por un mínimo de 6 meses (A juicio de muchos autores la mayoría de los niños y adolescentes tienen el tipo combinado).

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

**1.- Pierden el rumbo de la tarea:** el niño con TDA con hiperactividad pierde la pista de lo que está haciendo en forma notoria.

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

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

**4.- Poseen problemas para nominar y describir:** Al poseer un tiempo cognitivo lento, no retienen o no logran evocar conceptos para nominar y describir

situaciones, ya que necesita un periodo más largo para poder identificar cual es la información necesaria. Pueden dar grandes sorpresas de eficiencia cuando se les otorga un plazo de tiempo más largo para elaborar sus respuestas.

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

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

Los síntomas necesarios de reconocer para diagnosticar un trastorno de déficit de atención con hiperactividad serían:

- 1.- Los problemas atencionales (considerados prioritarios): la impulsividad y la hiperactividad
- 2.- La presencia de al menos seis síntomas de inatención, al menos tres de hiperactividad y, como mínimo uno de impulsividad.
- 3.- Otro criterio importante es la duración del trastorno (al menos seis meses) y su presentación antes de los siete años de edad. Igualmente, pone el énfasis, para poder hablar de trastorno, en el nivel de interferencia en la vida escolar, social y familiar derivada del la hiperactividad como síndrome.

### **Características**

El TDA-H es uno de los trastornos mentales más comunes entre niños. Este fenómeno no tiene señales físicas claras que puedan ser observables en una radiografía o prueba de laboratorio, ya que solo puede ser identificada al estudiar

ciertos comportamientos característicos que pueden variar según la persona y a un periodo considerable de tiempo. Los comportamientos más comunes caen en tres categorías: falta de atención, hiperactividad e impulsividad.

Los estudios sobre la conducta social de los niños con TDA-H, indican que suelen ser poco aceptados por sus compañeros de clase, debido a sus conductas, a menudo dominantes, desordenadas e inmaduras. En otras palabras, sus relaciones interpersonales tienden a ser un poco conflictivas, ya que no piensan antes de actuar, no miden las consecuencias de sus acciones y tienen dificultad para esperar y compartir. Los profesores, por su parte, informan con frecuencia, los problemas por distracción, conductas inapropiadas y falta de autocontrol que estos niños manifiestan. Toda esta situación genera, desde luego, un rechazo social generalizado, que interfiere en la autoestima del niño, induciendo en algunos casos, a situaciones depresivas.

Las dificultades de atención, pueden manifestarse en situaciones sociales, académicas o laborales. Deben presentarse en una intensidad desadaptativa, durante un mínimo de 6 meses y en discordancia con el nivel de desarrollo del niño. Estas dificultades, se traducen en:

- Dificultad para establecer un orden en sus tareas o pequeñas responsabilidades en casa.
- Le cuesta "ponerse en marcha" (para vestirse, hacer los deberes), ya que se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes.
- Presenta problemas para mantener la atención hasta finalizar sus tareas y tiende a dejar una actividad por otra al poco rato de haberla empezado, dejando varias inacabadas.
- Pierde u olvida cosas necesarias (agenda, abrigo, bufanda, cartera, juguetes).
- Parece no escuchar cuando se le habla, tiene dificultades para seguir la conversación adecuadamente, así como para seguir las normas de un juego o actividad propuesta, o para obedecer ya que no está atento cuando se da la orden.

- A menudo olvida sus obligaciones cotidianas (cepillarse los dientes, recoger la ropa).
- Puede tener problemas para seleccionar lo que es más importante, comete errores por descuido en las tareas escolares u otras actividades, al no prestar suficiente atención a los detalles.
- Dificultades para prestar atención a dos estímulos alternativos o simultáneos (por ejemplo escuchar al profesor y tomar notas al mismo tiempo).
- Con frecuencia evita o se resiste ante tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido y/o un grado de organización elevado.

Barkley enfatiza los problemas que tienen para demorar la gratificación y para resistir la distracción entre los principales determinantes de las dificultades de atención. Según sus propias investigaciones, estos niños se aburren más rápidamente con su trabajo y sienten una mayor atracción por los aspectos más gratificantes o divertidos de cualquier situación (Barkley, 1999). Por lo tanto, se distraen con gran facilidad interrumpiendo su tarea para dedicarse a lo gratificante sin finalizar lo importante. En este sentido, se ha comprobado que el rendimiento de los niños con TDA-H disminuye claramente ante tareas poco novedosas o repetitivas. Si la tarea es novedosa, el rendimiento inicial es bueno, deteriorándose a medida que se hace monótona y aumentando la probabilidad de abandono (Orjales, 1998).

La atención del niño con TDA-H, suele ser dispersa y alterarse con cualquier estímulo irrelevante, mantener la atención en las condiciones normales de una clase, puede dificultar en gran medida que el niño centre su atención en la tarea. Cuando el síntoma predominante es el déficit de atención, es más difícil detectarlo, puesto que no se presentan en tan alto grado problemas de comportamiento. Con frecuencia estos niños son señalados de despistados, pasivos y desorganizados, no molestan en el aula pero tampoco aprenden, su rendimiento no resulta satisfactorio y a veces hay dudas sobre sus capacidades a pesar de que estas sean normales.

La impulsividad equivale a una falta de autocontrol o incapacidad para inhibir la conducta, presentan dificultades para inhibir-parar la respuesta espontánea. Tienen dificultades tanto para controlar su conducta como para controlar sus emociones (cuando se enfadan no controlan la rabia), como para controlar sus pensamientos (organizarlos, callar algunos).

Principalmente implica las siguientes dificultades:

- A menudo tiene dificultades para pensar antes de actuar.
- Se precipita en el habla diciendo cosas en momentos poco oportunos o respondiendo a preguntas incluso antes de que se le hayan acabado de formular.
- Poco previsor, falta de planificación (por ejemplo, se ponen a hacer los deberes sin tener el material).
- Interrumpe o se inmiscuye a menudo en las conversaciones, juegos o actividades de los demás.
- Se muestra impaciente, con dificultades para aplazar la gratificación inmediata.

Debido a estas características, estos niños realizan comentarios fuera de lugar, tocan o se apropian de cosas que no deben, hacen bromas. Además, muestran reacciones automáticas (no intencionales o premeditadas), de ira o rabia ante pequeñas frustraciones o situaciones que perciben como amenazas. Tienen muchas dificultades para esperar, guardar turno en los juegos, cola para la comida o en el recreo y puede que se muestren quejosos si tienen que esperar o que empiecen a portarse mal. Cuando se les promete una actividad agradable, puede que insistan y la exijan antes de tiempo hasta agotar a los adultos. Estas dificultades que tienen su origen en la falta de autocontrol (impulsividad) hacen que el niño con TDA-H parezca exigente y egocéntrico teniendo consecuencias negativas en su adaptación social y escolar.

Respecto a su rendimiento escolar, debido a la impulsividad, empiezan las tareas sin acabar de leer las instrucciones correctamente, deben controlar los impulsos para no abandonar una tarea aburrida y para persistir en actividades cuya recompensa se haya a largo plazo. Con frecuencia, cuando realizan tareas aburridas, emplean el menor tiempo posible y parece que hacen un esfuerzo mínimo. Para Orjales (1999) los niños que presentan un trastorno por déficit de atención e hiperactividad tienen dificultades en su rendimiento escolar porque son dependientes del campo, poco analíticos y no organizan la información, carecen de flexibilidad cognitiva y trabajan de forma impulsiva.

Lo cierto es que generalmente los niños con TDA-H presentan un rendimiento escolar insatisfactorio, vale decir que su rendimiento puede ser lo suficiente como para aprobar un curso, pero no es lo esperado de acuerdo con su capacidad intelectual. El bajo rendimiento escolar puede pasar desapercibido en niños de los primeros años de la educación primaria, siendo más notorio en los años superiores, mientras que este problema se ve compensado en niños con TDA-H con capacidad intelectual superior, manteniendo un rendimiento escolar promedio, pero inferior a su capacidad.

Otros autores consideran que el déficit de atención asociado con conductas de hiperactividad y problemas de conducta en la infancia, conllevan a desarrollar conductas antisociales, pero no el TDA-H por sí solo (Buendía, 1996). La falta de control de impulsos explicaría en gran medida, porqué los adolescentes y adultos con TDA-H tienen mayor riesgo de beber alcohol, fumar y tomar sustancias ilegales, así como dificultades para administrar el dinero.

La hiperactividad se define como actividad excesiva o inapropiada, ya sea motora (de movimiento) o vocal (hacer ruiditos constantemente con la boca, tararear). Por actividad inapropiada se entiende por ejemplo moverse (aunque no sea en un grado muy intenso pero si muy constante) en momentos que se requiere estar quieto. Se diferencie la conducta simplemente "activa" que muestran algunos niños,

jóvenes y adultos en el sentido de tratarse - en términos generales - de inquietud no dirigida a fines concretos y productivos, causando problemas de adaptación significativos al niño que padece el trastorno. Son ejemplos de movimiento no intencional; mover las piernas mientras se escribe, toquetear el vaso con la mano izquierda mientras que con la derecha se come, son movimientos que no le sirven para la actividad que está ejecutando.

Las principales manifestaciones de hiperactividad son:

- Movimiento frecuente de pies y manos (balancear el pie, dar golpecitos con el lápiz o los dedos, jugar con pequeños objetos).
- Se mueve con frecuencia en su asiento (cambiando de postura, balanceándose), a menudo se levanta en situaciones donde debería permanecer sentado.
- Le cuesta entretenerse o dedicarse a actividades tranquilas (acostumbran a tener preferencia por juegos y actividades motoras).
- Con frecuencia va de un lugar a otro sin motivo aparente, a veces corre o salta en situaciones poco apropiadas. Puede verbalizar sensación de inquietud interna a pesar de ser capaz de estarse quieto.
- Habla excesiva (no pueden callar en clase). Hacen ruiditos con la boca o tarareo.

En muchos casos, a medida que el niño crece, la hiperactividad motriz en el aula se manifiesta por medio de excusas constantes para levantarse (enseñar la tarea al profesor, ir a buscar algo) y exceso de actividad motriz fina (rascarse, cambiar la manera de estar sentado, jugar con el lápiz) o vocal (hablar con el compañero). En los adolescentes y adultos, los síntomas de hiperactividad adoptan la forma de dificultades para dedicarse a actividades de ocio tranquilas y sensación de inquietud interna, es importante recordar que en el adolescente con TDA-H ya no se observa ni detecta la hiperactividad a pesar de tener el trastorno.

En las niñas el grado de hiperactividad suele ser más ligero y manifestado a través de movimiento fino, no obstante sigue siendo exagerado respecto a su sexo y edad. Barkley explica la hiperactividad de estos niños como una conducta desmesurada ante una situación, como un problema para inhibir la conducta en este caso motora.

Por otro lado, diversos autores refieren que un grupo elevado de niños con TDA-H (aproximadamente el 50%), presentan dificultades de coordinación motriz y estructuración perceptiva. Se ha relacionado estas dificultades con la presencia de ciertos signos neurológicos menores (dificultades en la ejecución de movimientos sucesivos y opuestos con rapidez, dificultades en el reconocimiento de figuras o letras trazadas en la piel, o dificultades en el reconocimiento de objetos al tacto). No obstante, todavía está por descubrirse la relación entre estos aspectos y la implicación con el TDA-H (Cabanyés y Polaino-Lorente, 1997).

### **Diagnóstico**

Aparentemente es muy fácil diagnosticar: un niño o niña es hiperactivo/a si es más inquieto, se mueve más que la mayoría de los niños/as de su edad. Esta apreciación generalizada sobre lo que es la hiperactividad infantil, es francamente errónea. El déficit Atencional no es de fácil diagnóstico, se requiere de un abordaje multidisciplinario, donde se tengan en cuenta las conductas que el individuo muestra en los diferentes ámbitos en los que se desempeña. Esto se logra con entrevistas personales, informes familiares, docentes, y personal del ámbito educativo que están en contacto con él. Se deben también analizar los antecedentes evolutivos, los exámenes físicos, psicopedagógicos y neurológicos, realizados por el especialista de cada área. De acuerdo con estas observaciones hechas al probable sujeto con TDA, el profesional a cargo del caso, determinará las estrategias de acción y el tratamiento pertinente.

Es importante destacar que lo ideal es que un sólo profesional coordine las tareas de los otros profesionales, de la escuela y de la familia. Los datos necesarios para conocer el comportamiento del sujeto dentro del grupo familiar estarán a cargo del profesional coordinador. En el diagnóstico es importante evaluar el nivel de autoestima porque nos va dar datos sobre compromiso emocional del cuadro. En general la autoestima no es observable por sí misma, pero hay conductas que muestran como está funcionando. Si la persona tiene la suya alta mostrará formas de actuar seguras, sin temor a equivocarse, sin dar excusas, sin mentir y sin retraerse. En cambio si su auto-evaluación es deficiente, su comportamiento se teñirá con el enojo propio de no ser como se espera, tal vez agresivamente, tal vez con depresión o con inseguridad manifiesta, encubierta en la timidez.

Las personas con TDA-H que tienen baja autoestima muestran como consecuencia de esto algunas de las siguientes conductas:

- Retraimiento
- Desafío
- Enojo sin causa aparente
- Imposibilidad de relacionarse
- Dejar de hacer cosas
- Decir no puedo
- No tener cuidado físico

Por otra parte, dentro del DSM-IV (1994) se mencionan como criterios de diagnóstico:

1. Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

*Desatención:*

- a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.

- b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
  - c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
  - d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
  - e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
  - f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
  - g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
  - h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
  - i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.
2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

### *Hiperactividad*

- a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- e) A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.
- f) A menudo habla en exceso.

### *Impulsividad*

- g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos).

A. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

B. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo, en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

C. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

D. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

## ***Integración escolar de niños con TDA-H***

### **La integración educativa**

Es la aplicación de los principios de normalización e integración en la prestación de servicios sociales cuando se trata de personas con discapacidad en edad escolar. Al hablar de integración escolar nos referimos a una estrategia educativa, la cual está supeditada al principio mismo de integración, y puede considerarse una opción educativa útil para potenciar el desarrollo y el proceso de aprendizaje del niño con discapacidad. Dicho así, la integración educativa no constituye una finalidad en sí misma, sino un medio para la integración social (Puigdellívol, 2000). Desde este punto de vista las diferentes formas que puede adoptar no deben calificarse de buenas o malas sino en función de cómo facilitan que el alumno con discapacidad desarrolle todas sus posibilidades y alcance una auténtica integración social.

Como objetivos de la integración se plantean:

- Lograr mayor independencia personal.
- Favorecer un clima grupal de aceptación de las diferencias.
- Propiciar la integración laboral en la vida adulta mediante la adaptación a la forma y ritmo de trabajo de la educación en la escuela común.

Consideramos que los cambios en el sistema educativo, incluso aquellos que nos impresionan como positivos y hasta necesarios, no pueden realizarse de manera apresurada por una decisión administrativa; deben ser el resultado de un análisis profundo, de un diagnóstico y pronóstico de la situación actual y perspectiva, y de la creación a corto, mediano y hasta largo plazo de las condiciones imprescindibles que requieren tales transformaciones. La integración escolar de niños con necesidades educativas especiales es un problema que requiere cautela, análisis de condiciones y proceso de preparación.

Actualmente, la SEP atiende a poco más de 50 mil alumnos con necesidades asociadas a alguna discapacidad, integrados en cerca de 12 mil 500 escuelas regulares de educación inicial, preescolar, primaria y secundaria, así como los centros de atención múltiple.

En el distrito federal hay 90 centros de atención múltiple que atienden a niños desde los 45 días de nacidos hasta los 22 años. Además se da consulta otros 9 mil 700 niños y jóvenes con discapacidad visual, auditiva, motriz, intelectual, con problemas de lenguaje y de conducta, quienes cuentan con 345 unidades de servicios de apoyo a la educación regular (USAER), mismos que brindan asesoría a mil 400 escuelas.

### **Enfoque de las necesidades educativas especiales**

Lou y López (1999) “Se entiende por Necesidades Educativas Especiales a las características que presentan ciertos sujetos con respecto al aprendizaje, para el que tienen algunas dificultades cuyo abordaje necesita medidas educativas especiales” (p. 328). El Libro Blanco para la Reforma del Sistema Educativo de España introduce en su capítulo X el concepto de Necesidades Educativas Especiales de la siguiente manera:

Partiendo de la premisa de que todos los alumnos precisan, a lo largo de su escolaridad, de diversas ayudas pedagógicas de tipo personal, técnico o material con el objeto de asegurar el logro de los fines generales de la educación, las Necesidades Educativas Especiales se predicen de aquellos alumnos que, además, y de forma complementaria, puedan precisar otro tipo de ayudas menos usuales. Decir que un determinado alumno presenta Necesidades Educativas Especiales es una forma de decir que para el logro de los fines de la educación precisa disponer de determinadas ayudas pedagógicas o servicios. De esta manera, una necesidad educativa se describe en términos de aquello que es esencial para la consecución de los objetivos de la educación (citado en Lou y López, 1999, p. 129).

*Necesidades Educativas Especiales.* Un alumno presenta Necesidades Educativas Especiales cuando tiene dificultades mayores que las del resto de los alumnos para acceder al currículo común de su edad (sea por causas internas o por un

planteamiento educativo inadecuado) y necesita para compensar esas dificultades unas condiciones especialmente adaptadas en los diferentes elementos de la propuesta curricular ordinaria y/o la provisión de unos recursos específicos distintos de los que la escuela ofrece a la mayoría de los alumnos.

*Dificultades especiales en el aprendizaje.* Los alumnos con dificultades especiales en el aprendizaje muestran alguna perturbación en uno ó más de los procesos psicológicos fundamentalmente relacionados con el empleo del lenguaje, sea hablado o escrito. Sin embargo, no se trata de impedimentos visuales, auditivos y retraso mental.

*Adecuación curricular.* Entendemos por adecuaciones curriculares, pequeñas modificaciones o ajustes cotidianos del currículo que todo profesor realiza para hacerlo accesible, o resaltar determinados aspectos ante un alumno o grupo de alumnos en un momento determinado. En resumen, son ajustes que realizamos sobre la propuesta curricular al ponerla en práctica.

*Adaptación curricular.* En un sentido amplio es el propio desarrollo del currículo. En un sentido más restringido es el conjunto de ajustes o modificaciones que se efectúan en la oferta educativa común para dar una respuesta adecuada a los alumnos con necesidades educativas especiales, en un continuo de respuesta a la diversidad y, además, se debe señalar que:

- Una adaptación no se centra sólo en el alumno y deberá ser relativa y cambiante según vaya realizando sus logros.
- Se realizará con un proceso de menor a mayor significatividad, de manera que siempre se busque la mayor cercanía al currículo común de su edad.
- Será revisada y evaluada constantemente para proponer los apoyos necesarios en cada situación.
- De acuerdo con la deficiencia presentada serán las adaptaciones curriculares pertinentes: Deficiencias visuales, auditivas, mentales y de conducta, tienen

cada una de ellas áreas en las cuáles se presentan NEE, por lo tanto cada adecuación curricular será distinta de acuerdo al caso presentado.

García Vidal (1993) considera en el enfoque de NEE que:

- En el proceso de aprendizaje del sujeto, los fracasos no pueden ser atribuidos exclusivamente a su déficit, sino que es preciso cuestionarse el sistema de enseñanza, así como la utilización adecuada de los diferentes recursos.
- Es preciso considerar la historia de aprendizajes y el contexto sociofamiliar y escolar.
- Exige la valoración global o equilibrada centrándose más en las potencialidades y capacidades desarrolladas que en la deficiencia.
- Las NEE son de una persona concreta en un momento concreto, por tanto, exigen el seguimiento para modificar las acciones respecto a los cambios observado y a los logros obtenidos.
- Es preciso delimitar las NEE mediante una evaluación psicopedagógica profunda.
- Hay que diferenciar los comportamientos derivados del déficit y los comportamientos resultantes de un problema adicional a dicho déficit.
- La evaluación psicopedagógica debe centrarse en los aspectos positivos del sujeto y en su potencial de aprendizaje, así como en los niveles y tipos de ayuda necesarios para favorecer su desarrollo personal, académico y social.

En este caso si se trata de alumnos con alteraciones de conducta, como los alumnos que padecen TDA-H, veríamos que presentan, entre otras, unas características peculiares que imposibilitan el proceso de enseñanza / aprendizaje.

Estas características implican una serie de necesidades a tener en cuenta:

- Ambientes desestructurados que imposibilitan el proceso de enseñanza/ aprendizaje.
- Falta de motivación, atención, perseverancia, autocontrol, hiperactividad, agresividad, alteraciones sociales.

Para trabajar en las áreas curriculares con estos alumnos, nos fijaremos no tanto en los contenidos conceptuales, sino en los procedimentales y, sobre todo, en los actitudinales. Así hablaremos de:

- Tratamiento cognitivo-conductual, es decir, el uso del lenguaje para regular la conducta.
- Técnicas de autocontrol y relajación.
- Estrategias metodológicas que pasarán por actividades alternativas que mejoren su falta de perseverancia y atención, desde una perspectiva global.

A) Desarrollo de las capacidades: el desarrollo de las capacidades se centrará en torno a las que llamamos socio-afectivas porque los alumnos con conductas problemáticas:

- Interrumpen el desarrollo de la actividad o el ejercicio de una habilidad.
- Imposibilitan el desarrollo del proceso de enseñanza / aprendizaje.
- Frecuentemente tienen conductas que son aversivas y lesivas para los otros o para sí mismos.

B) Necesidades que se generan:

- Tener un contexto directo y estructurado.
- Aprender habilidades y estrategias de control.
- Alcanzar mayor grado de autonomía y control del medio.

C) Pautas de intervención pedagógica:

Las adaptaciones de acceso girarán en torno a:

- La organización de forma estructurada de un ambiente educativo.
- Priorizar métodos de enseñanza natural.
- Favorecer la motivación y reforzadores significativos.
- Hacer gratificantes las situaciones de enseñanza / aprendizaje.

Las adaptaciones curriculares irán dirigidas a:

- Recursos materiales propios de las áreas curriculares.
- Adecuaciones espaciales y temporales.
- Organización de grupos y horarios flexibles.
- Técnicas de relajación.

## ***Enfoque cognitivo-conductual en la intervención de niños con TDA-H***

Este tratamiento fue desarrollado a partir de la propuesta de varios programas de intervención cognitivo-conductuales de origen americano especializados en el TDA-H, tales como los de Kendall y Braswell (1985), y Braswell y Bloomquist (1991).

El tratamiento elaborado comparte con estos programas la aplicación de las siguientes técnicas: las autoinstrucciones (contenido y secuencia), el entrenamiento en estrategias de solución de problemas, el modelado, el modelado participativo, la autoevaluación, la demora reforzada, el refuerzo social, el autorrefuerzo individual, la economía de fichas, el coste de respuesta, el recuento de puntos, la elección y el menú de refuerzos; el tratamiento aquí propuesto difiere de aquellos programas en el número y organización de sesiones realizadas.

Respecto al número y organización de las sesiones, el programa que aquí se presenta se realizó en doce sesiones en un período de doce semanas, mientras que el programa de Kendall y Braswell (1985) incluye doce sesiones realizadas en un período de seis semanas, y el programa de Braswell y Bloomquist (1991) se lleva a cabo en trece sesiones a lo largo de catorce semanas; además, este último tratamiento incluye entrenamiento a padres y consejo escolar. También presenta novedades en la organización de la aplicación de las técnicas, la elección de los problemas sociales y el formato de presentación. A continuación se comentaran las técnicas utilizadas en la investigación:

### **Técnicas de instrucciones**

En este apartado se recogen las técnicas que se han utilizado en la aplicación del programa de intervención.

### *Autoinstrucciones*

Al igual que en los programas de intervención cognitivo-conductual diseñados por Kendall y Braswell (1985) y Braswell y Bloomquist (1991), el entrenamiento en autoinstrucciones constituye el elemento esencial en este tipo de programas. La autoinstrucción es una técnica que suele incluirse dentro de las técnicas de carácter cognitivo o de reestructuración cognitiva (Kendall, 1993). Es un procedimiento que pretende fomentar el uso del lenguaje o del habla interna en la autorregulación del comportamiento.

El método de las autoinstrucciones deriva directamente de los trabajos de Luria (1961) sobre la función directiva que ejerce el lenguaje sobre la conducta, especialmente en la infancia. Ya en 1980, Luria en su obra *Lenguaje y comportamiento* describía el proceso por el cual se adquiere la función reguladora del lenguaje a través de distintos periodos. El primero, que se extiende hasta los dos años o dos años y medio, es el periodo en el que el niño responde al habla del adulto pero es incapaz de responder a su propia habla para dirigir sus acciones.

En ese momento la conducta del niño es regulada por el habla de los adultos, pero no por la suya propia. A partir de los tres años el niño inicia un segundo periodo en el que ya es posible que empiece a regular su comportamiento con su propio lenguaje. En torno a los 4-5 años, es cuando aparece el proceso de interiorización del lenguaje. Este periodo se produce una vez que se ha superado la fase en la que el habla de los demás, especialmente de los padres y cuidadores de los niños, regula el comportamiento de éstos últimos. En esta etapa es fácil encontrar niños que se hablan en voz alta para guiar sus acciones; posteriormente, el habla se convertirá en subvocal e inaudible.

Meichenbaum y Goodman (1981) utilizaron estos conceptos para desarrollar la hipótesis de que el problema principal de los niños impulsivos era disponer de un

menor control verbal para dirigir su conducta motora, así como una peor utilización instrumental del lenguaje interno para regular su comportamiento, en comparación con otros niños. Según el citado autor, el entrenamiento en la función autorreguladora del habla podría facilitar en estos niños el cambio conductual necesario para mejorar su conducta y para reducir la impulsividad cognitiva (Meichenbaum y Goodman, 1981).

Mediante el entrenamiento en autoinstrucciones, Meichenbaum y Goodman (1981) pretendían romper las secuencias de pensamientos incorrectos que el niño impulsivo elaboraba momentos antes de resolver cualquier problema. Los citados autores aplicaron los principios de la función reguladora del habla a un grupo de 15 niños con resultados prometedores. En su programa incluyeron la técnica del modelado, y su ámbito de aplicación inicial fue la impulsividad infantil, si bien en la actualidad el procedimiento de autoinstrucciones abarca muchas otras áreas, entre ellas el tratamiento del TDA-H.

Tabla 4. Ejemplo de aplicación del procedimiento autoinstrucciones

<b>Procedimiento</b>	<b>Características</b>
Modelado cognitivo	La investigadora actúa como modelo realizando una tarea con autoverbalizaciones en voz alta.
Guía externa en voz alta	El niño lleva a cabo la misma tarea bajo las instrucciones de la investigadora.
Autoinstrucciones en voz alta	El niño lleva a cabo la tarea mientras se dirige a sí mismo en voz alta.
Autoinstrucciones enmascaradas	El niño lleva a cabo la tarea mientras cuchichea las instrucciones para sí mismo.
Autoinstrucciones encubiertas	El niño guía su propio comportamiento a través de autoinstrucciones internas mientras va desarrollando la tarea.

(Basado en Meichenbaum y Goodman, 1981)

Lo que se le enseña al niño es 1) la definición del problema; 2) guía de la respuesta; 3) autorrefuerzo y 4) autocorrección mediante autoverbalizaciones. Los objetivos, por tanto, son ayudar a los niños a mejorar sus autoinstrucciones, a saber automotivarse y a mantener el esfuerzo hacia sus objetivos.

A continuación se muestran las funciones que ejercen las verbalizaciones en la autorregulación de la conducta. Concretamente, se muestra cada uno de los pasos de resolución de problemas y el tipo específico de verbalizaciones dadas por la investigadora para ayudar al niño a autorregular su comportamiento (para profundizar sobre el tema (ver tabla 5 y véase Bornas y Servera, 1996).

Tabla 5. Ejemplo sobre verbalizaciones utilizadas en la identificación del problema

<b>Técnica</b>	<b>Características</b>
Identificación de la demanda	La investigadora ayuda a los niños a definir las demandas o los problemas de manera inteligible, clara, concreta y que no implique un excesivo número de acciones por parte del niño. Además debe fomentar en el niño la habilidad para identificar estas demandas. Por ejemplo, se le pide al niño que verbalice lo que hace, o que repita la demanda que se le ha hecho.

(Basado en Bornás y Servera, 1996)

En el tabla 6 se muestra otro ejemplo sobre las verbalizaciones utilizadas en este programa, concretamente, nos referimos a la ayuda que proporciona la investigadora al niño en la producción de alternativas. En el programa, la investigadora dispone de situaciones sociales comprometidas para el niño que pueden ayudarle a utilizar esta herramienta. En este apartado también se trabaja el pensamiento divergente, que permite al niño pensar en más de una posible solución al conflicto.

Tabla 6. Ejemplo sobre verbalizaciones utilizadas en la producción de alternativas

<b>Técnica</b>	<b>Características</b>
Producción de alternativas	La investigadora debería plantear situaciones nuevas o problemáticas, en razón de la edad y los intereses de cada niño, para estimular el aprendizaje significativo, es decir, potenciar que el niño sea capaz de generar alternativas para resolver situaciones con las que se encuentra realmente. También en este apartado es importante que la investigadora actúe como modelo en situaciones que acontecen dentro de la sesión y que pueda facilitar el aprendizaje vicario (por imitación).

(Basado en Bornás y Servera, 1996)

La tabla 7 muestra otro ejemplo sobre las verbalizaciones utilizadas en este programa. Concretamente, expondremos la ayuda que proporciona la investigadora al niño a prever las posibles consecuencias de las alternativas

planteadas. En cualquier caso, la elección de la mejor solución tiene un carácter bastante individualizado, de tal manera que la mejor solución para un niño no necesariamente puede serlo para otro.

Tabla 7. Ejemplo sobre verbalizaciones utilizadas en la previsión de alternativas

<b>Técnica</b>	<b>Características</b>
Previsión de consecuencias	La investigadora debe ayudar a enumerar las posibles alternativas para alcanzar los objetivos que se ha marcado; también debe prever y analizar las consecuencias (tanto los inconvenientes como las ventajas) que se desprenden de cada una de las alternativas propuestas y, finalmente, elegir la alternativa que se considere más oportuna para ese caso en particular.

(Basado en Bornás y Servera, 1996)

En la tabla 8 se muestra otro ejemplo sobre las verbalizaciones utilizadas en este programa, concretamente, sobre la ayuda que proporciona la investigadora al niño para elegir la mejor alternativa; de poco sirve que el niño enumere o escriba ocho o diez alternativas si luego elige la primera que se le ocurre.

Tabla 8. Ejemplo sobre verbalizaciones utilizadas en la selección de la mejor alternativa

<b>Técnica</b>	<b>Características</b>
Selección de la mejor alternativa	La investigadora en esta fase puede descartar aquellas alternativas o soluciones cuyas consecuencias sean desagradables; excesivamente costosas desde el punto de vista de esfuerzo, tiempo o dinero; o bien, que no conduzcan a los objetivos establecidos.

(Basado en Bornás y Servera, 1996)

Una vez que el niño sabe lo que tiene que hacer, debe pensar en cómo lo va a hacer y planificar la acción dirigida hacia tales objetivos (ver tabla 9).

Tabla 9. Ejemplo sobre verbalizaciones utilizadas en la planificación de la acción a realizar

<b>Técnica</b>	<b>Características</b>
Planificación de la acción a realizar	La investigadora comenta con el niño la alternativa escogida para resolver la tarea con las mayores garantías de éxito. Una vez más se comenta la idoneidad de la alternativa elegida con relación al enunciado planteado.

(Basado en Bornás y Servera, 1996).

Tal y como recuerdan Bornás y Servera (1996), la ejecución de cualquiera de estos actos requiere del buen funcionamiento de los procesos perceptivos y cognitivos de dirección, control, evaluación y rectificación de la conducta en marcha.

Para generalizar los pasos de las autoinstrucciones, a partir de la segunda semana del programa se animó a los niños a mencionar una o dos situaciones en las que consideraban que podrían haber aplicado las autoinstrucciones para resolver algún problema. Estos ejemplos fueron utilizados para hablar sobre cómo podía utilizarse en otros contextos el programa de las autoinstrucciones.

### *Estrategias de solución de problemas*

Autores como D'Zurrilla y Goldfried (1971) indicaron que las autoinstrucciones podrían mejorarse si se ajustaban a un proceso de solución de problemas. La solución de problemas es una técnica dirigida a entrenar a los niños a resolver problemas para mejorar su competencia social. Esto hizo que en el proceso de solución de problemas se incorporan las estrategias de autoinstrucciones. D'Zurrilla y Goldfried (1971) fueron los pioneros en presentar trabajos aplicando el entrenamiento en autoinstrucciones junto con el proceso de solución de problemas.

El entrenamiento en solución de problemas, presentado por estos autores, comprende cinco fases: reconocer la existencia de un problema; comprender, especificar la naturaleza del problema y los objetivos que garantizan su solución; generar alternativas factibles y adecuadas para resolver el problema; determinar cuál de estas alternativas es la mejor solución; y, finalmente, evaluar la eficacia de la solución y plantear qué hacer después.

Meichenbaum et al. (1981) utilizaron el entrenamiento en solución de problemas en combinación con el entrenamiento en autoinstrucciones para tratar a niños con

hiperactividad o impulsividad. Kendall y Braswell (1985) y Braswell y Bloomquist (1991) han utilizado el entrenamiento en solución de problemas en sus respectivos programas de intervención, en combinación con otras técnicas para mejorar las habilidades de competencia social en niños con TDA-H. Anastopulos et al., (1993) aplicaron el entrenamiento en solución de problemas en un grupo de padres de niños con TDA-H para mejorar los conflictos y la comunicación entre ellos. El entrenamiento en solución de problemas permitió reducir la percepción de estrés en los padres, aumentar su autoestima, sintiéndose más capaces de enfrentarse a los acontecimientos diarios, mejorar la comunicación entre ellos y disminuir la severidad de los síntomas del TDA-H en sus hijos, tras la intervención.

Sintetizamos a continuación el contenido y la secuencia del entrenamiento en solución de problemas utilizado en esta investigación basándonos en los trabajos de D’Zurrilla y Goldfried (1971) y Shure (1981) (ver tabla 10).

Tabla 10. Contenido y secuencia del entrenamiento en solución de problemas

<b>Secuencia</b>	<b>Contenido</b>
1) Identificación del problema y toma de conciencia de lo que se trata.	¿Qué es lo que tengo que hacer?
2) Focalización de la atención en la respuesta que se piensa elaborar.	Bien, tranquilo, lo que yo quiero hacer es..., o bien, bien, detente y piensa en cómo lo voy a resolver.
3) Valoración de las alternativas para resolver el problema.	Muy bien, tengo tres alternativas posibles, pero con la primera no resuelvo el problema, sino que creo otro; la segunda es buena y fácil de aplicar, y la tercera es inviable. Pues bien, creo que aplicaré la segunda.
4) Elección de una respuesta y autoevaluación de la misma.	Bien, ya sé lo que tengo que hacer. Ahora haré... ¿Me salió bien?
5) Autorrefuerzo y corrección de los errores, si se producen.	Muy bien, lo estoy haciendo muy bien..., Bueno, me he equivocado. No pasa nada, vuelvo al principio. Lo que yo quiero hacer es...

La relación entre las autoinstrucciones y el entrenamiento en solución de problemas ha sido objeto de diferentes estudios. En la actualidad, tanto las autoinstrucciones como el entrenamiento en solución de problemas forman parte

de programas multicomponentes con fines preventivos o terapéuticos que los combinan de forma efectiva (Bornás y Servera, 1992; 1996; Braswell y Bloomquist, 1991; Kendall y Braswell, 1985; Meichenbaum et al., 1981). Las experiencias iniciales de Meichenbaum fueron muy prometedoras, y consiguieron reducir la impulsividad y la hiperactividad en niños problemáticos (Meichenbaum y Goodman, 1971). Además, otros autores como Investigación Kendall et al. (1985) y Bloomquist et al. (1991) comprobaron experimentalmente que el éxito de los programas de tratamiento no se debía a la función reguladora del habla o al modelado por separado, sino que era la combinación de ambas técnicas lo que realmente producía efectos beneficiosos.

A continuación se muestra otro ejemplo que se ha utilizado en el programa. En el ejemplo anterior la identificación del problema ya se le proporciona, y el niño debe buscar alternativas, sopesar los pros y contras y escoger una de ellas. En este ejemplo, además de todo esto, el niño debe identificar cuál es el problema que tiene. Esto puede parecer muy simple, pero los niños con TDA-H a veces pueden mostrar verdaderas dificultades para saber cuál es el problema real, y pueden equivocarse al identificarlo.

En la aplicación de nuestro programa se concedió especial importancia a que los niños comprendieran las autoinstrucciones y los pasos de solución de problemas. La investigadora les recordaba que debían utilizar los cinco pasos.

### *Modelado participativo*

El modelado es un proceso de aprendizaje observacional en el que la investigadora actúa como estímulo para generar conductas, pensamientos o actitudes semejantes en los niños que observan su actuación. El modelado es utilizado tanto para adquirir conductas o habilidades como para inhibir o desinhibir conductas determinadas.

El modelado es otra de las técnicas que está presente de forma continua en el programa que se muestra en esta investigación. Los antecedentes de esta técnica se hallan en la obra de Albert Bandura (1977) *Teoría del aprendizaje social*. En ella, Bandura reconoce la influencia del medio para regular la conducta a través de mecanismos cognitivos. Este investigador también considera que los modelos influyen a quienes les observan por el hecho de que éstos últimos adquieren representaciones simbólicas de las actividades efectuadas por el modelo. Estas representaciones les servirán posteriormente para guiar su propia conducta a fin de obtener un determinado resultado.

Tabla 11. El modelado

<b>Técnica</b>	<b>Características</b>
Modelado	<p>La investigadora dirigía, como en cada sesión, la realización de los ejercicios que debían realizar los niños;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• en algunos casos, la investigadora lo corregirá verbalizando en voz alta las estrategias de solución de problemas;</li> <li>• o bien, una vez que el niño haya concluido con su trabajo, se pedirá que exponga sus soluciones y, se analizara para ver si era o no correcta.</li> </ul> <p>En ambos casos se le pedirá al niño que diga cuál es la buena y mala consecuencia de cada una de las soluciones propuestas.</p>

### *Autoevaluación*

Para desarrollar la autoevaluación del niño, éste necesita someterse primero a una evaluación externa inicial adecuada para poder compararse. Tanto en el programa de Kendall y Braswell (1985) como en el de Braswell y Bloomquist (1991), se pretende ayudar al niño a tomar conciencia del tipo de problemas que le ocasiona su conducta hiperactiva mediante la autoevaluación de su propio comportamiento. Para nuestro programa se siguió el modelo propuesto por estos autores y se incluyó en el programa la autoevaluación del comportamiento del niño al final de cada sesión. A diferencia de estos autores, que utilizaban una escala de valoración de 1 a 5, en esta investigación la valoración del comportamiento se ha realizado entre 1 y 10.

Tabla 12. Autoevaluación utilizada en este programa de tratamiento.

<b>¿CÓMO ME HE COMPORTADO HOY?</b>										
Piensa en lo que has hecho durante la sesión y evalúa cómo ha sido tu comportamiento										
	Fatal	Muymal	Mal	Bastante mal	Regular	Bastante Bien	Bien	Muy bien	Súper bien	Exce-lente
Tu valoración	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Valoración de la investigadora	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

### *Demora forzada*

Las técnicas que se utilizan en este programa de intervención están dirigidas al desarrollo, establecimiento, fortalecimiento o eliminación de ciertas conductas. Se trata, pues, de disponer de contingencias de refuerzo, de manera que la conducta deseada sea reforzada en presencia de ciertas condiciones discriminativas, contando de entrada con estímulos motivantes o reforzadores. La lógica operante se caracteriza por la causalidad final; la conducta operante incorpora el propósito y la intención. Las técnicas que hemos utilizado en el programa, dirigidas a reducir conductas, son la demora forzada y el costo de respuesta. Para incrementar las conductas deseadas se utilizó la organización de contingencias, además de contar con el uso de instrucciones verbales, el uso de modelos y el refuerzo de conductas específicas.

Autores como Kagan (1966) y Gargallo (1993) comprobaron la eficacia de la demora forzada en niños que presentaban como principal problema la falta de autocontrol. Estos autores utilizaron la mediación verbal (es decir, instrucciones verbales claras) y el modelado participativo (llevado a cabo por la investigadora) para conseguir la demora de la respuesta. Durante este tiempo de demora se enseña a los niños a reflexionar sobre las alternativas que proponen para resolver los problemas. Concretamente, durante la realización de este programa de intervención se animó a los niños a tomarse el tiempo necesario antes de dar una solución al problema o ejercicio planteado (ver tabla 13).

Tabla

### 13. Ejemplo sobre demora forzada

<b>Técnica</b>	<b>Características</b>
Demora forzada	La investigadora le da al niño un tiempo mínimo, previamente fijado por este, para la realización de cada uno de los ejercicios de que consta el programa. Por lo general, en este ejercicio se pedía a los niños un tiempo mínimo de entre 5 y 10 minutos para realizarlo.

Basado en autores como Kagan (1966) y Gargallo (1993)

#### *Refuerzos*

El refuerzo contingente a la realización de la conducta deseada ha demostrado ser eficaz para incrementar conductas de baja frecuencia. En nuestro programa se utilizó el refuerzo social (la aprobación, el reconocimiento, la crítica constructiva, etc.) En el programa que se aplicó en esta investigación también se incorporó un sistema de fichas –economía de puntos– con el que mediante fichas se reforzaba el buen comportamiento de los niños. También se combina la técnica de coste de respuesta, es decir, quitar fichas por comportamientos problemáticos durante la sesión. La utilización de reforzadores, como la economía de fichas y el coste de respuesta, ya habían sido utilizados con éxito en los programas propuestos por Kendall y Braswell (1985) y Braswell y Bloomquist (1991).

Muchos estudios enfatizan la importancia de reforzar a los niños socialmente y también de manera tangible. También señalan que es igualmente importante que el refuerzo sea contingente a la conducta que se desea implantar o desarrollar, es decir, que el refuerzo escogido sea “ganado” por el sujeto. El niño debe darse cuenta que el reforzador es el resultado de su buen comportamiento (Abramowitz, O’leary y Rosen, 1987; Acker y O’leary, 1987; Ajibola y Clement, 1995).

Ejemplos sobre refuerzo positivo:

El elogio puede ser descriptivo: “José, muy bien por ayudar a tu compañero a finalizar su ejercicio”.

El elogio puede ser una sugerencia para evitar futuras conductas inadecuadas: “Gracias, Marina, por haber cerrado la puerta despacio”.

El halago debe incluir elementos positivos y motivadores para el niño: “Jorge, has hecho un buen trabajo. Has pensado en muchas alternativas”.

El halago debe aplicarse de forma contingente a la emisión de la conducta que deseamos incrementar: “Patricia, me han gustado muchos las posibilidades que has presentado, y la elección de tu solución. Creo que has hecho un trabajo estupendo”.

El elogio puede ser específico para describir ciertas conductas junto con elogios más generales: “Gracias, Luis, por ayudarme a repartir los cuadernos”.

### *Autorrefuerzo individual*

El autorrefuerzo es la habilidad de encontrar por uno mismo refuerzos positivos (Barkley, 1992). El proceso de autocontrol y autorregulación de la propia conducta depende en gran medida de la capacidad que tiene el niño de autorreforzar su propio comportamiento. En otras palabras, si el niño no es capaz de autorreforzarse y animarse a seguir un trabajo o actuación, es menos probable que esa conducta o comportamiento se repita en un futuro (Breen y Altepeter, 1990; Bloomquist, August y Ostrander, 1991).

En este programa se insistió especialmente en que el niño aprendiese a autorreforzarse por sí mismo y a felicitarse, de tal manera, que se animó a los niños a que se halagaran cuando realizaban algo bien hecho. En ocasiones se animaba a uno de los niños a explicar al otro niño sus “trucos” para permanecer por sí solo atento y acabar con éxito los ejercicios. Y en situaciones en que, por ejemplo, no lograban que saliesen como se esperaba, la investigadora les animaba a buscar nuevas soluciones, insistiendo, una vez más, en las autoverbalizaciones.

La investigadora ayuda a continuar con el esfuerzo, y a que ellos mismos se animen: “Lo estoy haciendo muy bien, debo seguir trabajando así”.

La investigadora ayuda a los niños a observarse y a valorar los progresos que hacen: “He sabido identificar muy bien el problema, y buscar muchas alternativas, aunque al final he dicho algo que no debía; bueno, la próxima vez seguro que lo haré mejor”.

### *Economía de fichas*

La economía de fichas es un procedimiento dirigido a establecer un control sobre un determinado ambiente. Ayllon y Azrin (1968) lo utilizaron por primera vez para motivar a pacientes mentales crónicos institucionalizados con objeto de que actuaran de un modo más competente. Su característica fundamental es la introducción de refuerzos artificiales intercambiables por otros refuerzos tangibles. La emisión de refuerzos está controlada por el terapeuta y es contingente a la emisión, por parte del niño, de aquellas conductas que se desea incrementar o mantener. Sirve para eliminar conductas desadaptativas y controlar las conductas de una persona o grupo. Este sistema ha sido ampliamente utilizado en la clínica y forma parte de la multitud de programas de intervención, ya sea con niños, adolescentes o adultos, etc. (Kazdin et al. 1992; Kavale, Mathur, Forness, Rutherford y Quinn, 1997). En la figura 1 se muestra un punto positivo y un punto negativo, de color verde y rojo, respectivamente. Estos puntos son similares a los que se entregaban a los niños en el programa por su conducta.

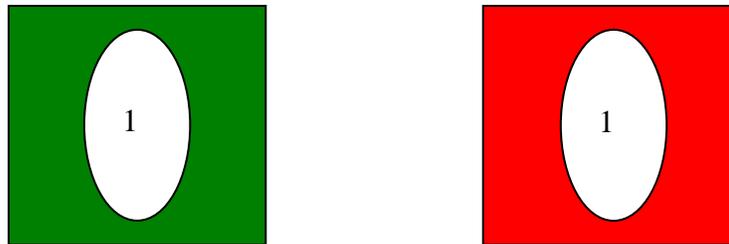


Figura 1. Punto positivo (verde) y punto negativo (rojo)

El uso de fichas como refuerzo en el programa se basa en los siguientes aspectos:

- 1) pueden administrarse inmediatamente después de que el niño realice un comportamiento que la investigadora quiere reforzar, para posteriormente canjear los puntos obtenidos por reforzadores de apoyo;
- 2) las fichas hacen que sea más fácil administrar refuerzos en grupo, de manera coherente y eficaz;
- 3) el refuerzo está presente hasta que el niño lo sustituye por el refuerzo final;
- 4) permite cuantificar la entrega de refuerzos, la emisión de conductas adecuadas y la selección de los refuerzos finales por parte del niño.

El proceso se desarrolla en tres fases: fase de establecimiento de diez fichas comorefuero generalizado, fase de aplicación contingente de las fichas por las conductas deseadas y canjeo de las fichas por una actividad divertida al final de la sesión. Los niños podían recibir puntos por: utilizar los cinco pasos; por hacer un buen trabajo y ser especialmente cuidadosos en su tarea, realizar los ejercicios indicados por la investigadora: a veces, de forma excepcional, se premiaban también aquellas alternativas que eran originales, que iban en la línea y el espíritu del programa; a veces, también, se reforzaba por conductas que hacían los niños entre ellos, es decir, por ayudarse y por mostrarse especialmente cooperadores y cooperativos.

### *Costo de respuesta*

Consiste en retirar un reforzador positivo de manera contingente a la emisión de una conducta. Con ello se consigue una rápida y relativa reducción de la conducta con efectos duraderos parecidos a los del castigo. En este programa se utilizaron dos tipos de fichas, unas de color verde y otras de color rojo, para reforzar conductas deseables y para penalizar conductas no tan deseables, respectivamente. Autores como Yap y Peters (1985) encontraron que este tipo de procedimiento era muy eficaz como retroalimentación negativa para los niños que presentaban impulsividad cuando éstos cometían errores, procedimiento que dichos autores consideran que es mucho más eficaz que el uso de recompensas a las respuestas correctas como única técnica de intervención para mejorar el rendimiento de los niños.

Las conductas por las cuales los niños podían ser penalizados con la pérdida de puntos podían ser: ir demasiado deprisa y equivocarse en los ejercicios; comportarse inadecuadamente durante la sesión (patalear, chillar, correr en la clase, etc.); negarse a realizar los deberes; molestar a otros compañeros, etc.

### *Recuento de puntos*

El objetivo que se persigue con los puntos es fortalecer conductas deseadas. Los puntos eran dados inmediatamente después de la emisión de la conducta deseada, y eran proporcionales a la importancia y la dificultad de la conducta premiada. A este sistema se le añadió el coste de respuesta, que significa que el niño pierde puntos por la realización de conductas inadecuadas (en el programa, se daba un punto rojo al niño con una conducta inadecuada, de manera que al final del día este punto se restaba a los puntos verdes que había obtenido. Se siguió este sistema porque la técnica de coste de respuesta puede ser desagradable para muchos niños, y más aún cuando se tiene que retirárseles físicamente puntos que ellos ya han obtenido o, en el peor de los casos, puntos que todavía no le ha dado al niño tiempo de obtener).

Para evitar situaciones tales como que el niño se niegue a dar el punto ganado, o que todavía no tenga puntos para entregar, se optó por dar puntos rojos que al final del día se restaban a los que había ganado ese niño ese mismo día. Este sistema de recuento fue muy divertido para los niños, porque de esta forma ellos mismos podían comprobar hasta qué punto se habían comportado bien durante la sesión.

<b>Fecha:</b>		
<b>Puntos ganados</b>	<input type="text"/>	Puntos ganados: aquí se anota el número de puntos ganados por su buen comportamiento (puntos verdes).
<b>Puntos perdidos</b>	<input type="text"/>	Puntos perdidos: se anota el número de puntos conseguidos por mal comportamiento (puntos rojos).
<b>Puntos de hoy</b>	<input type="text"/>	Puntos de hoy: es la resta entre los puntos verdes y rojos.
<b>Puntos en el BANCO TOTAL</b>	<input type="text"/>	Puntos en el banco: son los puntos que le quedaban de la semana anterior.
	<input type="text"/>	Total: puntos de que dispone.
<b>Puntos jugados BANCO</b>	<input type="text"/>	Puntos jugados: puntos que gasta para participar en el juego colectivo (ver menú y elección de refuerzo).
	<input type="text"/>	Banco: puntos que quedan para la próxima sesión.

Figura 2. Recuento de puntos

Con estas técnicas instructivas su busca ofrecer acciones con el fin de brindar al niño que presenta TDA-H, una identidad positiva, autonomía, sentido de responsabilidad, organización de su mundo interno, con miras a solucionar algunas conductas generadas por el TDA-H.

## **Método**

El estudio que se describe a continuación se realizó en tres etapas. La primera se refiere a la evaluación psicopedagógica de dos niños derivados por diagnóstico de TDA-H. En la segunda etapa se realizó el diseño, implementación y evaluación de un taller informativo sobre las características del TDA-H para profesores de educación básica regular. La tercera etapa consistió en la instrumentación y evaluación de un programa cognitivo-conductual a dos niños diagnosticados con TDA-H. A continuación se describirán los objetivos, instrumentos y procedimientos utilizados en cada una de estas etapas.

### ***Objetivo General***

Informar a los maestros de escuela básica regular y promover la aplicación de estrategias cognitivo-conductuales para trabajar con niños con TDA-H en el aula regular.

### ***Objetivos Específicos***

#### **Etapa 1.** Evaluación psicopedagógica

- 1.1. Realizar una evaluación psicopedagógica a dos niños con TDA-H que asisten a una escuela regular.
- 1.2. Identificar las necesidades educativas especiales y las adecuaciones organizativas que son apropiadas, para que dos niños con diagnóstico de TDA-H realicen el trabajo escolar.

#### **Etapa 2.** Curso-taller informativo sobre TDA-H

- 2.1. Evaluar los conocimientos de los profesores sobre el TDA-H antes de participar en un curso-taller informativo.
- 2.2. Diseñar e instrumentar un curso-taller sobre las características y necesidades educativas especiales de los niños con TDA-H para los profesores de la escuela primaria a la que asistían los niños focales.
- 2.3. Evaluar los conocimientos de los profesores sobre el TDA-H después de participar en un curso-taller informativo.

**Etapa 3.** Programa cognitivo-conductual sobre estrategias de apoyo escolar para niños con TDA-H

3.1. Proporcionar estrategias para realizar adecuaciones en el ambiente y la organización del aula regular, a dos profesores que tienen integrados a niños con TDA-H.

3.2. Evaluar los resultados obtenidos de la aplicación de estrategias para mejorar el ambiente y la organización del aula.

### ***Tipo de Estudio***

**Etapa 1.** Estudio de casos únicos de dos niños diagnosticados con TDA-H que asistían a una escuela primaria regular.

**Etapa 2.** Corresponde a un estudio pre-experimental: evaluación inicial, intervención y evaluación final sin grupo control.

**Etapa 3.** Estudio descriptivo de la instrumentación y resultados del Programa cognitivo-conductual sobre estrategias de apoyo escolar para niños con TDA-H

### ***Participantes***

Profesores: trece profesoras de educación primaria.

Alumnos: Dos alumnos con diagnóstico de TDA-H, que asisten a una escuela primaria regular.

Tabla 14. Alumnos participantes

<b>Alumno<sup>1</sup></b>	<b>Edad</b>	<b>Grado</b>	<b>Diagnóstico</b>
Gregorio	8 años	Tercero	TDA-H
Pedro	8 años	Tercero	TDA-H

### ***Escenario***

Escuela Primaria FNS<sup>2</sup>. Es una escuela privada de organización completa, mixta, que ofrece educación básica, tiene tres grupos de educación preescolar, doce de primaria y tres de secundaria; en promedio, la relación profesor-alumno es de 1/30.

<sup>1</sup> Para mantener el anonimato, se utilizan seudónimos.

<sup>2</sup> Por cuestiones de confidencialidad, se utilizan iniciales para referirse a la escuela.

La población que asiste es de clase media, se encuentra ubicada en la Delegación Azcapotzalco.

### ***Plan de investigación***

1. Se presentó el proyecto a la directora de la escuela y se obtuvo la autorización.
2. La directora indicó quienes eran los niños diagnosticados con TDA-H. con esta información se presentó el proyecto a los padres y se obtuvo su autorización.
3. Se presentó el proyecto a las profesoras y se obtuvo su autorización.
4. Se recabó la información para la evaluación psicopedagógica, entre otras técnicas se realizaron entrevistas, observaciones en el aula, revisión de trabajos de los niños.
5. Se analizaron los resultados e identificaron las necesidades educativas especiales y las adecuaciones organizativas que se consideraron apropiadas, para los niños con TDA-H.
6. Se evaluaron los conocimientos de los profesores sobre el TDA-H antes de participar en un curso-taller informativo.
7. Con base en los resultados de la evaluación inicial se diseñó e instrumentó un curso-taller sobre las características y necesidades educativas especiales de los niños con TDA-H.
8. Se evaluaron los conocimientos de los profesores sobre el TDA-H después de participar en un curso-taller informativo.
9. Se instrumentó un programa cognitivo-conductual sobre estrategias de apoyo escolar para los niños con TDA-H.
10. Se realizó un seguimiento de la implementación de dichas estrategias en diferentes ambientes de contexto escolar y se evaluaron los resultados obtenidos.

## ***Técnicas e instrumentos***

### **Cuestionario Curso ¿Tienes alumnos con TDA-H en el aula?**

Este es un instrumento de evaluación inicial (ver anexo 1), contiene diez preguntas, sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, antecedentes, causas, medicamento, manejo de límites en el contexto familiar, escolar y social; tomado del curso “Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, impartido por la Sociedad Mexicana de Déficit de Atención e Hiperactividad en colaboración con la Sociedad Mexicana de Psicología (Abril, 2007). Para calificar el cuestionario de evaluación inicial se utilizaron las opciones siguientes:

0 = No respuesta o respuesta incorrecta

1 = Respuesta parcialmente correcta o incompleta

2 = Respuesta correcta o completa

El puntaje mínimo es 0 y el puntaje máximo es 20.

### **Evaluación psicopedagógica**

La evaluación psicopedagógica constituye un procedimiento ampliamente utilizado para profundizar de manera sistemática en el conocimiento de los niños. En el contexto de la integración educativa, la evaluación psicopedagógica debe concebirse como un proceso que aporte información útil principalmente para los profesores de educación regular, quienes podrán así orientar sus acciones para satisfacer las necesidades educativas de los alumnos. En el marco de la atención a los niños con NEE no se puede prescindir de una evaluación psicopedagógica cuya finalidad sea la de ofrecer elementos suficientes y oportunos relacionados con las capacidades, dificultades, gustos e intereses del niño al que se evalúa, ya que con esa base se determinan las adecuaciones curriculares pertinentes.

Además, quien realice una evaluación psicopedagógica deberá:

- Orientar la evaluación con una perspectiva más pedagógica y no exclusivamente clínica, lo cual requiere de un trabajo estrecho entre el especialista, el maestro regular y los padres de familia, estas personas estarán en posibilidad de integrar la información suficiente sobre el proceso de desarrollo por el que atraviesa el niño sus capacidades, su estilo y ritmo de aprendizaje, sus dificultades para apropiarse de conocimientos escolares, sus actitudes, sus intereses, su conducta, etc.
- Para profundizar en el conocimiento del niño se deberá privilegiar la observación directa de su desempeño cotidiano en el aula y de otras actividades llevadas a cabo fuera de ella. De esta manera se enfatiza el carácter educativo.

Los puntos anteriores no eliminan los instrumentos psicométricos. Estos instrumentos pueden aportar información útil, siempre y cuando se seleccionen adecuadamente y se realice una interpretación cualitativa de los resultados cuantitativos. En un sentido que destaque abiertamente las potencialidades y cualidades del niño, el nivel en que puede realizar una tarea por sí mismo y lo que puede hacer con ayuda de otra persona. De esta manera el maestro regular podrá planear y desarrollar un programa de trabajo, brindando al alumno mejores y más variadas oportunidades para acceder al aprendizaje académico y social que pretende la escuela.

#### *Características de la evaluación psicopedagógica y su organización*

En este apartado comentaremos los instrumentos que se utilizan habitualmente para la evaluación del TDA-H, con especial atención en los instrumentos utilizados en esta investigación. Los instrumentos se han agrupado en: entrevistas, cuestionarios y un curso-taller (Durán, 2005).

La entrevista es uno de los métodos más utilizados para obtener información sobre las alteraciones conductuales y los problemas que pueden presentar los niños.

#### A. Historia de desarrollo

Se recoge información sobre la salud de la madre durante el embarazo, la salud del niño, la interacción con el ambiente, su mutua adaptación en el periodo postnatal y los hitos del desarrollo.

#### B. Historia médica

Se obtiene información de enfermedades, intervenciones y hospitalizaciones que ha padecido el niño, así como el funcionamiento del sistema nervioso, respiratorio, digestivo y circulatorio.

#### C. Historia de tratamientos

Se recoge información sobre si se ha recibido algún tipo de tratamiento psicológico y/o se ha prescrito medicación.

#### D. Historia familiar

Presencia o ausencia de las conductas problemáticas, así como la frecuencia, intensidad y persistencia de las mismas.

Pautas educativas imperantes.

Demandas y exigencias del contexto, capacidad del niño para ajustarse a ellas.

Pautas educativas de los padres.

#### E. Historia Escolar

Valoración del rendimiento académico, conocimientos y habilidades adquiridas, y estilo de trabajo.

#### F. Historia Social

Presencia de conductas problemáticas.

Frecuencia, intensidad y persistencia de tales conductas.

Interacción social con sus compañeros y adultos.

Demandas y exigencias de diferentes entornos y adaptación del niño a ellas.

### **Descripción del Documento Individual de Adecuación Curricular**

El Documento Individual de Adecuación Curricular [DIAC] (2000) es un instrumento que permite planear y dar seguimiento al trabajo que se lleva a cabo con los alumnos con necesidades educativas especiales. Lo recomendable es que el DIAC sea llenado, en forma conjunta, por el maestro o la maestra de grupo de apoyo y los padres y madres de familia se sugiere que participen todo el personal de educación especial implicado en la atención del alumno. Por tanto, debe completarse con mucho cuidado y responsabilidad, más nunca como un trámite burocrático además de contar con la planeación del trabajo del niño, los apartados relacionados con el seguimiento permiten conocer el avance que tuvo durante el ciclo escolar y tomar decisiones respecto a su evaluación y promoción (García, Escalante, Escandón, Fernández, Mustri, Puga, Calatayud y Ruiz, 2000).

### **Curso-taller *¿Tienes un alumno con TDA-H en el aula y no sabes qué hacer?***

Es un curso taller dirigido a profesores de educación básica regular, con duración de tres horas; que tiene como finalidad proporcionar información acerca del TDA-H, su diagnóstico, tratamiento, estrategias dentro del aula, con diversas actividades y dinámicas (ver anexo 2). La evaluación del curso se muestra en el anexo 3, el cual es una escala tipo Likert que evalúa cuatro aspectos respecto al curso con un total de 21 ítems. Los cuales se muestran a continuación.

<b>Características a evaluar</b>	<b>Número de ítems</b>
Sobre el instructor	9
Acerca del curso	4
Logística e instalaciones	4
Acerca del grupo	4

Las opciones de respuesta fueron de 1 para el totalmente en desacuerdo y 5 para totalmente de acuerdo. La aplicación del instrumento fue individual.

## **Programa cognitivo- conductual**

Es un Programa Cognitivo-conductual dirigido a dos profesoras de educación básica regular, que tienen integrados a dos niños con TDA-H. Tiene como finalidad proporcionar estrategias para realizar adecuaciones en el ambiente y la organización del aula regular, durante el ciclo escolar. El programa completo del taller se puede ver en el anexo 4.

### **Aplicación**

Número y duración de las sesiones: el programa consta de doce sesiones de intervención. Todas las sesiones tuvieron una duración de entre 45 y 60 minutos, una frecuencia semanal, y se realizó a los dos niños diagnosticados con TDA-H.

Población escolar a la que se dirige: este programa fue pensado para escolares de Primaria de entre 8 y 12 años.

### **Funciones que se potencian en el programa**

El programa de intervención pretende trabajar la capacidad de autocontrol, la capacidad de los niños para solucionar problemas, la mejora de la atención y el incremento de la capacidad para demorar la respuesta.

- Mejorar el autocontrol a través del habla interna autodirigida y la autorregulación del comportamiento. En general, los niños con TDA-H presentan tasas muy bajas de autocontrol y autorregulación. Los ejercicios propuestos para el programa potencian la regulación y el control de la conducta mediante el habla interna y la previsión y anticipación de metas y consecuencias de la conducta; para ello nos basamos en los datos de Meichenbaum y Goodman (1971; 1981).
- Mejorar la capacidad de los niños con TDA-H para solucionar problemas. Las actividades del programa intentan potenciar el acercamiento reflexivo a los problemas, la demora de la respuesta, el análisis de la situación, la toma

pertinente de decisiones, y la previsión y la anticipación de las consecuencias. Dicho trabajo se apoya en los programas presentados por Kendall y Braswell (1985) y Braswell y Bloomquist (1991).

- Mejorar la capacidad de estos niños para definir los problemas, analizar sus partes, buscar las opciones que mejor convengan a cada situación teniendo en cuenta múltiples perspectivas, mejorar sus autoinstrucciones, saber automotivarse y mantener el esfuerzo hacia sus objetivos, etc. Tal y como señala Barkley (1997), éstos pueden ser los objetivos básicos para trabajar con niños con TDA-H, ya que el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad de estos niños vendrían causados por un fallo en el sistema de inhibición conductual, sobre todo en el control de la interferencia.
- Incrementar la atención mediante la creación de actividades que sean atractivas para los niños, tanto por su contenido como por la presentación. Autores como Douglas (1983) y White y Sprague (1992) consideran que la atención es el principal problema de los niños con TDA-H. En el programa se trabajó especialmente la mejora de la atención momento a momento: con ello se aseguran también la mejora de la atención sostenida durante toda la sesión de intervención.
- Mejorar la capacidad para demorar la respuesta, componente básico de las tareas que implican incertidumbre. Para ello nos basamos en los datos de autores como Kagan (1966) y Bandura (1977).

## **Definición conceptual y operativa de las estrategias de apoyo**

### **Estrategia 1. Demora forzada**

#### *Definición conceptual*

Los niños con TDA-H tienen dificultades para resistir la distracción, sienten una mayor atracción por los aspectos más gratificantes o divertidos de cualquier situación. Por ejemplo, se aburren más rápidamente con su trabajo, se distraen con gran facilidad interrumpiendo su tarea para dedicarse a lo gratificante sin finalizar lo importante. La demora forzada se refiere al tiempo que el niño puede posponer la actividad gratificante y concluir la tarea (Barkley, 1999, Orjales, 1998).

#### *Definición operativa*

La demora forzada se mide por tiempo. Se registra el tiempo que pasó entre el inicio de la actividad grupal y que el niño con TDA-H se distrae y deja de hacer la actividad.

### **Estrategia 2. Modelado participativo**

#### *Definición conceptual*

Se basa en el aprendizaje por observación y sus efectos en la conducta social. El término de *modelado* ha sustituido al de *imitación* como expresión general que supone una variedad de procesos de aprendizaje por observación (Bandura 1977).

Las fases de dicho aprendizaje son:

1. Adquisición o aprendizaje de una respuesta a partir de la observación del modelo. Para que el niño aprenda es necesario que preste atención y perciba las características de la conducta del modelo. Se asume que durante el proceso de observación, el observador adquiere imágenes y representaciones verbales (cogniciones) de la conducta del modelo que luego se codifican, organizan y ensayan para facilitar su almacenamiento en la memoria. Para que el aprendizaje se dé no es necesario que el observador sea reforzado durante la fase de adquisición ni que lleve a cabo práctica alguna.

2. Ejecución de la conducta por el observador. Para ello el niño ha de iniciar las acciones apropiadas a partir de las representaciones simbólicas que tiene, y ha de estar motivado para hacerlo. Es importante distinguir entre la adquisición y la puesta en práctica de una respuesta modelada, ya que a menudo sucede que una respuesta adquirida por observación no se pone nunca en práctica. El reforzamiento interviene tanto en la adquisición como en la ejecución de la conducta.

Las consecuencias que recibe el modelo pueden servir para focalizar selectivamente la atención de la investigadora en la conducta que el niño está realizando. Más aún, estas consecuencias tienen una función informativa; comunican a la investigadora qué resultados podría esperar si realizara la misma conducta. La naturaleza de las consecuencias motiva a la investigadora para poner o no en práctica la conducta en cuestión.

#### *Definición operativa*

La conducta de modelado participativo se midió por frecuencias, es decir, se registró cada vez que los niños imitaron la conducta que la investigadora le indicaba.

### **Estrategia 3. Autoinstrucciones**

#### *Definición conceptual*

El procedimiento de autoinstrucciones se debe al trabajo de Luria y Vygotsky (1980), donde se proponen tres estadios a través de los cuales la iniciación e inhibición de las conductas motoras voluntarias llegaban a situarse bajo el control del estímulo:

1. Primer estadio: el lenguaje de los demás controla y dirige la conducta.
2. Segundo estadio: caracterizado porque el lenguaje manifiesto por el niño llega a constituirse en regulador efectivo de su conducta.

3. Tercer estadio: el lenguaje encubierto o interno asume un papel de autogobierno. (Regirse un sistema por sí mismo en función del programa o de las instrucciones que le han sido dadas).

La estrategia consiste en hablarse a sí mismos como medio para desarrollar el autocontrol (control de las propias funciones fisiológicas o de comportamientos generalmente involuntarios). El régimen de entrenamiento contiene los siguientes pasos:

1. Modelado cognitivo: un modelo adulto (investigadora) lleva a cabo una tarea mientras se habla así mismo en voz alta.
2. Pauta externa manifiesta: el niño realiza la tarea bajo las instrucciones del modelo.
3. Pauta propia manifiesta: el niño realiza la tarea dándose instrucciones en voz alta.
4. Pauta propia manifiesta que se elimina gradualmente: el niño se susurra así mismo las instrucciones a medida que va llevando a cabo la tarea.
5. Autoinstrucción encubierta: el niño realiza la tarea mientras dirige su realización por medio del lenguaje.

#### *Definición operativa*

Se registra cualquier instrucción que el niño se dé en voz alta.

Cabe señalar que esta estrategia se implementa acompañada del modelado participativo.

#### **Estrategia 4. Refuerzos y castigos**

##### *Definición conceptual*

Es el estímulo que refuerza una conducta. Es cualquier consecuencia o acontecimiento que, cuando se hace contingente respecto a una respuesta previa, aumenta la probabilidad de que esa respuesta aparezca de nuevo en el futuro. El reforzador, igual que los estímulos aversivos se define en función de su efecto sobre la conducta, no por sus características inherentes. Es decir, aunque un

estímulo pueda ser considerado en general como reforzador no lo será en los casos en que no haga más probable una conducta.

#### *Definición operativa*

Para estimular el buen comportamiento de los niños y lograr mejores resultados, se utilizaron reforzadores sociales como “lo estás haciendo bien”, “sigue esforzándote” entre otros.

También se combina la técnica de economía de fichas a través de puntos verdes y rojos.

La técnica de refuerzo negativo (puntos rojos) consiste en imponerse la supresión del estímulo aversivo al aparecer el aprendizaje o meta fijada. Por ejemplo: “no me levantaré de aquí hasta que termine de hacer mi ejercicio”.

La técnica de refuerzo positivo (puntos verdes) consiste en otorgar un estímulo agradable tras la consecución total o parcial de una determinada conducta (aprendizaje) que se pretende.

### **Estrategia 5. Autoevaluación**

#### *Definición conceptual*

Se pretende ayudar al niño a tomar conciencia del tipo de problemas que le ocasiona su conducta hiperactiva mediante la autoevaluación de su propio comportamiento.

#### *Definición operativa*

Los niños se evaluaron al final de la actividad, del día de la sesión.

Es cuando el niño y la investigadora exponen las razones de la evaluación y criterios de lo que podría hacer el niño para mejorar su conducta y mejorar su autoevaluación.

### **Estrategia 6. Autoreforzo individual**

#### *Definición conceptual*

Habilidad de encontrar refuerzos positivos y autoreforzarse (Barkley, 1992).

### *Definición operativa*

Las evidencias de autorefuero individual fueron las siguientes:

En la actividad de demora reforzada se hacía el registro del tiempo que mantenían la atención y realizaban los ejercicios.

También se observó que con frecuencia los niños solicitaban la valoración de la investigadora y el reconocimiento de que hacen lo que se les pidió bien.

## **Estrategia 7. Autocontrol**

### *Definición conceptual*

La técnica de autocontrol complementaria a otras técnicas motivacionales, consiste en suministrar refuerzos (recompensas o en su caso castigos) a los logros parciales que se vayan cumpliendo (en su caso también a incumplimientos). Ello requiere una previa programación de objetivos claros y precisos. Kanfer (1983) destaca tres momentos en la técnica del autocontrol que son los siguientes:

1. La autoobservación: el sujeto debe aprender a definir y observar con precisión la conducta a través de índices de frecuencia, duración e intensidad.
2. La autoevaluación: al observar la conducta, el niño debe compararla con criterios que puedan funcionar como incentivos para el cambio.
3. El autorefuero: se debe realizar de dos formas:
  - el niño puede demorar la recompensa hasta haber ejecutado la conducta.
  - el niño puede auto-administrarse una consecuencia positiva extra no habitual al conseguir el objetivo.

### *Definición operativa*

Se hace un registro anecdótico de aquellas situaciones en la que los niños explícitamente hacen alguna de estas dos cosas:

- demorar la recompensa hasta haber ejecutado la conducta.
- auto-administrarse una consecuencia positiva extra no habitual al conseguir el objetivo.

## Resultados

### ***Etapa 1. Necesidades educativas especiales de alumnos con TDA-H***

A continuación se presentan los resultados de la evaluación psicopedagógica de dos niños identificados con TDA y/o TDA-H y que participaron en el estudio.

#### **Informe de evaluación psicopedagógica de Pedro**

##### **a) Datos personales**

Fecha de Nacimiento: 18 de Mayo de 1999

Lugar de Nacimiento: México, D. F.

Sexo: Masculino

Edad al 1 de septiembre de 2007: 8 años 3 meses

Número de hermanos: 1 hermano

Lugar que ocupa entre hermanos: Menor

Diagnóstico: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

Escuela Primaria Regular: Colegio particular ubicado en la Delegación Azcapotzalco

Grado Escolar: 3° año, ciclo escolar 2007-2008

Edad del padre: 49 años

Ocupación: Técnico en Mecánica Diesel

Edad de la madre: 49 años

Ocupación: Médico

##### **b) Apariencia física.**

Pedro es un niño de 8 años, aparentemente presenta buen estado de salud, sin embargo, es muy sensible a cambios bruscos de temperatura por lo cual es muy frecuente que enferme de gripe y, por tanto, requiere estar más arropado. Padece de rinitis alérgica y sinusitis. Mide aproximadamente 130 cm. Es de complexión media, tez morena, cabello negro, su vestimenta es adecuada a su edad, en condiciones adecuadas de higiene y aliño.

##### **c) Antecedentes de desarrollo**

Es el menor de 2 hijos. La madre estaba bajo tratamiento médico antes del embarazo por hipotiroidismo. La madre comentó que fue un niño deseado por ambos padres, sin embargo, las condiciones emocionales, en las que se encontraba la pareja en el momento del embarazo eran malas; sobrellevando este problema con discusiones frecuentes y distanciamiento; padeciendo depresión y ansiedad. Lo cual lleva a la madre a recibir tratamiento médico, farmacológico y psicológico durante todo el embarazo.

El nacimiento del niño se realizó en un hospital particular. El parto fue por cesárea programada por ser un embarazo de alto riesgo. Pedro nació sin ningún problema

pesando 3.500 kg, con una talla de 49 cm, presentó llanto inmediato, APGAR (evaluación clínica del recién nacido) de 8/9 y reflejos excelentes.

Existen antecedentes familiares con problemas de alcoholismo y drogadicción. A partir del nacimiento, el niño ha sufrido enfermedades tales como irritabilidad, alteraciones del sueño, infecciones recurrentes respiratorias, con fiebres muy altas difíciles de controlar; tratadas con antibioticoterapia, antialérgicos, jarabes, vitaminas, terapias respiratorias, homeopatía, vacunas. Padece enfermedades crónicas de rinitis alérgica sinusitis y alteraciones del sueño. A la edad de 4 a 6 meses se realizó un estudio de EEG, cuyos resultados indican una alteración durante el sueño (paroxismos).

Durante los primeros meses la alimentación de Pedro fue basada en leche materna hasta los 8 meses, posteriormente aceptó el cambio de alimentos de líquidos a sólidos. El control de esfínteres lo adquirió aproximadamente a los 2 años. Su desarrollo psicomotriz ha sido adecuado, sostuvo la cabeza a los 4 meses, se sentó a los 6 meses, gateó a los 9 meses y camino al año un mes de edad sin presentar problemas de tipo ortopédico, camina y corre bien sin presentar cansancio al hacerlo, es diestro, muestra gusto por las actividades de tipo físico.

Pedro comenzó a emitir los primeros sonidos a los 3 meses. La madre refiere, que su lenguaje ha sido normal de acuerdo a cada etapa de su desarrollo, cuenta con un lenguaje claro y fluido. Asistió a la guardería desde los 2 años, recibiendo estimulación temprana. En el área escolar asistió a Kinder regular al igual que a primaria regular.

#### d) Situación actual

Desarrollo actual en las diferentes áreas:

	Por arriba del grupo	Igual al promedio del grupo	Por debajo del promedio del grupo
Desarrollo motor		X	
Desarrollo del lenguaje		X	
Desarrollo de los aprendizajes escolares			X
Desarrollo socio- afectivo			X

Principales capacidades del niño o niña detectadas en la evaluación psicopedagógica

- Área de desarrollo motor: tiene una excelente motricidad gruesa y fina (caminar, recortar, iluminar, y tomar objetos)
- Sigue instrucciones.
- Identifica diferencias.
- Pone atención a detalles, pero se pierde en el todo (objetos).
- Identifica texturas, tamaños y formas.
- Tiene buena direccionalidad (concepto izquierda-derecha).
- Habilidad para identificar secuencias y narrar historias.
- Discrimina letras y números.
- Tiene problemas con la ortografía y redacción.
- Su atención es dispersa en lo global.
- Al escuchar instrucciones no mira a la maestra, pero si las sigue.

En el área social: es aceptado por sus compañeros, busca interactuar con tres de ellos durante el recreo. En el área cognitiva: tiene un buen desarrollo de percepción y memoria visual. En lenguaje: tiene buena comprensión lingüística.

Principales dificultades del niño o niña detectadas en la evaluación psicopedagógica

En el área motora: dificultades visomotoras en lecto-escritura y ortografía. En el área social: constantemente quiere ganar aprobación de las personas que lo rodean, muestra dificultad para controlar impulsos (se tira al suelo, se levanta constantemente de su lugar, desobediencia, rebeldía y evasión). En el área cognitiva: se distrae ante cualquier estímulo, su atención es dispersa.

Tipo de actividades y dinámicas que favorecen el aprendizaje del niño o niña.

El menor realiza mejor las actividades cuando hay poco ruido y cuando éstas son cortas; las actividades se le facilitan cuando son apoyadas con material concreto, y novedoso, muestra mayor disposición cuando se trabaja en equipo.

Intereses y motivación para aprender

Muestra más interés en las materias de música y educación física, en especial cuando se trabaja con los balones. Le gustan las actividades sencillas y que conoce de competencia, muestra también preferencia por las actividades manuales. En actividades nuevas, muestra interés y gusto, sin embargo, cuando se le dificulta desiste.

Principales necesidades del niño o niña y formulación de prioridades

Área	Principales necesidades	Prioridades
Motora	Mejorar la coordinación viso motora	Ejercicios de coordinación.
Social	Control de impulsos (seguir indicaciones, obedecer, no tirarse al suelo). Trabajar con orden y limpieza. Respetar a sus compañeros(a) Incrementar tolerancia en juegos (respeto de turnos y reglas)	Control de impulsos (seguir reglas)
Afectiva	Moderar su forma de contacto hacia sus compañeros (sin pegar o dar patadas)	Modificar su forma de relacionarse
Comunicación	Incrementar su vocabulario. Solicitar respuestas verbales	Fomentar su expresión oral
Conducta	Adquirir responsabilidad de sus actos. Brindarle alternativas para expresar emociones (enojo)	Disminuir angustia y ansiedad.
Académica	Incrementar su atención. Concluya actividades dentro del tiempo establecido. Reforzar lecto- escritura y ortografía. Coordinación viso motora. En matemáticas, reforzar multiplicación.	Incrementar su atención.

## ADECUACIONES CURRICULARES INDIVIDUALIZADAS

### *Adecuaciones de acceso*

Adecuaciones en las instalaciones de la escuela

(Rampas, barandales, adecuaciones en los baños...)

Planeación	
No son necesarias X	En caso de que si sean necesarias ¿Qué adecuaciones se requieren?

### *Adecuaciones en el aula*

(Ubicación del mobiliario, iluminación, nivel de ruido...)

Planeación	
No son necesarias X	En caso de que si sean necesarias ¿Qué adecuaciones se requieren?

### *Apoyos personales: materiales y/o técnicos*

(Lentes, auxiliares auditivos, bastón, máquina, punzón, tableros de comunicación, intérprete de lenguaje manual, material didáctico específico...)

Planeación	
No son necesarias X	En caso de que si sean necesarias ¿Qué adecuaciones se requieren?

Adecuaciones en los elementos del currículo

### *En la metodología*

En las formas de trabajo (individual, grupal, en parejas), en los materiales de trabajo, en el tipo de instrucciones, en el tiempo para desarrollar la actividad, en las formas de participación (oral, escrita), en la complejidad de las tareas, en las formas de desarrollar la actividad...

Planeación	
No son necesarias	En caso de ser necesarias ¿qué adecuaciones se requieren?
	Se requiere trabajar de forma individual, con material concreto, utilizando instrucciones sencillas y concretas, propiciando la participación oral, es necesario también que concluya la actividad dentro del tiempo establecido, además, realizar una actividad por clase (para tratar de seguir el ritmo de sus compañeros).

### *En la evaluación*

En las formas de evaluar (individual, grupal, en parejas), en los materiales utilizados para evaluar, en el tipo de instrucciones, en el tiempo asignado, en las formas de participación (oral, escrita), en la complejidad de las tareas, en las técnicas utilizadas...

Planeación	
No son necesarias	En caso de ser necesarias ¿Qué adecuaciones se requieren?
	Evaluar de forma individual, con poco ruido, en donde no existan demasiados estímulos que puedan dispersar su atención. Es necesario que se realice en las primeras horas de la jornada escolar y de forma oral y escrita.

Adecuaciones en los elementos del currículo  
*En los propósitos y contenidos*

Tomando en cuenta los contenidos del niño o niña en cada uno de los propósitos y contenidos, tanto los que compartió con el grupo como los establecidos para el/ella, es necesario asignar a cada una de las columnas (planeación y seguimiento) una de las siguientes claves: B-Muy bien, B-bien, CD-con dificultad y N-no.  
 Primaria. Tercer Grado

**PLANEACIÓN**

Teniendo en cuenta el nivel de competencia curricular del niño o de la niña y la planeación general para el grupo, indicar qué aspectos son los que se considera necesario adecuar.

*Matemáticas*

PROPÓSITOS Y CONTENIDOS	PLANEACIÓN
<b>Los números, sus relaciones y sus operaciones</b>	
Comprende el significado de los números hasta el 9 999 y su representación simbólica.	MB
Ordena una serie numérica hasta el 9 - 999.	B
Resuelve problemas de suma y resta de tres cifras utilizando diferentes procedimientos.	B
Plantea y resuelve diversos problemas de multiplicación de hasta dos cifras con diferentes procedimientos.	B
Plantea y resuelve problemas de división de una cifra.	B
Comprende la noción de fracción maneja su representación convencional y realiza sumas de fracciones sencillas con apoyo de material concreto.	MB
<b>Geometría</b>	
Representa e identifica en un plano la ubicación y desplazamiento de seres y objetos tomando en cuenta puntos de referencia.	MB
Clasifica cuadriláteros y triángulos a partir de sus características (igualdad de lados y ángulos, etc.)	B
Identifica y traza ejes de simetría.	MB
Construye y reproduce figuras mediante diferentes procedimientos, utilizando la regla para el trazo.	B
<b>Medición</b>	
Mide, compara y ordena longitudes y áreas utilizando unidades de medidas arbitrarias y convencionales.	MB
Emplea la medición del peso, la capacidad y el tiempo con unidades de medidas convencionales (kilo, litro y hora) e instrumentos convencionales (balanza, litro y reloj).	B
<b>Tratamiento de la información</b>	
Organiza la información y la representa mediante diagramas, tablas y gráficas como medios para descubrir características y relaciones entre los datos y para hacer sencillas inferencias.	B
<b>La predicción y el azar</b>	
Comprende la noción de evento azaroso mediante la relación de juegos, del análisis de sus resultados y de las estrategias seguidas.	MB

Tomando en cuenta los contenidos del niño o niña en cada uno de los propósitos y contenidos, tanto los que compartió con el grupo como los establecidos para él/ella, es necesario asignar a cada una de las columnas (planeación y seguimiento) una de las siguientes claves: B-Muy bien, B-bien, CD-con dificultad y N-no. Primaria. Tercer Grado.

*Español*

PROPÓSITOS Y CONTENIDOS	PLANEACIÓN
<b>Lengua hablada</b>	
Se expresa con fluidez al participar en diálogos, narraciones, descripciones y comentarios acerca de un tema.	MB
Participa en discusiones, con apego en las normas de intervención que se hayan acordado.	CD
Expone temas con el apoyo de diversos materiales y recursos gráficos.	B
Planea y realiza entrevistas.	B
<b>Lengua escrita</b>	
Lee en voz alta diversos textos.	MB
Redacta textos y mensajes.	MB
Identifica y usa las reglas ortográficas (uso de la coma, signos de interrogación y admiración, letras ( r y rr, c y q, b y v, g y j)).	B
Identifica las partes o los datos de una carta, de un libro y de un periódico.	B
Conoce y utiliza el diccionario y los libros de consulta.	MB
Lee y comprende instrucciones simples.	MB
Elabora resúmenes de texto.	B
<b>Recreación literaria</b>	
Crea textos literarios (cuentos, fábulas y poemas) con distintas versiones en forma individual y colectiva.	B
Representa cuentos.	B
Aprecia y explora el significado de coplas, canciones, adivinanzas, chistes, dichos, versos y leyendas populares.	CD
<b>Reflexión acerca de la lengua</b>	
Reconoce y usa sustantivos, adjetivos calificativos, pronombres personales, sinónimos, antónimos y homónimos.	B
Identifica el sujeto y el predicado en las oraciones.	MB
Reconoce y utiliza los verbos y los tiempos verbales (presente, pretérito y futuro).	B
Cuenta con mayor vocabulario (incrementado con la elaboración de campos semánticos).	B
Reconoce oraciones exclamativas e interrogativas.	MB

## Socialización

Tomando en cuenta los contenidos del niño o niña en cada uno de los propósitos y contenidos, tanto los que compartió con el grupo como los establecidos para él/ella, es necesario asignar a cada una de las columnas (planeación y seguimiento) una de las siguientes claves: S – Siempre MV –La mayoría de las veces PV – Pocas veces N -Nunca Primaria. Tercer Grado

ASPECTOS POR VALORAR	PLANEACIÓN
<b>Relaciones interpersonales</b>	
Se comunica con el profesor o la profesora.	S
Se comunica con sus compañeros.	S
Solicita o acepta la ayuda de otro sin limitaciones.	MV
<b>Colaboración</b>	
Manifiesta disposición para el trabajo en equipo.	MV
Muestra disposición para colaborar con el profesor o la profesora.	MV
Está dispuesto a colaborar con sus compañeros.	MV
Respeto y sigue las reglas del grupo.	PV
Respeto a sus compañeros.	MV
<b>Actitud ante el trabajo</b>	
Manifiesta disposición para el trabajo individual.	MV
Se compromete y responsabiliza con el trabajo.	PV
Planea para organizar su trabajo.	PV
Sigue las indicaciones dadas por el profesor (a) o por una autoridad.	MV
Tiene iniciativa para participar en diversas actividades (académicas y recreativas).	PV
Asume una actitud positiva ante las tareas asignadas.	MV
Culmina las actividades y las tareas que inicia.	MV
Muestra interés por aprender e investigar.	PV
Saca provecho de los errores cometidos.	PV
Reconoce sus aciertos y sus errores, asumiéndolos con responsabilidad.	PV
Muestra seguridad en lo que hace.	PV
Recoge y guarda el material que utiliza.	MV
Respeto los límites de las áreas del salón.	PV
<b>Actitud ante el juego</b>	
Se adapta a la situación de juego (reglas, procedimiento).	MV
Participa con agrado en los juegos.	S
Muestra iniciativa para emprender juegos.	S
Puede participar en juegos de competencia.	S
Reacciona adecuadamente cuando gana o pierde.	MV

## Apoyo de educación especial

Planeación				
Tipo de apoyo que se requiere				
Áreas de especialidad	Aprendizaje	Comunicación	Psicología	Otra especialidad
Apoyo individual del especialista dentro del aula regular.			X	
Trabajo en pequeños grupos con el especialista en el aula de apoyo.			X	
Trabajo conjunto con los padres de familia.				

## Informe de evaluación psicopedagógica de Gregorio

### a) Datos personales

Fecha de Nacimiento: 28 de Agosto de 1999

Lugar de Nacimiento: México, D. F.

Sexo: Masculino

Edad al 1 de septiembre de 2007: 8 años

Número de hermanos: 1 hermano

Lugar que ocupa entre hermanos: Mayor

Diagnóstico: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

Escuela Primaria: FNS

Grado Escolar: 3° año, ciclo escolar 2007-2008

Edad del padre: 45 años

Ocupación: Empleado

Edad de la madre: 40 años

Ocupación: Empleada

### b) Apariencia física.

Gregorio es un niño de 8 años, aparentemente presenta buen estado de salud, sin embargo, se muestra cansado y con sueño. Mide aprox. 138 cm., es de complexión robusta, tez clara, cabello castaño claro, su vestimenta es adecuada a su edad, en condiciones adecuadas de higiene pero desalineado.

### c) Antecedentes de desarrollo

Gregorio es el mayor de 2 hijos. La madre comenta que fue un niño no planeado, pero aceptado. Las condiciones emocionales, en las que se encontraba la pareja en el momento del embarazo eran buenas, pero por cuestiones de trabajo consideraron que no era el mejor momento para tener un hijo. La madre recibió tratamiento médico adecuado durante el embarazo. El embarazo llegó a término normal. Nació pesando 3.600 kg, con una talla de 50 cm, existen antecedentes familiares con problemas de epilepsia. Durante los primeros meses la alimentación fue basada en leche materna hasta los 3 meses, posteriormente aceptó el cambio de alimentos de líquidos a sólidos. El control de esfínteres lo adquirió aproximadamente a los 2 años 5 meses.

Su desarrollo psicomotriz ha sido adecuado, sostuvo la cabeza a los 4 meses, se sentó a los 6 meses, no gateó y caminó al año tres meses de edad. Presentó problemas de tipo ortopédico, es diestro, muestra gusto por los videojuegos. La madre refiere, que su lenguaje ha sido normal de acuerdo a cada etapa de su desarrollo, cuenta con un lenguaje claro y fluido. En el área escolar asistió a Kinder regular al igual que a primaria regular. Toma medicamento Strattera, 1 dosis al día.

### d) Situación actual

Desarrollo actual en las diferentes áreas:

	Por arriba del grupo	Igual al promedio del grupo	Por debajo del promedio del grupo
Desarrollo motor			X
Desarrollo del lenguaje			X
Desarrollo de los aprendizajes escolares			X
Desarrollo socio- afectivo			X

### **Principales capacidades del niño o niña detectadas en la evaluación psicopedagógica**

Área de desarrollo motor: sube y baja escaleras alternando pies y manos, tiene mayor equilibrio al caminar sobre una línea trazada en el piso. En el área social: es aceptado por sus compañeros(a), busca interactuar con los niños durante el recreo. En el área cognitiva: tiene un buen desarrollo de percepción y memoria visual. En lenguaje: tiene buena comprensión lingüística.

### **Principales dificultades del niño o niña detectadas en la evaluación psicopedagógica**

En el área motora: se tropieza frecuentemente, sus movimientos son lentos y torpes.

En el área social: muestra dificultad para controlar impulsos, busca ayuda frecuentemente especialmente la de un compañero. Se relaciona con una actitud de duda de ser aceptado y de ser rechazado. En el área cognitiva: se distrae ante cualquier estímulo, su interés dura poco tiempo, tiene dificultad para expresar sus ideas con cierto orden y coherencia.

### **Tipo de actividades y dinámicas que favorecen el aprendizaje del niño o niña**

El menor realiza mejor las actividades cuando hay poco ruido y cuando éstas son cortas; las actividades se le facilitan cuando son apoyadas con material concreto, muestra mayor disposición cuando hay un compañero o la maestra que le ayude.

### **Intereses y motivación para aprender**

Necesita apoyo individualizado para realizar trabajos de lecto-escritura, muestra interés en la clase de computación. Le gustan las actividades sencillas y que conoce (dibujar, armar rompecabezas), En actividades nuevas, muestra interés y gusto, sin embargo, cuando se le dificulta desiste; realiza mejor sus trabajos cuando sabe que puede obtener una recompensa.

### **Principales necesidades del niño o niña y formulación de prioridades**

<b>Área</b>	<b>Principales necesidades</b>	<b>Prioridades</b>
Motora	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar ejercicios de coordinación viso motora.</li></ul>	Realizar ejercicios de coordinación
Social	<ul style="list-style-type: none"><li>• Control de impulsos (seguir indicaciones, obedecer).</li><li>• Trabajar con orden y limpieza.</li><li>• Respetar a sus compañeros(as).</li><li>• Incrementar tolerancia en juegos (respeto de turnos y reglas).</li></ul>	Control de impulsos (seguir reglas)
Afectiva	<ul style="list-style-type: none"><li>• Temores en relaciones interpersonales.</li><li>• Preferencia por estar solo</li></ul>	Modificar su forma de relacionarse
Comunicación	<ul style="list-style-type: none"><li>• Incrementar su vocabulario,</li><li>• Solicitar respuestas verbales,</li></ul>	Fomentar su expresión oral
Conducta	<ul style="list-style-type: none"><li>• Adquirir responsabilidad de sus actos,</li><li>• Brindarle alternativas para expresar emociones.</li></ul>	Disminuir angustia y ansiedad.
Académica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Incrementar su atención,</li><li>• Concluya actividades dentro del tiempo establecido,</li><li>• Reforzar lecto- escritura y ortografía.</li><li>• Programa de reforzamiento verbal constante</li><li>• Coordinación viso motora.</li><li>• Reforzar contenidos en matemáticas.</li><li>• Indicar cantidades mínimas de tarea</li></ul>	Incrementar su atención.

## ADECUACIONES CURRICULARES INDIVIDUALIZADAS

### Adecuaciones de acceso

#### Adecuaciones en las instalaciones de la escuela

(Rampas, barandales, adecuaciones en los baños, ...)

Planeación	
No son necesarias <b>X</b>	En caso de que si sean necesarias ¿Qué adecuaciones se requieren?

### Adecuaciones en el aula

(Ubicación del mobiliario, iluminación, nivel de ruido, ...)

Planeación	
No son necesarias <b>X</b>	En caso de que si sean necesarias ¿Qué adecuaciones se requieren?

### Apoyos personales: materiales y/o técnicos

(Lentes, auxiliares auditivos, bastón, máquina, punzón, tableros de comunicación, intérprete de lenguaje manual, material didáctico específico, ...)

Planeación	
No son necesarias <b>X</b>	En caso de que si sean necesarias ¿Qué adecuaciones se requieren?

## ADECUACIONES CURRICULARES INDIVIDUALIZADAS

### Adecuaciones en los elementos del currículo

#### En la metodología

En las formas de trabajo (individual, grupal, en parejas), en los materiales de trabajo, en el tipo de instrucciones, en el tiempo para desarrollar la actividad, en las formas de participación (oral, escrita), en la complejidad de las tareas, en las formas de desarrollar la actividad, ...

Planeación	
No son necesarias	En caso de ser necesarias, ¿qué adecuaciones se requieren?
	<p>Se requiere trabajar de forma individual, con material concreto, utilizando instrucciones sencillas y concretas, propiciando la participación oral, es necesario también que concluya la actividad dentro del tiempo establecido. Indicar cantidades mínimas de tarea (esto será por corto tiempo, hasta observar progresos en su forma de conducirse).</p> <p>Supervisar la calidad de los trazos de números, letras y textos, de tal manera que se ajuste necesariamente a márgenes y límites,</p> <p>Hacer ejercicios de caligrafía y estimular la participación de motoras gruesas como juegos en el patio.</p> <p>Ejercitar la lectura en voz alta para efectos de concentración y memoria a corto plazo, pedirle cada tanto que explique en sus palabras lo leído.</p> <p>Aplicar una cantidad amplia de ejercicios de igualación a la muestra, copiado y del tipo "encuentra diferencias".</p>

### Adecuaciones en los elementos del currículo

#### En la evaluación

En las formas de evaluar (individual, grupal, en parejas), en los materiales utilizados para evaluar, en el tipo de instrucciones, en el tiempo asignado, en las formas de participación (oral, escrita), en la complejidad de las tareas, en las técnicas utilizadas, ...

Planeación	
No son necesarias	En caso de ser necesarias, ¿qué adecuaciones se requieren?
	<p>Evaluar de forma individual, con poco ruido, en donde no existan demasiados estímulos que puedan dispersar su atención. Es necesario que se realice en las primeras horas de la jornada escolar y de forma oral y escrita.</p>

## Adecuaciones en los elementos del currículo

### *En los propósitos y contenidos*

Tomando en cuenta los contenidos del niño o niña en cada uno de los propósitos y contenidos, tanto los que compartió con el grupo como los establecidos para él/ella, es necesario asignar a cada una de las columnas (planeación y seguimiento) una de las siguientes claves: B-Muy bien, B-bien, CD-con dificultad y N-no.

Primaria. Tercer Grado

### PLANEACIÓN

Teniendo en cuenta el nivel de competencia curricular del niño o de la niña y la planeación general para el grupo, indicar qué aspectos son los que se considera necesario adecuar.

- Matemáticas

PROPÓSITOS Y CONTENIDOS	PLANEACIÓN
<b>Los números, sus relaciones y sus operaciones</b>	
Comprende el significado de los números hasta el 9 999 y su representación simbólica.	B
Ordena una serie numérica hasta el 9 999.	N
Resuelve problemas de suma y resta de tres cifras utilizando diferentes procedimientos.	CD
Plantea y resuelve diversos problemas de multiplicación de hasta dos cifras con diferentes procedimientos.	CD
Plantea y resuelve problemas de división de una cifra.	N
Comprende la noción de fracción maneja su representación convencional y realiza sumas de fracciones sencillas con apoyo de material concreto.	B
<b>Geometría</b>	
Representa e identifica en un plano la ubicación y desplazamiento de seres y objetos tomando en cuenta puntos de referencia.	B
Clasifica cuadriláteros y triángulos a partir de sus características (igualdad de lados y ángulos, etc.)	CD
Identifica y traza ejes de simetría.	B
Construye y reproduce figuras mediante diferentes procedimientos, utilizando la regla para el trazo.	CD
<b>Medición</b>	
Mide, compara y ordena longitudes y áreas utilizando unidades de medidas arbitrarias y convencionales.	B
Emplea la medición del peso, la capacidad y el tiempo con unidades de medidas convencionales (kilo, litro y hora) e instrumentos convencionales (balanza, litro y reloj).	CD
Organiza la información y la representa mediante diagramas, tablas y gráficas como medios para descubrir características y relaciones entre los datos y para hacer sencillas inferencias.	CD
<b>La predicción y el azar</b>	
Comprende la noción de evento azaroso mediante la relación de juegos, del análisis de sus resultados y de las estrategias seguidas.	B

Tomando en cuenta los contenidos del niño o niña en cada uno de los propósitos y contenidos, tanto los que compartió con el grupo como los establecidos para él/ella, es necesario asignar a cada una de las columnas (planeación y seguimiento) una de las siguientes claves: B-Muy bien, B-bien, CD-con dificultad y N-no.

Primaria. Tercer Grado

Español

PROPÓSITOS Y CONTENIDOS	PLANEACIÓN
<b>Lengua hablada</b>	
Se expresa con fluidez al participar en diálogos, narraciones, descripciones y comentarios acerca de un tema.	B
Participa en discusiones, con apego en las normas de intervención que se hayan acordado.	CD
Expone temas con el apoyo de diversos materiales y recursos gráficos.	CD
Planea y realiza entrevistas.	CD
<b>Lengua escrita</b>	
Lee en voz alta diversos textos.	B
Redacta textos y mensajes.	CD
Identifica y usa las reglas ortográficas (uso de la coma, signos de interrogación y admiración, letras (r y rr, c y q, b y v, g y j)).	CD
Identifica las partes o los datos de una carta, de un libro y de un periódico.	CD
Conoce y utiliza el diccionario y los libros de consulta.	B
Lee y comprende instrucciones simples.	CD
Elabora resúmenes de texto.	CD
<b>Recreación literaria</b>	
Crea textos literarios (cuentos, fábulas y poemas) con distintas versiones en forma individual y colectiva.	B
Representa cuentos.	B
Aprecia y explora el significado de coplas, canciones, adivinanzas, chistes, dichos, versos y leyendas populares.	CD
<b>Reflexión acerca de la lengua</b>	
Reconoce y usa sustantivos, adjetivos calificativos, pronombres personales, sinónimos, antónimos y homónimos.	CD
Identifica el sujeto y el predicado en las oraciones.	B
Reconoce y utiliza los verbos y los tiempos verbales (presente, pretérito y futuro).	B
Cuenta con mayor vocabulario (incrementado con la elaboración de campos semánticos).	CD
Reconoce oraciones exclamativas e interrogativas.	MB

- **Socialización**

Tomando en cuenta los contenidos del niño o niña en cada uno de los propósitos y contenidos, tanto los que compartió con el grupo como los establecidos para él/ella, es necesario asignar a cada una de las columnas (planeación y seguimiento) una de las siguientes claves: S – Siempre MV –La mayoría de las veces PV – Pocas veces N -Nunca  
Primaria. Tercer Grado

ASPECTOS POR VALORAR	PLANEACIÓN
<b>Relaciones interpersonales</b>	
Se comunica con el profesor o la profesora.	S
Se comunica con sus compañeros.	S
Solicita o acepta la ayuda de otro sin limitaciones.	S
<b>Colaboración</b>	
Manifiesta disposición para el trabajo en equipo.	S
Muestra disposición para colaborar con el profesor o la profesora.	S
Está dispuesto a colaborar con sus compañeros.	S
Respeto y sigue las reglas del grupo.	MV
Respeto a sus compañeros.	MV
<b>Actitud ante el trabajo</b>	
Manifiesta disposición para el trabajo individual.	MV
Se compromete y responsabiliza con el trabajo.	MV
Planea para organizar su trabajo.	N
Sigue las indicaciones dadas por el profesor (a) o por una autoridad.	PV
Tiene iniciativa para participar en diversas actividades (académicas y recreativas).	PV
Asume una actitud positiva ante las tareas asignadas.	MV
Culmina las actividades y las tareas que inicia.	PV
Muestra interés por aprender e investigar.	N
Saca provecho de los errores cometidos.	N
Reconoce sus aciertos y sus errores, asumiéndolos con responsabilidad.	PV
Muestra seguridad en lo que hace.	N
Recoge y guarda el material que utiliza.	PV
Respeto los límites de las áreas del salón.	S
<b>Actitud ante el juego</b>	
Se adapta a la situación de juego (reglas, procedimiento).	MV
Participa con agrado en los juegos.	S
Muestra iniciativa para emprender juegos.	S
Puede participar en juegos de competencia.	S
Reacciona adecuadamente cuando gana o pierde.	MV

### Apoyo de educación especial

Planeación				
Tipo de apoyo que se requiere				
Áreas de especialidad	Aprendizaje	Comunicación	Psicología	Otra especialidad
Apoyo individual del especialista dentro del aula regular			X	
Trabajo en pequeños grupos con el especialista en el aula regular			X	
Trabajo conjunto con los padres de familia			X	

## ***Etapa 2. Curso -taller ¿Tienes alumnos con TDA-H en el aula y no saber qué hacer?***

### **Evaluación inicial**

Para el análisis de los resultados en la evaluación inicial, se aplicó un cuestionario las cuales son mujeres, cuentan con 18 años de servicio en promedio con un mínimo de 2 años y un máximo de 34 años de servicio. Tres de ellas tienen una formación normalista, seis tienen licenciatura y las cuatro profesoras restantes cuentan con normal y licenciatura. Las características de las profesoras que participaron en el estudio se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 15. Datos generales de las trece profesoras participantes

<b>Profesora</b>	<b>Sexo</b>	<b>Años de servicio</b>	<b>Formación</b>
P-1	Mujer	Sin dato	Normal
P-2	Mujer	17	Licenciatura
P-3	Mujer	13	Licenciatura
P-4	Mujer	29	Normal y licenciatura
P-5	Mujer	4	Licenciatura
P-6	Mujer	23	Licenciatura
P-7	Mujer	30	Normal
P-8	Mujer	34	Normal
P-9	Mujer	30	Normal y licenciatura
P-10	Mujer	25	Normal y licenciatura
P-11	Mujer	2	Licenciatura
P-12	Mujer	15	Licenciatura
P-13	Mujer	23	Normal y licenciatura

La información obtenida de los cuestionarios de evaluación inicial del curso taller donde participaron trece profesoras se identificaron los siguientes conocimientos sobre el TDA-H. Respecto a los datos relacionados con la información que las profesoras conocen sobre el TDA-H cinco de ellas indican que es un trastorno que afecta la atención y la conducta, que requiere de un tratamiento por especialistas y medicamento; incluso una profesora lo define como una “enfermedad incurable” (sic.). Otra de ellas menciona que es de origen neurológico presentando una

actividad excesiva. También comentan que tienen dificultad para seguir instrucciones ya que se distraen con facilidad.

En cuanto a las características que presenta un niño con TDA-H, el 80% de las profesoras coinciden en que la falta de atención e hiperactividad es lo más común en niños con TDA-H. Cuatro de las profesoras contestaron que presentan una conducta agresiva e impulsiva. Por otra parte los visualizan como niños ansiosos, irritables cuando no se les marcan algunos límites. En cuanto a la experiencia de trabajo con niños con TDA-H, el 80% de las profesoras define la hiperactividad y la falta de atención como una de las características más importantes del TDA-H. Cabe destacar que una profesora con 15 años de experiencia escribe que “nunca he tenido un alumno con TDA-H” (*sic*).

A pesar de ello, todas las profesoras que participaron en el estudio tienen claros los conceptos de impulsividad e hiperactividad pero no el de atención porque lo describen únicamente como el seguimiento de instrucciones bien y en el momento preciso. Respecto a los tipos de TDA-H que conocen, una de las profesoras sí define los tipos de TDA-H, ya que cuenta con un curso previo sobre el trastorno. Tres de las profesoras no respondieron nada. Tres de las profesoras contestaron que sólo conocen un tipo de TDA-H, pero no mencionan cuál es. En general, las profesoras no tienen claros los tipos de TDA-H que existen.

Con relación a los especialistas que deben hacer el diagnóstico del TDA-H la mayoría de las profesoras indica que deben ser diagnosticados por un psiquiatra, neurólogo, psicólogo y pediatra. Una de las profesoras menciona que los padres y maestros son los encargados del diagnóstico. Otra profesora destaca que el psiquiatra “es el más capacitado o el que con base en estudios más profundos lo determina, es decir, lo confirma” (*sic*). En cuanto al tratamiento que se les debe dar a los niños con TDA-H, la mayoría de las profesoras coincide que se debe dar una terapia psicológica acompañada de un medicamento específico para este trastorno. Una profesora indica que dependiendo del problema el tratamiento se basa en

terapias o medicamento, sin embargo, dice que lo determina el psiquiatra, no los profesores, y que los maestros están para apoyar a los especialistas dentro del aula.

Entre las conductas más comunes en los niños con TDA-H, el 50% de las profesoras considera que son niños demasiado activos y que la impulsividad es una de las cosas más comunes en ellos; en general son niños que no siguen reglas, no esperan su turno, su atención es corta y molestan a sus compañeros. Una profesora indica que llorar con frecuencia es una de las conductas más comunes en estos niños. Respecto a las estrategias que pondrían en práctica en su salón de clase, más del 50% de las profesoras acordarían con los padres y especialistas el tratamiento. La otra parte restante esperaría indicaciones y sugerencias del psicólogo dando su lugar al niño. Proponen tener más comunicación con los padres y psicólogos, actividades especiales durante las clases, juegos educativos.

Finalmente, más del 50 % de las profesoras opina que el TDA-H no tiene cura, cuatro de las profesoras contestaron que sí tiene cura. Una de ellas omitió su respuesta y otra profesora menciona que puede mejorar a través de medicamento, terapia y apoyo en casa. Esta fue una de las cuestiones que inquietó a las profesoras y que se discutió durante el taller.

### **Instrumentación del curso-taller**

El curso-taller se llevó a cabo dentro de las instalaciones del Colegio, en el salón de audiovisual, contando con la participación de trece profesoras de educación básica. Se realizó en un día de junta de consejo técnico, en donde por lo regular los alumnos no asisten a clases; en ese mismo día las profesoras recibieron otros dos cursos de actualización: el primero el proyecto educativo interno de lectura y el segundo un curso de inteligencia emocional. Como fue una jornada larga de trabajo, las profesoras se mostraban agotadas y distraídas cuando inició el curso-taller. Dada la situación se tuvieron que hacer unos pequeños ajustes en cuanto a la

duración y dinámicas planeadas con anterioridad, pues se disponía de menos tiempo del planeado.

### “Mi mejor recuerdo de la escuela”

Se les solicitó a las profesoras que se reunieran en equipos de cuatro integrantes y visualizaran sus vivencias de aprendizaje que recordaran con mayor placer de la escuela primaria. Analizaron, reflexionaron acerca de los estilos de aprendizaje durante esta etapa de su vida; cada una de las profesoras iba platicando en su equipo su recuerdo; posteriormente, se les pidió a tres profesoras que compartieran sus experiencias.

Durante este ejercicio de reflexión las profesoras comentaron que su aprendizaje se dio de forma memorística, que solo se veía el logro de pequeñas metas, y que lo que quieren lograr ahora con sus alumnos es un razonamiento, que es necesario memorizar solo algunas cuestiones. Concluyeron que la formación que recibieron en la escuela primaria no fue mala, que hay que retomar cuestiones de disciplina, valores, pero que definitivamente no puedes enseñar de la misma manera a los niños en la actualidad.

### “La tiendita de la amistad”

Se les pidió a las profesoras que eligieran los productos (tarjetas) que les hacían falta para mejorar su relación con los alumnos y compañeras de trabajo. La frecuencia con la que las profesoras eligieron los productos se muestra en la siguiente gráfica:

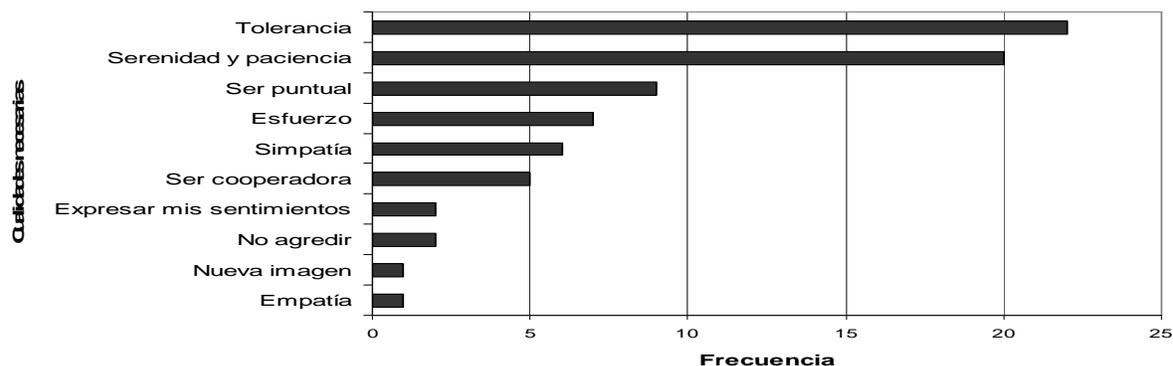


Figura 3. La tiendita de la amistad

En general las profesoras, eligieron la tolerancia como la cualidad que más hace falta o ayudaría para tener una mejor relación con sus compañeras y alumnos. Argumentan que la serenidad y paciencia, motivaría para construir un ambiente propositivo. Consideran la puntualidad, el esfuerzo y la simpatía como cualidades necesarias para mejorar su trabajo día a día, tanto con sus compañeras como con sus alumnos. Sin embargo, la empatía y nueva imagen son las cualidades que menos eligieron en esta dinámica.

### **Presentación de información sobre el TDA-H**

Se proyecta la primera diapositiva, que habla de los datos estadísticos, en donde se calcula que en México existen más o menos un millón y medio de escolares que padecen TDA-H (6 a 13 años) pero una gran cantidad no han sido diagnosticados y por lo tanto tampoco están siendo atendidos, al saber esto las profesoras, se sorprenden.

En la siguiente diapositiva, se les enseñó una fotografía de un niño y se les preguntó ¿Qué ven aquí? Las respuestas obtenidas fueron: Es un niño que siente frustración, enojo, desesperación, angustia, tristeza y cansancio. Ninguna de las profesoras lo describió; todas emitieron un juicio sobre él. En este momento del taller se hace una pequeña reflexión, se les hace ver qué es lo hacen exactamente con sus alumnos a diario, emitir un juicio, se les invita a las profesoras a aprender a describir y no a juzgar.

### *¿Qué es el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad?*

Comentan que es una situación en la que los papás no saben qué hacer, que suele confundirse con otra problemática, que se debe aclarar el diagnóstico apoyado en estudios neurológicos y psicológicos.

Al revisar el tema de las causas del TDA-H, surgió la duda *¿Un alumno con TDA-H puede aprender, puede ser brillante?*

Para responder su duda se revisaron y se dieron ejemplos de niños con TDA-H concretos en el colegio, algunas profesoras respondieron con base en su experiencia. En esta parte se notó mayor interés y participación de las profesoras. Por otro lado, lo que mencionan acerca del medicamento es que debe ser medido, controlado, de acuerdo a cada niño.

### Evaluación final del taller ¿Tienes alumnos con TDA-H en el aula?

La evaluación general del curso para profesores se realizó con el estadístico de prueba de Wilcoxon en el cual se obtuvo el siguiente resultado:

Tabla 16. Diferencias de medias las profesoras participantes en el curso-taller

Variable de comparación	N	$\bar{X}$	z	p
Evaluación inicial	13	9.00	<b>-3.198</b>	<b>.001**</b>
Evaluación final	13	17.54		

\*\* Correlación significativa  $\leq 0.01$ .

\* Correlación significativa  $\leq 0.05$ .

De acuerdo con estos resultados, los niveles de significancia son menores que 0.05, por lo tanto se concluye que existen diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos acerca del TDA-H antes y después de la instrumentación del taller. Las diferencias entre el antes y el después se muestran gráficamente en la figura 4:

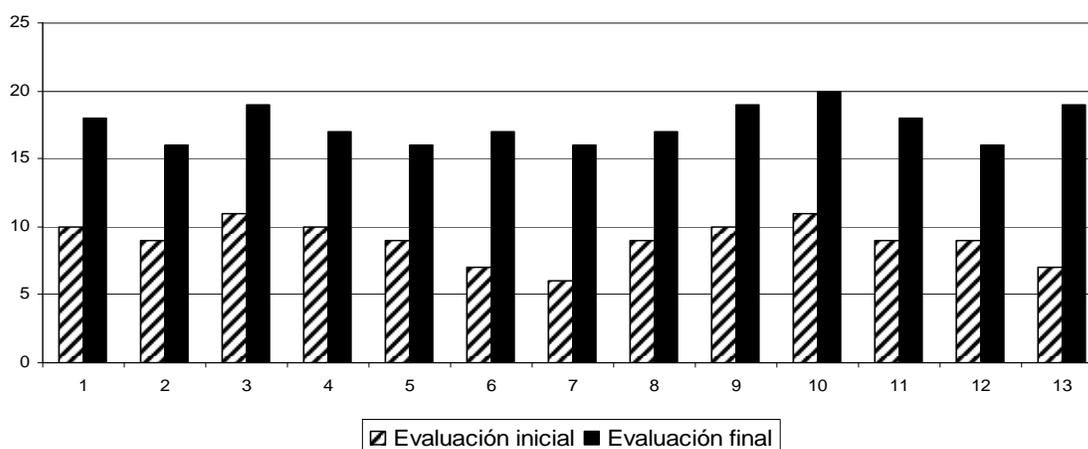


Figura 4. Puntaje de la evaluación inicial y final de las profesoras participantes en el curso-taller

A continuación se presentan los cambios cualitativos en las respuestas de la evaluación final. Después de llevar a cabo el curso-taller las profesoras coinciden en que el TDA-H es un trastorno que afecta la conducta y el aprendizaje. Y están más conscientes que este trastorno afecta mucho su educación. Las profesoras ya fueron más participativas y coincidieron en que es un trastorno el cual presenta la falta de atención, hiperactividad, tienen problemas con las actividades, no prestan atención a los detalles y en ocasiones llegan a actuar impulsivamente.

Ya teniendo más claros los conceptos de impulsividad e hiperactividad, pero los volvieron a reafirmar y esta vez ya junto con el de atención el cual si están de acuerdo que es uno de los que más trabajo les cuesta con los niños, se mostraron con demasiado interés cuando se les indico que se conocen tres tipos de TDA-H y les llamo la atención que un solo niño pueda mostrar falta de atención, hiperactividad e impulsividad.

Las profesoras ya saben quiénes son los especialistas encargados de hacer este diagnostico y que ellas como profesoras no eran las indicadas para hacer un diagnostico de este tipo, pero que si podían ayudar con sus observaciones para una buena identificación u observación y que se necesita de un equipo multidisciplinario para que el niño salga adelante, el cual se debe diseñar de acuerdo con sus necesidades específicas. Y que ellas pueden ayudar a que funcione este tratamiento ya que se trata de un equipo.

Se identificaron las conductas más comunes que presentan los niños con TDA-H, falta de atención, impulsividad, demasiada actividad, pero también saben que con un buen tratamiento este puede tener un buen resultado en reducir las conductas, coinciden en que se tiene que tener comunicación con los padres de familia y los especialistas, ya que se necesita de todo el apoyo de la profesora para ayudar a los niños con este trastorno. Y que el TDA-H no se cura, pero se puede mejorar con un tratamiento adecuado y con ayuda del equipo multidisciplinario.

## Evaluación del curso taller por parte de las profesoras

En general a las profesoras les gustó el curso taller, refieren que el TDA-H es un tema muy importante, interesante y actual; ampliaron su información sobre el TDA-H, sus tipos y las características. Lo que menos les gustó a las profesoras fue que las instalaciones donde se impartió el curso-taller no eran las adecuadas, había ruido, eco y las bancas eran incómodas, que faltó tiempo. Lo que les gustaría que se incluyera en el curso-taller es que se presentarán problemáticas de alumnos con este trastorno y que se den más sesiones periódicamente. Sugieren más participación por parte de las profesoras.

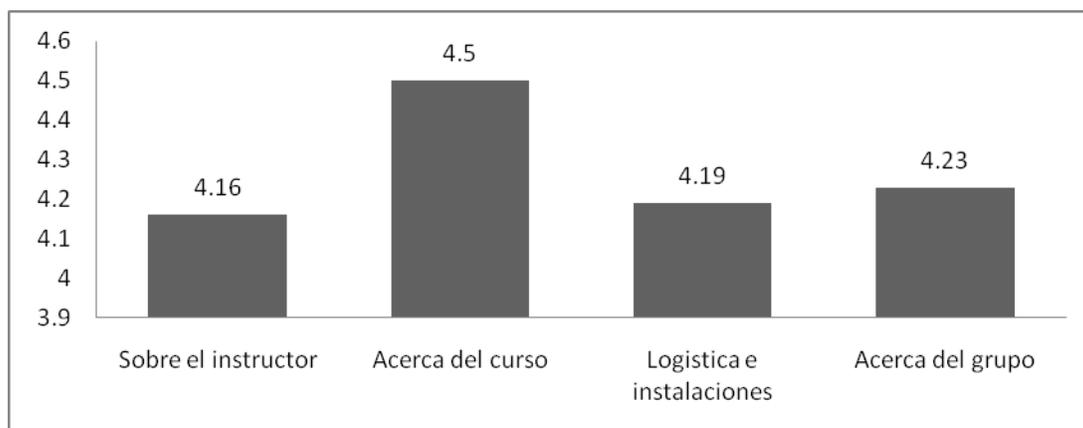


Figura 5. Promedio de puntos obtenidos en la evaluación del curso.

Como se muestra en la figura 5, las profesoras evaluaron positivamente el curso de manera general, obteniendo el puntaje más alto los ítems que corresponden a los contenidos del curso. Pero los cuatro indicadores obtuvieron promedios mayores a cuatro puntos.

### ***Etapa 3. Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo de niños con TDA-H en el aula regular***

En general, las profesoras aprecian mejorías en la conducta de los niños tras la aplicación del tratamiento, especialmente en la conducta agresiva en clase y en los problemas de atención. Concretamente, hay una disminución significativa de los problemas que presentan los niños en el ambiente escolar, según la valoración realizada por las profesoras. En síntesis, la percepción de los problemas de atención de los niños disminuye, tanto en la valoración de los padres como en la de los profesores. Parece, por tanto, que el tratamiento cognitivo-conductual ha podido influir significativamente en la reducción de los problemas de atención evaluados por los padres y por las profesoras.

#### **Estrategia 1. Demora forzada**

*Definición del problema, análisis de consecuencias y alternativas para la solución del problema*

Para el entrenamiento de esta estrategia, en primer lugar, se trabajó con un ejemplo. Se indicó a los niños una situación que ocurría en el aula y ellos proponían alternativas de lo que podían hacer. A partir de ellas se realizó un análisis y evaluación de los pros y contras de cada solución. A continuación, en la tabla 17 se presenta el ejemplo de un problema de demora forzada.

Tabla 17. Ejemplo de trabajo para la estrategia de demora forzada

<b>Problema</b>	<b>Gregorio</b>	<b>Pedro</b>
Si estás en clase y tienes que resolver 10 ejercicios de matemáticas. Esta actividad te aburre y no puedes estar quieto y poner atención a los ejercicios que la maestra te pidió que resolvieras ¿Qué harías?	1. Pondría atención y me estaría quieto. 2. Pediría permiso para tomar agua. 3. Pido permiso para ir al baño.	1. Tomar agua. 2. Jugar. 3. Ir al baño. 4. Poner atención.

Tabla 17. Continuación...

<b>Problema</b>	<b>Soluciones</b>	
Análisis de las alternativas propuestas por cada niño, evaluación de pros y contras de cada una de ellas	<p>Tanto Gregorio como Pedro, con frecuencia piden permiso para tomar agua e ir al baño cuando la actividad no es de su agrado o tienen dificultades para resolver los ejercicios, en especial de matemáticas.</p> <p>Se discutió que las alternativas de ir al baño y salir a tomar agua significaban que los niños se perdieran parte de la explicación de la maestra y no comprendieran el tema y los ejercicios que después tenían que realizar.</p> <p>Jugar en el salón de clases no es una opción porque el reglamento del salón indica que sólo se puede jugar en el tiempo de recreo y en el patio.</p>	
Elección de los niños elección de la alternativa adecuada y argumentos de la misma.	<p><b>Pedro</b></p> <p>Poner atención y estarse quieto “Porque si me estoy parando molesto a la maestra”.</p>	<p><b>Gregorio</b></p> <p>Poner atención “Por la lección es importante”.</p>
Autoimposición de demora en la realización de la tarea.	<p>La autoinstrucción que se trabajó fue “Puedo ir al baño o tomar agua cuando termine el ejercicio”.</p>	

*Forma de trabajo en el aula*

Al comienzo de la actividad, la investigadora le indica al niño un tiempo mínimo, previamente acordado con el niño para la realización de cada uno de los ejercicios. Primero se acordó un tiempo de un minuto en el cual tenían que poner atención y resolver los ejercicios y poco a poco se aumentó el tiempo. En la siguiente figura se puede ver cómo aumentó el tiempo de demora forzada.

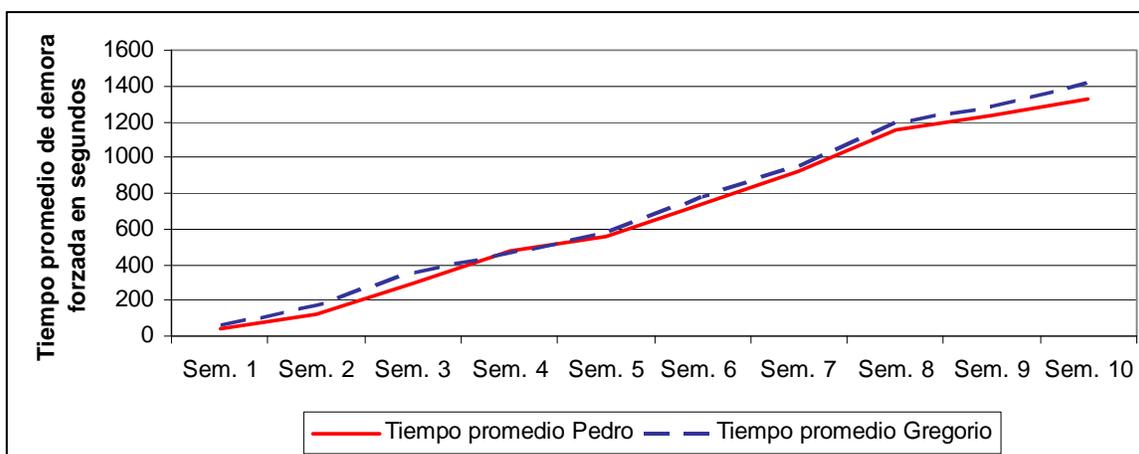


Figura 6. Tiempo promedio de la estrategia de demora forzada en segundos.

Como se puede ver en la figura 6, la primera semana en que se implementó el programa el promedio de demora en solicitar o intentar realizar una actividad gratificante de ambos niños fue menor a un minuto. Esto aumentó gradualmente hasta alcanzar en promedio de 20 a 24 minutos de demora. En este tiempo, los niños podían concluir los ejercicios que la profesora les pedía en un tiempo promedio similar al del resto del grupo.

Para lograr estos resultados, se utilizaron reforzadores sociales como “lo estás haciendo bien”, “sigue esforzándote” entre otros. Cabe señalar que cuando los niños se distraían se tomaba el tiempo y se registraba en una hoja en la que ellos podían verificar su avance. Así que ellos proponían al inicio de la actividad mejorar su tiempo, lo cual también motivó a los niños con TDA-H a mejorar su tiempo de demora forzada de conductas gratificantes.

Además, se establecieron y delimitaron los tiempos en que los niños podían tomar agua e ir al baño. De tal forma que sólo podían hacerlo en los horarios de recreo y en los cambios de actividad. Es decir, cuando terminaran el ejercicio que en ese momento realizaban y mientras el grupo completo concluía la actividad y antes de que iniciaran la siguiente. Así que la autoinstrucción “Puedo ir al baño o tomar agua cuando termine el ejercicio”, era repetida por la investigadora, la maestra de grupo y los compañeros del grupo.

## **Estrategia 2: Modelado participativo**

*Definición del problema, análisis de consecuencias y alternativas para la solución de problemas*

Para el entrenamiento de esta estrategia, en primer lugar se trabajó con un ejemplo. Se indicó a Gregorio y a Pedro una situación que ocurría en el aula, en la tabla 18 se muestra un ejemplo de esta estrategia:

Tabla 18. Ejemplo de trabajo para la estrategia de modelado participativo.

<b>Problema</b>	<b>Gregorio</b>	<b>Pedro</b>
Estas en la clase de español, sentado en tu banca realizando tus ejercicios te mueves y tiras tus colores ¿Qué harías?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le pediría que por favor me recogiera mi estuchera por favor.</li> <li>2. Le diría a la maestra que me tiró la estuchera apropósito.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lo acusaría.</li> <li>2. Le tiraría sus cosas.</li> <li>3. Lo acuso con su mamá.</li> </ol>
Análisis de las alternativas propuestas por cada niño, evaluación de los pros y contras de cada una de ellas.	<p>Tanto Gregorio como Pedro, mencionan que deben comentar con la maestra lo sucedido.</p> <p>Se discutió que las alternativas de tirar las cosas, o acusarlo con su mamá, pueden generar otro tipo de problemas sin resolver el anterior. Se reflexionó que reaccionar de manera agresiva no es correcto; y que una forma de evitar estas situaciones es tener ordenado mi lugar de trabajo.</p>	
Elección los niños de la alternativa adecuada y argumentos de la misma.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le pediría que por favor me recogiera mi estuchera por favor.</li> <li>2. Le diría a la maestra que me tiró la estuchera apropósito.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acusarlo</li> </ol>
Modelado participativo en la realización de la tarea.	<p>“Puedes fijarte cuando caminas para que no tires mis cosas y ayúdame a recogerlas”.</p>	

El modelado de la investigadora sería indicar cómo se tendría que comportar el niño, por ejemplo, “Puedes fijarte cuando caminas para que no tires mis cosas y ayudarme a recogerlas”.

#### *Forma de trabajo en el aula*

Se identificaron cinco conductas problema debido a que los niños mantenían sus objetos personales y escolares en desorden, los perdían con facilidad o no los encontraban cuando los necesitaban. En la tabla 19 se muestra del lado izquierdo la conducta problema y del lado derecho la conducta que se modeló con la estrategia de modelado participativo.

Tabla 19. Conductas problema y modelado participativo.

<b>Conducta problema</b>	<b>Conducta modelada</b>
Tener los colores, lápices y plumas sobre la paleta de la banca, por lo que se caían con frecuencia y rodaban.	Guardar los colores, lápices y plumas en el estuche cada que termina de usarlo.
Tener los cuadernos y libros apilados sobre la paleta aún cuando no se utilizan.	Si el cuaderno o libro se necesita para hacer la tarea se guarda en la mochila al terminar la actividad. Si ya no se utiliza se guarda en el casillero.
El suéter se encontraba con frecuencia en el piso.	Colocar el suéter en el respaldo de la banca y abrochar el primer botón.
La botella de agua se encontraba en el piso, se perdía y en ocasiones se destapaba.	Colocar la botella de agua cerrada, junto a la pata derecha y delantera de la banca.
La mochila estaba abierta, sobre el pasillo. Los niños y compañeros la pisaban con frecuencia.	Colocar la mochila cerrada del lado izquierdo, junto a las patas de la banca.

Antes de comenzar el entrenamiento se observó que Pedro y Gregorio tenían el suéter en el piso y ahí se quedaba hasta que la profesora les pidiera que lo levantaran o algún compañero lo hiciera. Sucedió algo similar con las otras cuatro conductas. Regularmente la profesora o los compañeros les pedían que los levantaran y acomodaran porque podían provocar accidentes en el aula.

Para implementar la estrategia la investigadora decía la instrucción (ver estrategia de autoinstrucciones) y modelaba la conducta. Por ejemplo, “mis colores deben estar en el estuche” mientras se decía esto, se tomaban los colores y se colocaban dentro del estuche, éste se cerraba y se ponía sobre la mesa de la banca.

En la figura 7 se puede ver cómo aumentó la frecuencia de cada una de estas conductas una vez que se implementó la estrategia de modelado participativo.

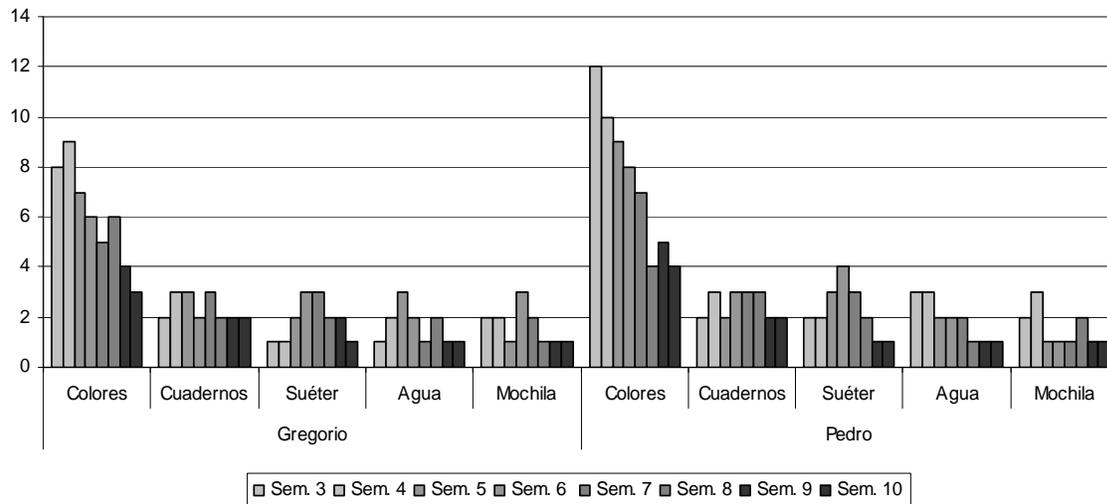


Figura 7. Frecuencia promedio de la estrategia de modelado participativo.

Cabe señalar que al inicio la conducta de tirar los colores se observó con mayor frecuencia por qué los niños no tenían cuidado al colocarlos en la mesa y se rodaban; posteriormente la frecuencia disminuyó porque los colocaban con cuidado cada que cambiaban de color de pluma. En las conductas de mantener en su lugar el suéter, la mochila, la botella de agua y los cuadernos se observó una constante ya que la frecuencia dependía por ejemplo, el número de cuadernos que utilizaban por actividad: el cuaderno, el libro y/o la libreta de tareas.

### Estrategia 3. Autoinstrucciones

*Definición del problema, análisis de consecuencias y alternativas para la solución de problemas*

En el procedimiento de autoinstrucciones se proponen tres pasos a través de los cuales la iniciación e inhibición de las conductas motoras voluntarias llegaban a situarse bajo el control del estímulo:

1. Primer estadio: el lenguaje de los demás controla y dirige la conducta.
2. Segundo estadio: el lenguaje del niño llega a constituirse en regulador efectivo de su conducta.
3. Tercer estadio: el lenguaje interno asume un papel de autogobierno.

A partir de esta secuencia hipotética de desarrollo, se elaboró un paradigma de tratamiento que se usó con éxito para entrenar a niños impulsivos a hablarse a sí mismos como medio para desarrollar el autocontrol. El régimen de entrenamiento contiene los pasos que se muestran en la tabla 20 y las etapas de entrenamiento en la tabla 21:

Tabla 20. Conductas problema y autoinstrucciones

Problema	Los niños con frecuencia olvidan objetos personales en el salón.
Análisis de las alternativas propuestas por cada niño, evaluación de los pros y contras de cada una de ellas	Se discutieron algunas cosas que olvidan en el salón, las razones de ello y las consecuencias de estos olvidos. Particularmente, la molestia de sus mamás y que en ocasiones no pueden terminar la tarea. Se propuso hacer una lista de cotejo de las cosas que tienen que revisar antes de irse a su casa.
Elección de los niños de la alternativa adecuada y argumentos de la misma	La lista quedó de la siguiente manera redactada en primera persona, a manera de autoinstrucción.  <i>Antes de salir de la escuela, recuerdan tengo que:</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Guardar mi cuaderno de tareas.</li> <li>2. Guardar mis colores, lápices y plumas en el estuche.</li> <li>3. Guardar los cuadernos que necesito para hacer la tarea.</li> <li>4. Guardar los libros que necesito para hacer la tarea.</li> <li>5. Guardar mi suéter.</li> <li>6. Tomar mi lonchera y mi mochila.</li> <li>7. Formarme para salir del salón</li> </ol>

*Forma de trabajo en el aula*

Conducta modelada y con autoinstrucciones

Guardar los colores, lápices y plumas en el estuche cada que termina de usarlo.

Tabla 21. Etapas de entrenamiento con modelado participativo y autoinstrucciones

<b>Etapa</b>	<b>Modelado participativo</b>	<b>Autoinstrucción</b>
1. Modelado cognitivo: un modelo adulto (investigadora) lleva a cabo una tarea mientras se habla a sí misma en voz alta.	Si se cae un color, la investigadora lo recoge y lo coloca dentro del estuche	“Levanto el color y lo coloco dentro del estuche”.

Tabla 21. Continuación...

<b>Etapas</b>	<b>Modelado participativo</b>	<b>Autoinstrucción</b>
2. Pauta externa manifiesta: el niño realiza la tarea bajo las instrucciones del modelo.	Si se cae un color, la investigadora da la instrucción, el niño lo recoge y lo coloca dentro del estuche.	“Levanto el color y lo coloco dentro del estuche”.
3. Pauta propia manifiesta: el niño realiza la tarea dándose instrucciones en voz alta.	Si se cae un color, el niño lo recoge y lo coloca dentro del estuche.	“Levanto el color y lo coloco dentro del estuche”.
4. Pauta propia manifiesta que se elimina gradualmente: el niño se susurra a sí mismo las instrucciones a medida que va llevando a cabo la tarea.	Si se cae un color, el niño lo recoge y lo coloca dentro del estuche.	Dice en voz baja “mis colores deben estar en el estuche”.
5. Autoinstrucción encubierta: el niño realiza la tarea mientras dirige su realización por medio de un lenguaje.	Si se cae un color, el niño lo recoge y lo coloca dentro del estuche.	

## **Estrategia 4. Refuerzos y castigos**

*Definición del problema, análisis de consecuencias y alternativas para la solución de problemas*

Para lograr estos resultados, se utilizaron reforzadores sociales como “lo estás haciendo bien”, “sigue esforzándote” entre otros.

Economía de fichas es un reforzador (puntos verdes y rojos).

La técnica de refuerzo negativo (puntos rojos) consiste en imponerse la supresión del estímulo aversivo al aparecer el aprendizaje o meta fijada. Por ejemplo: “no me levantaré de aquí hasta que...”

Los pasos a tener en cuenta en un programa de reforzamiento negativo son:

1. Cuando se utiliza el reforzamiento negativo hay que fijar de forma muy precisa la meta a alcanzar, que debe ser al principio no muy exigente, para que el sujeto pueda volver a la situación de refuerzo positivo lo antes posible.

2. La terminación del estímulo aversivo tiene que ser inmediata, seguida, y consistente a la aparición de la conducta correspondiente que se pretende reforzar.

3. El tiempo de liberación del estímulo aversivo no debe ser demasiado breve. El estímulo aversivo debe haber desaparecido hace bastante tiempo para que el alivio resulte agradable.

4. Si a lo largo del tiempo no se está dando respuestas de evitación o escape, hay que suspender el tratamiento y comprobar si alguna contingencia ajena a la estrategia motivacional está interfiriendo con el programa, o si, efectivamente, las metas son demasiado exigentes, a la situación de refuerzo positivo lo antes posible.

La técnica de refuerzo positivo (puntos verdes) consistió en otorgar un estímulo agradable tras la consecución total o parcial de una determinada conducta (aprendizaje) que se pretende.

Los pasos a tener en cuenta para un reforzamiento positivo son:

1. Identificar los reforzadores o premios observando sus efectos funcionales en la conducta. Lo que es una recompensa para un sujeto no ha de serlo para otro.
2. Identificar la actividad o fuerza de los reforzadores después de realizar una observación sistemática ante distintas situaciones naturales.
3. Dispensar, al principio, los reforzadores de forma inmediata, seguida y consistente, si la tarea a realizar es costosa. Proponerse metas cortas, cuyo esfuerzo tenga una pronta satisfacción. Por ejemplo, ante un texto complejo de la materia de historia, dividirlo en partes y establecer, alcanzado el aprendizaje de la misma, una actividad de descanso compensadora.

4. Distribuir (no suprimir) de forma gradual la dispensación del premio o refuerzo de la conducta con menos frecuencia para evitar la pérdida de potencia debida a la presentación repetida de un estímulo o acontecimiento reforzante.
5. Utilizar un reforzamiento social (es decir, las conductas verbal y no verbal de las personas) siempre que sea posible para permitir que la conducta que se está elaborando se mantenga a lo largo de diversas situaciones.

*Forma de trabajo en el aula*

Se realizó un registro de las cosas que el niño guardo como se había acordado, el cual se muestra en la tabla 22:

Tabla 22. Ejemplo de registro de conductas para el manejo de refuerzos

<b>Guardé en mi mochila</b>	<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>
El estuche	+ 1	+ 1			
La libreta de tareas	- 1	+ 1			
Los cuadernos para hacer la tarea	+ 1	+ 1			
Los libros para hacer la tarea	+ 1	+ 1			
El suéter	- 1	- 1			
La lonchera	+ 1	+ 1			
<b>Total de puntos</b>	= 4	= 5			

En la figura 8 se muestra gráficamente el puntaje obtenido por semana por cada niño:

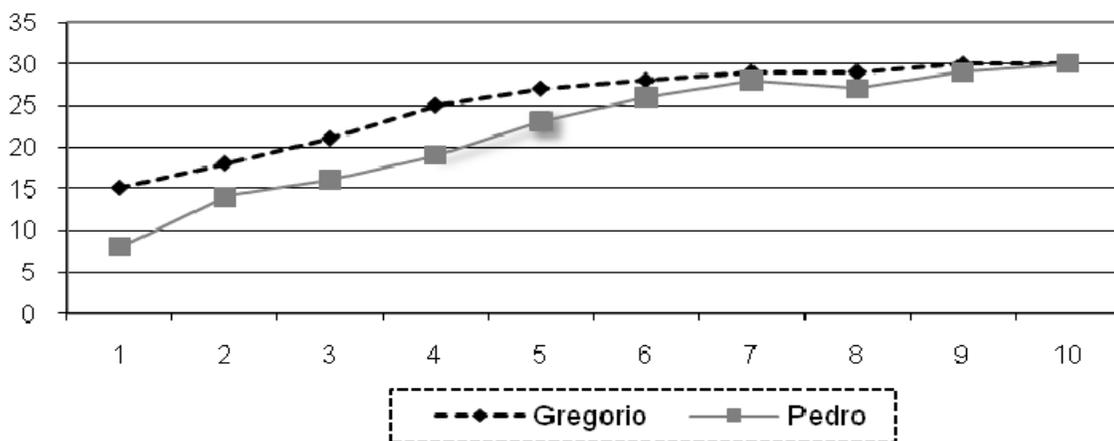


Figura 8. Avance obtenido con los refuerzos

Como se puede ver en la figura 8, Gregorio avanzó con más rapidez que Pedro, las primeras semanas esta estrategia se combinó con el modelado participativo y las autoinstrucciones.

## **Estrategia 5. Autoevaluación**

*Definición del problema, análisis de consecuencias y alternativas para la solución de problemas*

El objetivo de esta estrategia es ayudar al niño a tomar conciencia del tipo de problemas que le ocasiona su conducta hiperactiva mediante la autoevaluación de su propio comportamiento.

Para el entrenamiento, se enseñó a los niños a evaluarse al final de la actividad o del día. Además, tanto el niño como la investigadora exponían las razones de la evaluación y lo que podría hacer para mejorar su conducta. En el caso de la actividad de guardar sus objetos personales se evaluaba al día siguiente, cuando observaba si había dejado algún objeto en el salón.

*Forma de trabajo en el aula*

Cabe señalar que tanto Pedro como Gregorio tenían una tendencia a valorar su conducta negativamente, ello se puede ver en la tabla 23.

Tabla 23. Ejemplo de registro de conductas para el manejo de refuerzos

<b>Conducta problema</b>	<b>Autoevaluación</b>
Jugar en el salón de clases mientras resuelven ejercicios de matemáticas	Gregorio dice “me porté muy mal, no debo jugar mientras trabajo”.
Olvidar el suéter en el salón.	Pedro dice “no debo dejar mis cosas en el salón, eso estuvo muy mal”.

Conforme se fue avanzando durante las sesiones, estas autoevaluaciones cambiaron al mismo tiempo que mostraban una conducta más positiva y participativa.

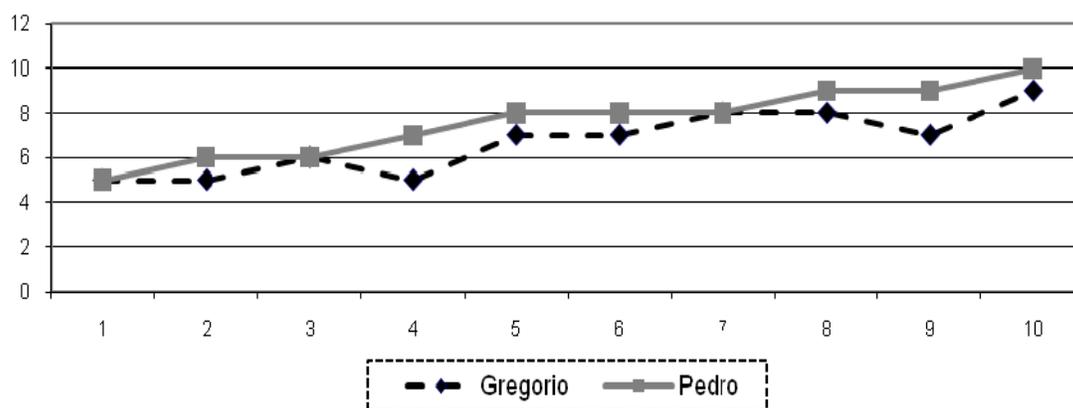


Figura 9. Promedio de autoevaluación

## Estrategia 6. Autoreforzo individual

*Definición del problema, análisis de consecuencias y alternativas para la solución de problemas*

La estrategia se refiere a la habilidad de encontrar refuerzos positivos y autoreforzarse. Se discutió con los niños que algunas de las formas de autoreforzarse eran la demora reforzada, estrategia que ya se había visto, se tenían los registros y se usaron estos como ejemplo.

*Forma de trabajo en el aula*

En la actividad de demora reforzada se hacía el registro del tiempo que mantenían la atención y realizaban los ejercicios. Si se distraían el tiempo en una hoja que los niños podían ver. Así, cuando iba a iniciar la actividad ellos proponían mejorar su tiempo indicando por ejemplo, voy a mantener mi atención durante cinco minutos. Cuando los niños podían mantener la atención durante ese tiempo o más se aplaudían, decían la expresión “yes” que en el contexto escolar hacía a referencia que algo está bien.

También se observó que con frecuencia los niños solicitaban la valoración de la investigadora y el reconocimiento de que hacen lo que se les pidió bien. Se observó que los compañeros ayudaban al refuerzo individual de los niños con TDA-H, por ejemplo, hacían comentarios como “Vas muy bien” o “Creo que Gregorio me va a ganar” o “Pedro ya me ganó”. En la tabla 24 se muestran algunas conductas en las que los niños se autoreforzaron.

Tabla 24. Conductas antecedentes conducta de autorefuerzo

<b>Conducta antecedente</b>	<b>Conducta de autorefuerzo</b>
<i>Gregorio</i> :cuando copia un texto del pizarrón, revisa lo que escriba correctamente.	Dice en voz alta “Lo estoy haciendo bien”.
<i>Gregorio</i> .termina la actividad en el tiempo promedio de sus compañeros.	Dice en voz alta “Ya trabajo más rápido”.
<i>Pedro</i> . Termina su actividad y pide permiso para ir al baño.	Cuando regresa al salón dice en voz alta “Ya sólo voy al baño cuando termino mi trabajo”.

## **Estrategia 7. Autocontrol**

*Definición del problema, análisis de consecuencias y alternativas para la solución de problemas*

Finalmente, la técnica de autocontrol que consiste en suministrar refuerzos ya sean recompensas o castigos a los logros parciales que se vayan cumpliendo o incumplimientos. En esta estrategia se hizo un registro anecdótico de las situaciones en las que el niño explícitamente hace alguna de estas dos cosas:

- 1) demorar la recompensa hasta haber ejecutado la conducta.
- 2)auto-administrarse una consecuencia positiva extra no habitual alconseguir el objetivo.

### *Forma de trabajo en el aula*

En la tabla 25 se exponen ejemplos de cómo los niños mostraron estrategias de autocontrol en el aula. Es importante señalar que estas conductas se observaron principalmente al final de la intervención, cuando ya se habían visto avances en otras estrategias como las autoinstrucciones, los refuerzos y la autoevaluación. Cabe señalar que antes de que se observaran conductas de recompensa extra y que mostrara autocontrol, a los niños se les dieron ejemplos de situaciones de recompensa extra acordes con la conducta que se autocontrolaba.

Tabla 25. Ejemplos de conductas de autocontrol

<b>Problema</b>	<b>Conducta</b>	<b>Recompensa extra</b>
Los niños compañeros de Gregorio están hablando mientras resolvían algunos ejercicios de matemáticas.	Gregorio dice en voz alta lo siguiente cuando uno de los niños lo hace participar de la conversación “no voy a platicar para salir antes al recreo”, se mantiene en silencio y resolviendo sus ejercicios.	Al terminar los ejercicios, se acerca a la maestra, le pide que revise sus ejercicios, después de que los califica le pide salir al recreo porque se mantuvo en silencio y termino la tarea.
Paso un niño junto a la banca de Pedro y le tiro sus colores.	Primero, Pedro reacciona con agresividad y le grita a su compañero que se fije. Después de unos 5 segundos le dice “Ten más cuidado y ayúdame a levantarlos”. Entre los dos niños recogen los colores.	Ahora puedo hacer un dibujo porque no me enojé. <i>(Tiene hojas con caricaturas de su interés como recompensas positivas).</i>

## Conclusiones

Los resultados de la etapa 1, en la que se realizó la evaluación psicopedagógica de Pedro muestran que existen factores de riesgo, entre ellos: a) tratamiento farmacológico durante el embarazo por problemas emocionales de la madre, b) alteraciones de sueño y enfermedades alérgicas. Respecto al desarrollo de los aprendizajes escolares y socio-afectivo se encuentra por debajo del promedio. Sobre los síntomas de TDA-H tiene atención global dispersa, muestra dificultad para controlar impulsos, por ejemplo, se tira al suelo, se levanta constantemente de su lugar, es desobediente. Entre las principales necesidades que presenta, se encuentra el control de impulsos, aprender a respetar turnos, reglas y a sus compañeros, relacionándose con ellos sin pegarles. En el área académica requiere incrementar los periodos de atención para realizar actividades escolares.

Por su parte, Gregorio ha tenido un desarrollo normal en la edad temprana. Al momento de realizar el estudio tomaba medicamento para controlar los síntomas de TDA-H. En cuanto al desarrollo motor, socio-afectivo y aprendizajes escolares se encuentra por debajo del promedio del grupo debido a que sus movimientos motrices son torpes y se tropieza con frecuencia, tiene dificultad para expresar sus ideas, para controlar sus impulsos, en cuanto al área social teme ser rechazado por sus compañeros. Respecto a los síntomas de TDA-H se distrae ante cualquier estímulo, su interés dura poco tiempo. Para atender sus NEE se requiere de enseñarle a seguir instrucciones, apoyo para concluir la actividad dentro del tiempo establecido.

En ambos casos de niños con TDA-H presentaban como necesidades educativas que el trabajo que requiere de mayor esfuerzo cognitivo se realizara durante las primeras horas del trabajo escolar para mantener su atención en las actividades escolares. También es necesario reducir los estímulos en el aula que provoquen su distracción. Finalmente, ambos niños requieren de apoyo para relacionarse adecuadamente con sus compañeros.

Los resultados obtenidos en este trabajo sobre rendimiento escolar coinciden con los resultados de los estudios de Purvis y Tannock (1998), en los que se destaca que los niños con TDA-H rinden por debajo de sus posibilidades y presentan grandes dificultades para conseguir un rendimiento escolar óptimo. Los resultados obtenidos en este trabajo sobre las relaciones sociales coinciden con los hallados por Ferguson (2000), en el sentido que los niños con TDA-H suelen ser más rechazados, ignorados y menos queridos por sus compañeros.

En cuanto a la etapa 2, en la que se aplicó el curso-taller para maestros, de las 13 profesoras que participaron en el taller, el 38% reconoció que es un trastorno que afecta la atención y la conducta, que requiere de un tratamiento dado por especialistas. De las características con las que se identifica a los niños con TDA-H, la mayoría de las profesoras reconocen la falta de atención y la hiperactividad como los síntomas que los identifican, así como el hecho de tener conductas agresivas.

Respecto a la falta de atención, las profesoras no toman en cuenta otros síntomas, como el que no preste atención a los detalles, cometa errores por descuido cuando realiza tareas escolares, cuando se le habla directamente parece no escuchar, suele tener dificultades para organizar actividades, muestre desagrado para realizar tareas que exijan un esfuerzo mental, pierde objetos necesarios para tareas como las herramientas escolares. Sobre los síntomas de hiperactividad, reconocen esto como el síntoma y lo describen como niños inquietos e indisciplinados, pero no consideran importantes otros como el movimiento de las manos o los pies, que se levante cuando se espera que esté sentado, que tenga comportamientos como correr de forma excesiva, hablar en exceso, interrumpir a otros, no esperar su turno o molestar a los demás cuando es inapropiado y se espera que esté tranquilo.

Entre los conocimientos que las profesoras expresaron no consideran que el TDA-H se puede presentar con diferentes combinaciones de síntomas, por lo que la

hiperactividad y la impulsividad son la característica definitoria del trastorno, no así cuando sólo se presenta un déficit de atención como muchas veces se presenta en las niñas.

Las profesoras reconocen que los psicólogos o psiquiatras son los profesionistas indicados para hacer el diagnóstico y tratamiento, este último la mayoría de las veces es farmacológico. Además sugieren que se deben realizar actividades especiales en la escuela como juegos o actividades extraescolares, creen que con más actividad física los niños se van a cansar y a atender las actividades escolares.

Durante el curso-taller las profesoras expusieron sus dudas respecto a los síntomas, el diagnóstico y el tratamiento que se sigue para los niños con TDA-H. También las profesoras cuestionaron la capacidad del niño diagnosticado para el aprendizaje escolar. Estos fueron los temas en los que las profesoras reflexionaron, así mismo las que tienen en el aula un niño con TDA-H o lo han tenido comentaron su experiencia y los problemas que han enfrentado para atender a los niños en el aula.

La evaluación realizada después del curso-taller mostró que las profesoras tenían más conocimientos sobre el TDA-H que antes de participar en el curso-taller. En la evaluación inicial se obtuvo una media de 9.00 y en la evaluación final se obtuvo una media de 17.54. La prueba estadística de Wilcoxon mostró una diferencia estadísticamente significativa entre la evaluación inicial y final ( $z=-3.198$ ,  $p=.001$ ). Respecto a la evaluación de los contenidos del curso-taller las profesoras opinaron que hace falta más espacios donde puedan hablar de estos temas, que ayudan a realizar un mejor trabajo. Así mismo solicitaron que se les dieran estrategias para trabajar con los niños con TDA-H en el aula.

Para cumplir con esta solicitud se instrumentó, la etapa 3, en la cual se llevó a cabo un programa de estrategias cognitivo-conductuales para trabajar en el aula

regular. Dicho programa se llevo a cabo con Pedro y Gregorio, inicialmente en un aula de apoyo y posteriormente se generalizaron las estrategias en el aula regular.

Entre las estrategias que se utilizaron se encuentran la demora reforzada en la cual se propone a los niños que esperen para obtener un premio. Para ello se fue aumentando poco a poco el tiempo de espera hasta que Pedro y Gregorio lograron atender a un ritmo similar que el resto de sus compañeros las actividades escolares.

El modelado participativo consistía en que las investigadoras le modelaban las conductas que eran adecuadas, por ejemplo, cómo dirigirse a sus compañeros sin agredirlos, guardas sus objetos personales, cuadernos y objetos escolares al terminar de usarlos para no perderlos. Con esta estrategia se observaron cambios importantes en el cuidado de los colores, los cuadernos, el suéter, la mochila y el agua.

Otra estrategia fue las de autoinstrucciones, la cual ayudó a que los niños no olvidaran su suéter u otros objetos en el salón, los cuales perdían con frecuencia, con frases como “antes de salir de la escuela debo guardar el cuaderno que necesito para la tarea” los niños diariamente seguían instrucciones para poner en su mochila todo lo necesario.

Otra estrategia es la de refuerzos y castigos, la cual es un programa de economía de fichas donde los niños obtienen puntos por conductas que con anterioridad habían sido descritas como adecuadas, los niños también perdían puntos al presentar conductas disruptivas, agresivas o inadecuadas. Si llegaba a presentar alguna de estas conductas, se le daba un estímulo aversivo o un premio si la conducta había sido positiva. En ambos casos los estímulos fueron acordados con los padres de familia y con las profesoras.

La estrategia de autoevaluación tuvo como objetivo que los niños tomaran conciencia de los problemas que le ocasionan sus conductas disruptivas y las evaluara. Al principio tanto Pedro como Gregorio evaluaban negativamente su comportamiento, con ayuda de las investigadoras aprendieron a evaluar de manera más positiva su buen comportamiento.

Finalmente se llevo a cabo la estrategia de autoreforzo individual, la cual consistía en encontrar refuerzos positivos, de su agrado y reforzarse. Los niños usaron como motivador el mejorar su propio record, por ejemplo, el tiempo que tardaban en terminar un ejercicio. También les ayudo que sus compañeros los motivaban y recibían refuerzo social de ellos cuando tenían conductas positivas.

En cuanto a la eficacia de las estrategias, las profesoras de ambos niños observaron la disminución de las conductas disruptivas y agresivas que los niños con TDA-H presentaban en el aula regular.

Para concluir es importante señalar que la hiperactividad e impulsividad aunque son elementos fundamentales en la conceptualización actual del trastorno, los niños con TDA-H suelen tener otros síntomas. Que es importante dar información adecuada a los profesores de educación primaria para evitar que etiqueten a niños indisciplinados con el TDA-H.

La aplicación de estrategias cognitivo-conductuales en el tratamiento del TDA-H ha demostrado ser eficaz siempre y cuando se lleve a cabo adecuadamente y con el apoyo de un profesional competente para ello, de tal forma que no se haga un uso indiscriminado e inadecuado en el aula y que repercuta negativamente en la conducta del niño.

Técnicas cognitivas como el entrenamiento en autoinstrucciones, la autoevaluación o el autoreforzo, han demostrado ser eficaces para reducir los problemas de conducta de los niños con TDA-H como fue el caso de Pedro y

Gregorio. En general, el tratamiento cognitivo-conductual es un tratamiento beneficioso para los niños con TDAH, pero, dada la alta heterogeneidad de síntomas que presentan los niños y las repercusiones que el trastorno ocasiona en el entorno social, familiar y personal del niño, es necesario e imprescindible trabajar desde una perspectiva multimodal.

Finalmente, teniendo en cuenta las reflexiones que en su momento se hicieron sobre la especificidad de los tratamientos cognitivo-conductuales, consideramos de utilidad ofrecer algunas consideraciones que tener en cuenta para futuras investigaciones:

- a) Este tratamiento se ha aplicado a niños entre 8 y 12 años por lo que nuestros datos deben restringirse a niños de estas edades. La aplicación del programa a otras edades implicaría necesariamente una adaptación, tanto de las técnicas utilizadas como de las situaciones sociales que se plantean, lo que daría paso a otra investigación y la obtención de nuevos resultados.
- b) En este estudio, las dos familias que participaron en la investigación mostraron un alto grado de colaboración y disposición en todas las fases de la investigación, y también se mostraron altamente implicadas en el proceso. El interés de las familias se explica, en parte, por los criterios de selección utilizados en la fase de evaluación pretratamiento, es decir, la entrevista previa con los padres, las charlas con las profesoras, la actitud de la maestra de apoyo, etc. Esta fase ayudó a incrementar la motivación, la implicación y a crear altas expectativas respecto a la eficacia del programa.
- c) El programa de intervención aplicado a niños con TDAH se realizó con un grupo reducido, justamente por las dificultades inherentes que presentan estos niños, es decir, falta de atención, impulsividad, hiperactividad. Finalmente, se optó por la solución de un grupo de dos niños como máximo. Esto nos permitía, por una parte, trabajar los aspectos de interacción social,

intercambios sociales, respeto a las normas y conducta prosocial, y, por otro, conseguir que los niños presten atención. A pesar de ello, creemos que sería interesante llevar a cabo otras investigaciones incorporando más número de niños, y acompañados de más maestras de apoyo dentro de la sesión.

- d) Otro aspecto relevante en la aplicación de los tratamientos es la duración de las sesiones. En un principio, y guiados por la bibliografía existente sobre el tema (*e.g.* Barkley, 1987, Bloomquist et al. 1996), establecimos la duración de las sesiones entre 45 minutos y 60 minutos, del material que debíamos trabajar, dependiendo de la motivación y la atención de los niños.
- e) Lo que se ha podido constatar en esta investigación es que el tratamiento cognitivo-conductual es beneficioso para los niños con TDA-H; pero, dado que este programa incorpora técnicas cognitivas, y requiere que el niño cree y automatice nuevos esquemas y formas de actuar, es una intervención que necesita tiempo y constancia.

## Lista de referencias

- Abramowitz, A. J., O'leary, S. y Rosen L. A. (1987). Reducing off-task behavior in the classroom, a comparison of encouragement and reprimands. *Journal of Abnormal Psychology, 15*, 153-163.
- Acker, M. M. y O'leary, S. (1987). Effects of reprimands and praise on appropriate behavior in the classroom. *Journal of Abnormal Child Psychology, 15*, 4, 549-557.
- Ajibola, O. y Clement, P. W. (1995). Differential effects of methylphenidate and self-reinforcement on attention-deficit hyperactivity disorder. *Behavior Modification, 19*, 211-233. Recuperado el 21 de enero de 2010 de Sage Journals Online de <http://bmo.sagepub.com/cgi/content/abstract/19/2/211> (versión en español).
- Asociación de Psiquiatría Americana. (1980). *El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*. (DSM-III). APA.
- Asociación de Psiquiatría Americana. (1988). *El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*. (DSM-III-R). Washington, DC: APA.
- Asociación de Psiquiatría Americana. (1994). *El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*. (DSM-IV). Washington, DC: APA.
- Asociación de Psiquiatría Americana. (2000). *El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*.(DSM-IV-TR). Washington, DC: APA.
- Ardila A., y Rosselli, M. (1992). *Neuropsicología clínica*. Medellín. Prensa Creativa.
- Ayllon, T., y Azrin, N. (1974). *Economía de fichas*. México: Trillas (original, 1968).
- Bandura, A. (1977). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe, 1982).
- Barkley, R. A., DuPaul, G. J. y McMurray, M. B. (1990). Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 6, 775-789.
- Barkley, R. A., Grodzinsky, G. y DuPaul, G. J. (1992). Frontal lobe functions in attention deficit disorder with and without hyperactivity: A review and research report. *Journal of Abnormal Child Psychology, 20*, 163-188.
- Barkley, R., y Biederman, J. (1997). Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 9, 1204-1210.
- Barkley, R. A. (1999). *Niños Hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Guía completa del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. Barcelona, España: Paidós.

- Benjumea, P. y Mojarro, M<sup>a</sup> D. (1995). El síndrome hiperactivo (pp. 723-765). En Rodríguez Sacristán. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Bloomquist, M., August, G. y Ostrander, R. (1991). Effects of a school-based cognitive-behavioral intervention for ADHD Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 5, 591-605.
- Bornás, X. y Servera, M. (1996). *La impulsividad infantil. Un enfoque cognitivo-conductual*. Madrid: Siglo XXI.
- Braswell, L. y Bloomquist, M. C. (1991). *Cognitive behavioral therapy with attention deficit hyperactive disorder children*. Nueva York: Guilford.
- Breen, M. J. y Altepeter, T. S. (1990). *Disruptive behavior disorders in children*. Nueva York: Guilford Press.
- Buendía, J. (1996). *Psicopatología en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Cabanyes, J. y Polaino-Lorente, A. (1997). Trastornos de la atención e hiperactividad infantil: planteamiento actual de un viejo problema. En Polaino-Lorente y col., *Manual de Hiperactividad Infantil* (pp. 31-46), Madrid: Unión Editorial.
- Diccionario de la Lengua Española. (1988). España: Grupo Editor Quinto Centenario.
- Douglas, V. I. (1983). Attention and cognitive problems (pp. 280-329). En M. Rutter (Dir), *Developmental neuropsychiatry*. Nueva York: Guilford Press.
- Duran, M. (Coord.). (2005). *La evaluación psicopedagógica en educación especial*. Guanajuato; México: Secretaría de Educación Pública: Secretaría de Educación de Guanajuato.
- D'Zurilla, T. J., y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Fergusson, J. H. (2000). National institutes of health consensus development conference statement, diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 182-193.
- García, D. A. y Polaino-Lorente, A. (1997). Breve aproximación histórica al concepto de hiperactividad infantil (pp. 15-26). En A. Polaino-Lorente (Dir). *Manual de hiperactividad infantil*. Madrid: Unión Editorial.
- García, I., Escalante, I., Escandón, M., Fernández, L., Mustri, A., Puga, R., Calatayud, A., y Ruiz, M. (2000). *Documento Individual de Adecuación Curricular (DIAC)*. México: Secretaría de Educación Pública.
- García Vidal, J. (1993): *Guía para realizar adaptaciones curriculares*. Madrid. EOS.

- Gargallo, B. (1993). Basic variables in reflection-impulsivity: a training programme to increase reflectivity. *Child Development*, 47, 483-491.
- Kagan, J. (1966). Reflection-Impulsivity: the generality and dynamics of conceptual tempo. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 17-24.
- Kanfer, R. y Zeiss. A. (1983). Interpersonal standard setting and self efficacy expectations in depression. *Journal of Abnormal Psychology*. 92, 319-329.
- Kavale, K. A, Mathur, S. R., Forness, S. R., Rutherford, R. B. y Quinn, M. M. (1997). Effectiveness of social skills training for students with behavior disorders, a meta-analysis. *Advances in Learning and Behavioral Disabilities*, 11, 1-26.
- Kazdin, A. E., Siegel, T. C. y Bass, D. (1992). Cognitive problem solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 5, 733-747.
- Kendall, P. y Braswell, L. (1985). *Cognitive behavioral therapy for impulsive children*. Nueva York: Guilford Press.
- Kendall, P (1993). Cognitive behavioral therapies with youth, guiding theory, current status, and emerging developments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 2, 235-247.
- Lou, R. y López U. (1999). Bases psicopedagógicas de la educación especial. Madrid; España: Pirámide.
- Luria, A.R. (1980). *Lenguaje y comportamiento*, Barcelona: Fontanella (Traducción original de 1975).
- Meichenbaum, D. H. y Goodman, J. (1981). Entrenar a niños impulsivos a sí mismos, un método para desarrollar el auto-control (pp. 397-414).. En A. Ellis y F. Grieger (Dir). *Manual de terapia racional -emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Mota, V. L. y Schachar, R. J. (2000). Reformulating attention deficit hyperactivity disorder according to signal detection theory. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1144-1151.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor.
- Orjales, I. (1998). Déficit de Atención con Hiperactividad. Manual para padres y educadores. Madrid: CEPE.
- Orjales, I. (1999). Déficit de Atención con Hiperactividad (2da. Ed.) Madrid: CEPE.

- Puigdemívol, I. (2000). *La Educación especial en la escuela integral*. Madrid, España: Grao.
- Purvis, K. y Tannock, R. (2000). Phonological processing, not inhibitory control, differentiates ADHD and reading disability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 485-494.
- Sandberg, S. (1996). *Hyperactivity disorders of childhood*. Cambridge: University of Cambridge.
- Sandberg, ST., Wieselberg, M. y Shaffer, D. (1980). Hyperkinetic and conduct problem children in a primary school population: some epidemiological considerations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 21, 293-311.
- Secretaría de Educación Pública (2007). Reitera la SEP su compromiso con las personas con discapacidad, recuperado el 7 de junio de 2010, disponible en: [http://www.sep.gob.mx/es/sep1/sep1\\_Bol2801007](http://www.sep.gob.mx/es/sep1/sep1_Bol2801007)
- Shafer, D. (1985). Neurological soft signs. *Archives General of Psychiatry*, 42, 342-351.
- Shure, M. B. (1981). Social competence as a problem-solving skill (*Competencia social como una habilidad de solución de problemas*) En J. D. Wine y M. D. Smye (Eds). *Social competence*. Nueva York: Guildford Press.
- Silva, O. y Fernández, E. "El niño con Déficit Atencional", *Revista de Educación*, 188:10-19, 1991.
- Tannock, R. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder, advancing cognitive, neurobiological and genetic research. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, 39, 1, 65-99.
- Taylor, E., Evrir, B., Thorley, G., Schachar, R., Rutter, M. y Wieselberg, M. (1986). Conduct disorder and hyperactivity II: a cluster analytic approach to the identification of a behavioural syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 149, 768-777. *Revista de Psicología y Psiquiatría Volumen 38, Número 2, páginas 219-234, febrero de 1997.*
- White, D. M. y Sprague, R. L. (1992). The "Attention Deficit" in children with attention deficit hyperactivity disorder (pp.1-34). En B. Lahey y A. E. Kazdin. *Advances In Clinical Child Psychology*. Nueva York: Plenum Press.
- Yap, J. N. y Peters, R. D. (1985). An evaluation of two hypotheses concerning the dynamics of cognitive impulsivity: anxiety over errors or anxiety over competence? *Developmental Psychology*, 21, 1055-1064.

## Anexo 1. Cuestionario Curso

Conteste las siguientes preguntas con base a su experiencia profesional.

**Gracias.**

Sexo: \_\_\_\_\_

Años de servicio docente: \_\_\_\_\_

Formación: (Ponga una cruz X a las opciones que corresponda)

( ) Normal ( ) Licenciatura ( ) Diplomado ( ) Especialización ( ) Maestría

Otra: \_\_\_\_\_

1. ¿Qué sabe del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA-H)?
2. ¿Cuáles son los síntomas?
3. ¿Qué características presentan los niños(a) con TDA-H?
4. Defina los siguientes conceptos:  
Atención:  
Impulsividad:  
Hiperactividad:
5. ¿Cuántos tipos de TDA- H conoce?
6. ¿Quiénes dan el diagnóstico?
7. ¿Qué tratamiento se les da a los niños(a) que tienen TDA-H?
8. De la siguiente lista tache (X) las conductas que considere más comunes en los niños(a) con TDA-H  
( ) Inquieto o demasiado activo  
( ) Impulsivo  
( ) Lloro con frecuencia  
( ) Es caprichoso  
( ) Capacidad de atención corta  
( ) No espera turnos  
( ) Habla en exceso  
( ) Dificultad de organización  
( ) No sigue normas  
( ) Molesta a sus compañeros
9. ¿Qué estrategias pondría en práctica dentro de su salón de clase si tuviera un alumno con TDA-H?
10. ¿El TDA-H se cura?  
( ) Sí ( ) No

## Anexo 2. Curso-Taller ¿Tienes un alumno con TDA-H en el aula y no sabes qué hacer?

<p><b>Dirigido a:</b> Profesores de educación básica regular, en servicio.</p> <p><b>Duración:</b> 3 horas.</p>			
<p><b>Objetivo general</b></p> <p>Proporcionar información a los profesores de educación básica regular, acerca del TDA-H, su diagnóstico, tratamiento y manejo en el aula.</p>			
<p><b>Objetivo particular 1:</b> Evaluación Inicial. Identificar las características del concepto de TDA-H.</p> <p><b>Palabra clave:</b> Concepto.</p>			
Actividad	Descripción	Materiales	Tiempo
1. Cuestionario Curso – Taller “¿Tienes alumnos con TDA-H en tu aula?” (ver anexo 4)	Responder el cuestionario para profesores sobre conocimientos previos de TDA-H.	Cuestionario impreso. Lápiz, pluma	10 minutos

**Objetivo particular 2.** Reflexionar acerca de los atributos que cada profesor posee y los quiere mejorar o incrementar, para lograr la interacción con los otros (compañeros y alumnos) y la autoaceptación.

**Palabra clave.** AUTOACEPTACIÓN.

Actividad	Descripción	Materiales	Tiempo
<p>Act. 1 La Tiendita de la amistad</p>	<p>1. Cada participante será invitado a recorrer la “tiendita” y poner en su canasta lo que considera necesario adquirir.</p> <p>2. Como apoyo, se utilizaran las hojas de actividad con la lista de productos que puede llevar.</p> <p>3. Se les pide que especifiquen la cantidad en piezas (no más de 3) que “requieren” para “mejorar” su imagen y relaciones interpersonales.</p> <p>4. Al terminar se les pide que comenten en pares lo que cada quién compró.</p> <p><i>Consigna:</i> Vamos a jugar a la tiendita de la amistad, vamos a pensar lo que cada uno podríamos adquirir para mejorar la forma de relacionarnos con los alumnos y con los compañeros(a). Al final, en parejas, van a comentar lo que eligieron y por qué.</p>	<p>Hoja de actividad. Tarjetas representando las mercancías con las etiquetas correspondientes. Recipientes para elegir y adquirir tales atributos. Mesa con el letrero: “La tiendita de la amistad”. Espacio dentro del salón</p> <p>* todos los profesores</p>	<p>30 minutos</p>

<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
2. La magnitud del problema: ¿Cuántos niños tienen TDA-H en nuestro país?	Presentar datos estadísticos de niños que cursan la educación primaria y que han sido diagnosticados con TDA-H, en México.	Presentación de diapositivas	5 minutos
3. Lluvia de ideas ¿Qué ven aquí? Imagen (etapa de sensibilización y reflexión).	Que los profesores expresen sus ideas acerca de la imagen mostrada.	Rotafolio Imagen	5 minutos
4. Definir que es Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, sus características y su sintomatología.	Explicar la definición, características y sintomatología del TDA-H.	* Presentación en de diapositivas y ejemplos en video.	25 minutos
Act. 5 Definir conceptos: atención y concentración, impulsividad e hiperactividad Tipos de TDA-H.	Mediante una presentación en Power-Point, se explicará la definición de los conceptos atención, impulsividad e hiperactividad y los tipos de TDA-H	Mapas mentales con los conceptos atención, hiperactividad e impulsividad	20 minutos

<b>Objetivo particular 3.</b> Que el profesor conozca cuáles son las características, sintomatología y diagnóstico. <b>Palabra clave:</b> DIAGNÓSTICO.			
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
Act. 1 Diagnóstico	Informar quienes son los profesionales que pueden dar un diagnóstico y que pruebas son necesarias para realizarlo.	* Presentación de diapositivas	10 minutos
<b>Objetivo particular 4.</b> Que el profesor tenga información acerca de los tratamientos para el TDA-H. <b>Palabra clave:</b> TRATAMIENTO			
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
Act. 1 Tratamiento y Medicamento	Mediante una presentación de diapositivas, informar las opciones de tratamiento que existen para el tratamiento integral del TDA-H. Medicamentos	* Presentación de diapositivas	10 minutos
<b>Objetivo particular 5.</b> Proponer a los profesores diferentes estrategias para su aplicación en el aula. ¿Cómo se manifiesta el TDA-H en el colegio? <b>Palabra clave:</b> ESTRATEGIAS			
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
Act. 1 Conductas manifestadas en el colegio	Mencionar las conductas más comunes que se manifiestan en el colegio	* Presentación de diapositivas	10 minutos
Act. 2 Estrategias para Padres y Maestros	Se brindarán estrategias prácticas para el manejo de los alumnos con TDA-H en el aula.	* Presentación de diapositivas	15 minutos
Act. 3 Tiempo de preguntas y respuestas	Se dará un espacio para aclarar dudas acerca de la platica	Ninguno	20 minutos



### Anexo 3. Evaluación de Curso-Taller

A continuación se presenta una serie de afirmaciones sobre el curso; ponga una cruz en el 1 si está totalmente en desacuerdo con la respuesta, 2 en desacuerdo, 3 ni en desacuerdo ni acuerdo, 4 de acuerdo y 5 totalmente de acuerdo.

#### Sobre el instructor

Su nivel de dominio sobre el tema tratado fue	1	2	3	4	5
Dio a conocer y alcanzó los objetivos del curso	1	2	3	4	5
Expresó los conceptos con claridad	1	2	3	4	5
Manejó ejemplos aplicables a la realidad	1	2	3	4	5
Fomentó la participación grupal	1	2	3	4	5
Trato el tema apoyándose de material explícito	1	2	3	4	5
Aplico dinámicas para el desarrollo de los temas	1	2	3	4	5
Durante el curso mostró respeto en todo momento	1	2	3	4	5
Aclaro y permitió que todos expresen sus dudas	1	2	3	4	5

#### Acerca del curso

Los contenidos son aplicables	1	2	3	4	5
los temas contienen un equilibrio teórico-practico	1	2	3	4	5
Los temas contemplaron una secuencia lógica	1	2	3	4	5
Los materiales que se utilizaron fueron nítidos	1	2	3	4	5

#### Logística e instalaciones

Se contó con los materiales de apoyo necesarios	1	2	3	4	5
La coordinación del evento fue	1	2	3	4	5
Las condiciones del salón fueron	1	2	3	4	5
La impresión del grupo y evento fueron	1	2	3	4	5

#### Acerca del grupo

Los participantes se mostraron interesados	1	2	3	4	5
Compartieron sus comentarios y experiencias	1	2	3	4	5
Se integraron en un grupo solido	1	2	3	4	5
La comunicación fue dinámica	1	2	3	4	5



## Anexo 4. Estrategias del programa cognitivo-conductual

A continuación se presentan 12 sesiones, su contenido, los objetivos y el modo de desarrollo en la aplicación del programa cognitivo-conductual:

### Contenidos, objetivos y desarrollo de las sesiones en la aplicación del programa cognitivo-conductual para niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

#### Sesión 1

##### Contenido Presentación e introducción de las técnicas

##### Objetivos

- Introducción de la organización y la estructura del programa
- Inicio a las técnicas de tratamiento

##### Desarrollo de la sesión

- I • Información sobre las normas del grupo
- I • Ejemplificación sobre cómo realizar la valoración del comportamiento por parte del niño y de la investigadora
- I • Introducción del sistema de puntos
- I • Introducción del coste de respuesta
- I + N • Ejemplificación del uso del recuento de puntos y del menú de recompensas

I: Investigadora, N: Niño

#### Sesión 2

##### Contenido Entrenamiento en solución de problemas sociales y en autoinstrucción

##### Objetivos

- Potenciar el autocontrol personal, la atención y la autoevaluación del comportamiento

##### Desarrollo de la sesión

- I + N • Definición operativa del conflicto
- I + N • Búsqueda de alternativas de solución
- I + N • Análisis de consecuencias
- I + N • Selección de la alternativa más adecuada
- I + N • Demostraciones con uso de autoinstrucciones por parte de la investigadora
- I + N • Valoración del comportamiento durante la sesión (niño y la investigadora)
- I + N • Recuento de punto
- I + N • Refuerzo colectivo: elección de una actividad placentera

I: Investigadora, N: Niño

### **Sesión 3**

#### **Contenido Ejemplificación de las técnicas de solución de problemas y autoinstrucción**

##### **Objetivos**

- Potenciar el autocontrol personal, la atención y la autoevaluación del comportamiento

##### **Desarrollo de la sesión**

- I • Repaso de los pasos de solución de problemas, en un ejercicio concreto
- I • Presentación de los ejercicios
- I + N • Seguimiento de instrucciones
- I • Se presta especial atención al análisis de la situación de forma operativa que nos sirva de guía para poder decidir después cuál será la alternativa más adecuada
- I + N • Autoimposición de demora en la realización de la tarea
- I + N • Corrección en grupo del ejercicio: análisis de las alternativas propuestas por cada niño, evaluación de pros y contras de cada una de ellas, elección de la alternativa adecuada
- I + N • Refuerzo social
- I + N • Valoración del comportamiento durante la sesión (niño y la investigadora)
- I + N • Recuento de puntos
- I + N • Refuerzo colectivo: elección de una actividad placentera

I: Investigadora, N: Niño

### **Sesión 4**

#### **Contenido Guía autodirigida en la utilización de estrategias de solución de problemas y autoinstrucción**

##### **Objetivos**

- Potenciar la demora temporal, la atención, el autocontrol verbal y la autorregulación

##### **Desarrollo de la sesión**

- I + N • Revisión de los pasos de solución de problemas, en un ejercicio concreto
- I • Ejemplificación por parte de la investigadora de la aplicación de las técnicas de solución de problemas y autoinstrucciones para resolver el problema
- I • Presentación de los ejercicios
- I + N • Seguimiento de instrucciones
- I + N • Se presta especial atención a la propuesta de alternativas. No se pone límite a los niños en la explicación o al escribir posibles alternativas de resolución los problemas. Parecido a la técnica de lluvia de ideas
- I + N • Autoimposición de demora en la realización de la tarea
- I + N • Corrección en grupo del ejercicio: análisis de las alternativas propuestas por cada niño, evaluación de pros y contras de cada una de ellas, elección de la alternativa adecuada
- I + N • Refuerzo social
- I + N • Motivación a los niños a utilizar el procedimiento de cinco pasos de solución de problemas en diversas situaciones escolares y/o familiares
- I + N • Valoración del comportamiento durante la sesión (niño y la investigadora)
- I + N • Recuento de puntos
- I + N • Refuerzo colectivo: elección de una actividad placentera

I: Investigadora, N: Niño

### **Sesión 5**

**Contenido Entrenamiento en estrategias sociales: analizar situaciones,, buscar alternativas,, planificar la solución**

#### **Objetivos**

- Incrementar la reflexión formulando diversas soluciones hipotéticas a los problemas planteados y analizar sus pros y contras, anticipando las posibles consecuencias

#### **Desarrollo de la sesión**

- I + N** • Revisión de los pasos de solución de problemas, con ejercicios concretos
- I** • Presentación
- I** • Actuación como modelo por parte de la investigadora, en la que presenta problemas hipotéticos y los resuelve
- I + N** • Se presta especial atención a la propuesta de alternativas propuestas por los niños
- I + N** • Autoimposición de demora en la realización de la tarea
- I + N** • Corrección en grupo del ejercicio: análisis de las alternativas propuestas por cada niño, evaluación de pros y contras de cada una de ellas, elección de la alternativa adecuada.
- I + N** • Refuerzo social
- I + N** • Valoración del comportamiento durante la sesión (niño y la investigadora)
  
- I + N** • Recuento de puntos
- I + N** • Refuerzo colectivo: elección de una actividad placentera

**I:** Investigadora, **N:** Niño

### **Sesión 6**

**Contenido Solución de problemas en situaciones formales e informales**

#### **Objetivos**

- Entrenar en resolución de problemas, en previsión y anticipación de consecuencias y en toma de decisiones.
- Potenciar la demora forzada y el autocontrol y la autorregulación

#### **Desarrollo de la sesión**

- I + N** • Presentación de los ejercicios
- I + N** • Actuación como modelo por parte de la investigadora en el que presenta un problema hipotético y los resuelve
- I + N** • Se presta especial atención al análisis de las posibles consecuencias de la alternativa elegida
- I + N** • Autoimposición de demora en la realización de la tarea
- I + N** • Corrección en grupo del ejercicio: análisis de las alternativas propuestas por cada niño, evaluación de pros y contras de cada una de ellas, elección de la alternativa adecuada
- I + N** • Reflexión colectiva sobre el impacto tanto cognitivo como conductual de llevar a cabo la solución propuesta
- I + N** • Se proponen dos ejercicios más siguiendo este mismo procedimiento
- I + N** • Refuerzo social
- I + N** • Valoración del comportamiento durante la sesión (niño y la investigadora)
- I + N** • Recuento de puntos
- I + N** • Refuerzo colectivo: elección de una actividad placentera

**I:** Investigadora, **N:** Niño

### **Sesión 7**

#### **Contenido Aplicación del procedimiento de solución de problemas y autoinstrucción para mejorar el autocontrol**

##### **Objetivos**

- Incrementar la capacidad de resolver problemas, el autocontrol y la autorregulación

##### **Desarrollo de la sesión**

- I + N** • Presentación de los ejercicios
- I + N** • Los niños resuelven de manera autónoma los ejercicios planteados
- I** • Actuación como modelo por parte de la investigadora en la que presenta un problema hipotético y lo resuelve
- I + N** • Se presta especial atención a la previsión y la anticipación de consecuencias y al análisis de la conducta en función de sus consecuencias
- I + N** • Reflexión colectiva sobre el impacto que tiene nuestra conducta en la opinión y la forma de actuar de los demás
- I** • Modelado participativo por parte de la investigadora en el análisis de los problemas planteados y en la corrección de los ejercicios
- I** • Imposición de demora en la realización de la tarea
- I** • La investigadora dirige todo el proceso de solución de problemas de los ejercicios de los niños
- I + N** • Corrección en grupo del ejercicio: análisis de las alternativas propuestas por cada niño, evaluación de pros y contras de cada una de ellas, elección de la alternativa adecuada. Se hace mayor hincapié en el análisis de la conducta en función de las consecuencias de su implementación
- I + N** • Se trabaja la generalización de la resolución de problemas y las autoinstrucciones en problemas y situaciones cotidianas de los niños
- I + N** • Refuerzo social
- I + N** • Valoración del comportamiento durante la sesión (niño y la investigadora)
- I + N** • Recuento de puntos
- I + N** • Refuerzo colectivo: elección de una actividad placentera

**I:** Investigadora, **N:** Niño

### **Sesión 8**

#### **Contenido Reconocimiento de las señales de enfado y pérdida de control**

##### **Objetivos**

- Potenciar los procedimientos adecuados en resolución de problemas sociales, mejora del autocontrol y autorregulación del comportamiento ante señales de enfado (I)

##### **Desarrollo de la sesión**

- I** • Presentación de los ejercicios relacionados con la identificación de señales de enfado y pérdida de autocontrol
- I** • Guía por parte de la investigadora en la realización de los ejercicios, que son realizados por los niños
- I + N** • Corrección en grupo del ejercicio: análisis de las alternativas propuestas por cada niño, evaluación de pros y contras de cada una de ellas, elección de la alternativa adecuada
- I + N** • Se analizan con los niños aquellas situaciones en las que más fácilmente pierden el control y enfado. Se pide que reflexionen sobre aquellas situaciones en las que les es más difícil controlarse
- I + N** • Se trabaja la generalización de la resolución de problemas y las autoinstrucciones en problemas y situaciones cotidianas de los niños
- I + N** • Refuerzo social
- I + N** • Valoración del comportamiento durante la sesión (niño y la investigadora)
- I + N** • Recuento de puntos
- I + N** • Refuerzo colectivo: elección de una actividad placentera

**I:** Investigadora, **N:** Niño

### **Sesión 9**

#### **Contenido Ejemplificación de la utilización de solución de problemas y en el control del enfado**

##### **Objetivos**

- Potenciar los procedimientos adecuados en resolución de problemas sociales, mejora del autocontrol y autorregulación del comportamiento ante señales de enfado (II)

##### **Desarrollo de la sesión**

- I • Presentación de los ejercicios relacionados con la identificación de señales de falta de autocontrol
- I • Guía por parte de la investigadora en la realización de los ejercicios
- I + N • Corrección en grupo del ejercicio: análisis de las alternativas propuestas por cada niño, evaluación de pros y contras de cada una de ellas, elección de la alternativa adecuada
- I + N • Se analizan con los niños aquellas situaciones en las que más fácilmente pierden el control y enfado. Se pide que reflexionen sobre aquellas situaciones en las que les es más difícil controlarse
- I • Modelado participativo de la investigadora en la solución de los problemas que plantean los niños
- I + N • Se trabaja la generalización de la resolución de problemas y las autoinstrucciones en problemas y situaciones cotidianas de los niños
- I + N • Refuerzo social
- I + N • Valoración del comportamiento durante la sesión (niño y la investigadora)
- I + N • Recuento de puntos

I: Investigadora, N: Niño

### **Sesión 10**

#### **Contenido Tomar conciencia de la “autoimagen social”**

##### **Objetivos**

- Incrementar la capacidad de resolución de problemas e identificación de sentimientos, mejora del autocontrol y la autorregulación (I)

##### **Desarrollo de la sesión**

- I • Presentación de los ejercicios relacionados con la autoimagen
- I • Presentación de los ejercicios relacionados con la imagen que creen que tienen los demás sobre ellos mismos
- I • Guía por parte de la investigadora en la realización de los ejercicios
- I + N • Discusión en grupo de esta imagen social que presenta cada niño
- I • Modelado participativo por parte de la investigadora ante los casos de hipervaloración o infravaloración
- I + N • Se trabajan la generalización de la resolución de problemas y las autoinstrucciones en problemas y situaciones cotidianas de los niños
- I + N • Refuerzo social
- I + N • Valoración del comportamiento durante la sesión (niño y la investigadora)
- I + N • Recuento de puntos
- I + N • Refuerzo colectivo: elección de una actividad placentera

I: Investigadora, N: Niño

### **Sesión 11**

**Contenido Exposición de los pensamientos positivos y negativos hacia uno mismo**

#### **Objetivos**

- Incrementar la capacidad de resolución de problemas e identificación de sentimientos, mejora del autocontrol y la autorregulación (II)

#### **Desarrollo de la sesión**

- I • Presentación de los ejercicios relacionados con la autoimagen
- I • Guía por parte de la investigadora en la realización de los ejercicios
- I + N • Discusión en grupo de esta “autoimagen” que presenta cada niño
- I • Modelado participativo por parte de la investigadora ante los casos de hipervaloración o infravaloración
- I + N • Se trabaja la generalización de la resolución de problemas y la autoinstrucciones en problemas y situaciones cotidianas de los niños
- I + N • Refuerzo social
- I + N • Valoración del comportamiento durante la sesión (niño y la investigadora)
- I + N • Recuento de puntos
- I + N • Refuerzo colectivo: elección de una actividad placentera

I: Investigadora, N: Niño

### **Sesión 12**

**Contenido Revisión de las estrategias utilizadas durante el programa,, con especial atención en la solución de problemas y autoinstrucción**

#### **Objetivos**

- Repasar los cinco pasos de resolución de problemas

#### **Desarrollo de la sesión**

- I • Presentación de tres problemas hipotéticos
- I + N • Los niños resuelven de manera autónoma los ejercicios propuestos
- I + N • Corrección en grupo del ejercicio: análisis de las alternativas propuestas por cada niño, evaluación de pros y contras de cada una de ellas, elección de la alternativa adecuada
- I + N • Valoración personal por parte de los niños de las técnicas que han aprendido durante la aplicación del programa y valoración de su utilidad en su vida cotidiana
- I + N • Refuerzo social
- I + N • Valoración del comportamiento durante la sesión (niño y la investigadora)
- I + N • Recuento de puntos
- I + N • Refuerzo colectivo: elección de una actividad placentera
- I + N • Entrega de un diploma

I: Investigadora, N: Niño