



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DETECCION Y MANEJO DE NIÑOS QUE PRESENTAN
DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN EL AULA
DE CLASES
TALLER PARA MAESTROS DE PREESCOLAR.**

**T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
MARÍA EUGENIA MENDOZA MENDOZA**

**DIRECTORA DE LATESINA:
MTRA. ARACELI LÁMBARRI RODRÍGUEZ.**



Ciudad Universitaria, D.F.

Noviembre, 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice.

Introducción.....	3.
Resumen.....	8.
Capitulo 1. Características del niño preescolar.....	9.
1.1. Desarrollo Psicológico en la edad preescolar.....	10.
1.2. Desarrollo cognitivo.....	12.
1.3. Desarrollo motor.....	18.
Capitulo 2. Déficit de atención con hiperactividad (TDA-H).....	25.
2.1. ¿Qué es el TDA-H?.....	26.
2.2. Factores de origen.....	27.
2.3. TDA-H en niños preescolares de 5 años.....	34.
2.4. Perfil del niño con TDA-H.....	44.
2.5. Sintomatología del niño con TDA-H	49.
Capitulo 3. Diada padres/educadores en la detección temprana del TD-H.....	58.
Capitulo 4. Propuesta de intervención para detectar niños preescolares con TDA-H en el aula de clases.....	64.
4.1. Justificación.....	64.
4.2. Objetivo General.....	64.
4.3. Objetivos Específicos.....	64.
4.4. Población a quien se dirige el taller.....	65.
4.5. Número de participantes.....	65.
4.6. Escenario.....	65.

4.7.	Material.....	66.
4.8.	Duración.....	66.
4.9.	Método.....	66.
4.10.	Temario.....	67.
4.11.	Sesión uno.....	68.
4.12.	Sesión dos.....	70.
4.13.	Sesión tres.....	72.
4.14.	Sesión cuatro.....	73.
4.15.	Sesión cinco.....	74.
4.16.	Sesión seis.....	76.
4.17.	Sesión siete.....	77.
4.18.	Sesión ocho.....	78.
4.19.	Sesión nueve.....	79.
4.20.	Sesión diez.....	80.
4.21.	Consideraciones finales.....	81.
4.22.	Referencias Bibliográficas.....	82.
4.23.	Anexos.....	85.

INTRODUCCIÓN.

La OMS reporta que a nivel mundial, existe una prevalencia de déficit de atención con hiperactividad (TDA-H), del 5%. En EE.UU, se sitúa entre el 2% y el 18%, pero en Colombia y España, se reporta de un 14% a un 18%. En México existen 33 millones de niños (as) menores de 14 años con este padecimiento y afecta un millón y medio de niños.

En el hospital J.N. Navarro único hospital paidopsiquiátrico, la primera causa de atención en la consulta externa es el Déficit de atención con hiperactividad (TDA-H), el mismo hospital señala que el 6% de la totalidad de la población infantil padece esta enfermedad (programa específico del trastorno por Déficit de atención 2000-2006, SERSAME).

Sin embargo la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, advierte que en México el 3% de los niños menores de 14 años tienen TDA-H, y que sólo en la Educación Primaria existen alrededor de 742,594 estudiantes. Es notorio que la estructura del sistema de Salud Nacional es insuficiente para atender profesionalmente a este número de niños y a su familia.

La OMS recomienda la existencia de un Paidopsiquiatra por cada 10,000 niños y en México tenemos uno por cada 142,000 niños, solo existen 700 neurólogos y 2700 Psiquiatras, solo 150 neurólogos están especializados en neuropediatria, y 200 en paidopsiquiatría; además el 41% de los Psiquiatras y Psicólogos de instituciones que den atención a la población no asegurada se concentran en el D,F, y lo peor cada año sólo egresan 80 Psiquiatras, 40 neurólogos, 10 neuropediatras y 5 paidopsiquiatras (Programa específico del Trastorno por Déficit de atención 2000-2006, SERSAME) de igual manera se presenta en las instalaciones y servicios de salud.

El manejo y tratamiento del Déficit de atención con hiperactividad (TDA-H) se reproduce en el área de la Psicología ya que sólo existen 150 programas de Licenciatura y no todos enfocados en la educación o en psicología clínica. En general, son muy pocos los programas de posgrado dirigidos a la neuropsicología y existen pocos formadores de maestros en educación especial, cuya mayoría se encuentra en la Escuela Normal de Especialización de la Secretaria de Educación

Pública (SEP). Como se observa, ambos sistemas, de Salud, el de Educación, son insuficientes a corto, a mediano y a largo plazo, puesto que la tasa de nacimientos de niños con este padecimiento es mayor que los profesionales que pueden tratar este trastorno.

En general, a la edad de 11 años, el 80% de los niños con Déficit de atención (TDA-H), tienen un retraso de 2 años en el aprendizaje de habilidades relacionadas, con la lectura, la escritura, la ortografía, el cálculo y la resolución de problemas matemáticos (Zentall, 1993). Lo que refleja prevalencia de trastornos de aprendizajes; dislexia (dificultad para leer y escribir), entre el 8% y el 38%; discalculía (dificultad en el aprendizaje de las matemáticas), entre el 12% y el 30%; y distografías (problemas en el aprendizaje de la escritura), entre el 12 y el 22% (Frick, y col, 1991).

Así se podrá enumerar los porcentajes de afectación que presentan los niños con Déficit de atención con hiperactividad (TDA-H), en el ámbito de la educación, sin olvidar las demás áreas que forman parte de su desarrollo, que también están implicadas.

En este contexto, el Trastorno con Déficit de atención no está siendo visualizado en las estadísticas que se reportan, lo que manifiesta la necesidad de un diagnóstico más preciso a nivel escolar, para ser más específicos los maestros son el punto clave en la detección oportuna de los niños con Déficit de atención con hiperactividad (TDA-H).

Pero no se debe olvidar que en este contexto, la falta de habilidad de los maestros para manejar el Déficit de atención con hiperactividad (TDA-H), es contundente, por eso es imprescindible que estos conozcan sobre esta padecimiento y lo aborden, que comprendan las características que presentan estos niños que manejen con equilibrio y comprensión en lo referente al comportamiento y con estrategias didácticas adecuadas a su problemática en cuanto a su aprendizaje.

Los maestros son muy importantes en el tratamiento de los niños (TDA-H), estos realizan observaciones privilegiadas, y los que pueden poner límites a estos alumnos, son los que investigan las diferentes metodologías de aprendizaje con

las cuales ese niño puede acceder a este conocimiento, y también los que pueden comprender, aunque no aceptar las conductas, impulsivas, dilatorias atencionales e hiperkinéticas del niño.

Es trascendente que las estrategias que el maestro emplea en el aula sean diferentes, para conducir acertadamente las actividades del niño. En algunas ocasiones simples intervenciones que se anticipan a las dificultades que estos niños ocasionan y de este modo las evitan, logrando al mismo tiempo un mejor clima Psicológico en el aula, y evitan otro fracaso del niño que sin lugar a duda influirá en su autoestima.

Los especialistas coinciden (Pelligrin, Horvart, 1995) en aceptar que gran parte de las dificultades surgen por un desajuste, entre el niño y el contexto escolar, lo que implica la necesidad de flexibilidad en el medio ambiente educativo para adecuarse a las necesidades diferenciadas de los niños y niñas.

Por tal motivo surge la inquietud de desarrollar un trabajo, teórico/práctico que proporcione información a los maestros sobre el TDA-H, el manejo de algunas técnicas conductuales, y estrategias para manejar niños con TDA-H, en el aula de clases, que le permita, tener elementos para detectar y manejar niños con TDA-H, en el aula de clases.

En el Capítulo uno, se revisará, el desarrollo Psicológico del niño, ya que se considera pertinente que el profesor conozca bien el proceso que conlleva cada uno de sus niños para poder tener un criterio más amplio en cuanto a la detección de los niños que están presentando Déficit de atención con hiperactividad (TDA-H), en el aula de clases.

En el Capítulo dos, se abordará el Déficit de atención con hiperactividad (TDA-H), en el cual se revisará, el concepto de Déficit de atención con hiperactividad, es importante que el profesor tenga claro lo que es el trastorno, para de ahí partir a desarrollar el perfil de los niños con TDA-H, por qué, las características que presenta pueden parecerse a las de un niño normal latoso, o con problemas en casa, falta de límites o simplemente no saber que ocurre con ellos, por eso se consideró importante realizar una descripción clara del perfil de los niños con TDA-H, de este modo los profesores tendrán una visión diferente, en cuanto a la

detección en clase. Posteriormente se revisará el origen del TDA-H, existen muchos tabús alrededor del padecimiento, se consideró que el saber más sobre: cómo y el por qué del trastorno, conduciría a sensibilizar más a los maestros en cuanto al manejo y al trabajo con estos niños, además de proporcionarle información que lo conduzca a una detección precisa y que forme parte de la mejora del niño. El tener conocimiento sobre la sintomatología del padecimiento le dará al maestro objetividad en cuanto a las inferencias que realice en el aula y sobre las observaciones y deducciones acerca del TDA-H, así podrá tener más elementos que confirme que el niño incontrolable o excesivamente distraído tiene TDA-H. Al final de este capítulo se hablará de los niños de 5 años de edad con TDA-H, porque se consideró pertinente realizar una revisión del proceso de desarrollo que llevan estos niños con (TDA-H) porque varios autores como (Barkley, Casas, Villar, Gratch), mencionan que es importante realizar una detección temprana y oportuna de los niños con (TDA-H), y es, a la edad de 5 años cuando los niños inician, procesos de aprendizaje importantes, como la lecto-escritura, procesos matemáticos más complejos, y los requerimientos sociales son más exhaustivos. Es aquí cuando se podrían confundir los síntomas de los niños con TDA-H, por las características de la edad.

En el capítulo tres, hablaremos sobre el papel que juegan los padres/maestros, en la detección de los niños, se consideró pertinente desarrollar el tema porque son los padres y los maestros que lidian directamente con los niños y son aquellos que participan directamente en la detección y el manejo del niño, en el aula y en casa. Los que proporcionan una gran ayuda, por ser lo más significativo para los niños que padecen TDA-H.

En el último capítulo, se realizará la propuesta de un taller dirigido a maestros de nivel preescolar. La finalidad es habilitar a los maestros en la detección de niños con Déficit de atención con (TDA-H), en el aula de clases, así como proporcionarles algunas técnicas de modificación y estrategias para el manejo de estos niños en el aula de clases.

Para concluir se describirán las consideraciones finales.

Resumen.

El presente trabajo, se aborda el tema del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA-H); el origen de la enfermedad, el perfil de los niños con este padecimiento, la sintomatología, y los niños de 5 años que presentan este trastorno, así como el rol de los maestros y padres en la detección de la enfermedad. Así como el desarrollo psicológico de los niños, ya que se consideró pertinente realizar una revisión de las etapas de desarrollo por la que pasan todos los niños, porque así los maestros tendrán un parámetro más específico de detección, cuando se enfrente a estos casos. Finalmente se realizó una propuesta, por medio de la cual se pretende que los maestros preescolares detecten y manejar a niños que presenten el Déficit de atención con hiperactividad (TDA-H), en el aula de clases.

Capítulo 1. Características del niño preescolar.

En este capítulo se hablará de las características el desarrollo Psicológico en las diferentes etapas cognitivo, motor, por las que pasan todos los niños preescolares, se considera fundamental que se describa claramente, así se puede tener un parámetro más preciso para detectar niños con TDA-H, dentro del aula de clases.

Entre los 3 y 5 años los niños cambian de la edad de los primeros pasos a la niñez temprana esta se denomina la etapa preescolar o edad del juego (Papalía, 1992).

A partir de los 3 años ya no es un bebé sino un niño aventurero que se mueve de un lado a otro, siente que su casa es el mundo y se encuentra ansioso por explorar todas sus capacidades en desarrollo de cuerpo y su mente, su crecimiento y el cambio en esta etapa son menos rápido pero continúan vinculados el desarrollo físico, cognitivo, emocional y social. Sus cuerpos se ven más delgados, sus habilidades motoras y mentales se agudizan y su personalidad y relaciones interpersonales se vuelven más complejas (Papalía, 1992; Maier, 1980; Aguilar, 2003; Carpentil, 2002).

El niño en esta etapa preescolar ha adquirido muchas destrezas que le permite desempeñar un papel más activo en su relación con el ambiente, se desplaza libremente y muestra gran curiosidad por el mundo que lo rodea y lo explora con entusiasmo es autosuficiente y busca ser independiente.

Según Papalía las características principales en esta etapa son:

- Dominio de habilidades neuromuscular.
- Inicio de la socialización.
- Logro de la autonomía temprana.
- Inicio de la tipificación sexual.
- Desarrollo del sentimiento de iniciativa.

En la etapa preescolar es muy representativa la evolución que va adquiriendo el niño en su lenguaje que se manifiesta de manera individualista (es mío, dame, yo soy) esto les permite formar su propia visión del mundo, a menudo sorprendiendo

a sus padres y la gente que los rodea. En esta etapa va desarrollando su capacidad para utilizar símbolos en pensamientos y acciones, y comienza a manejar conceptos como: tiempo, espacio relación y clasificación, aspectos que van demostrando su desarrollo cognitivo (Papalía, 1992; Maier,1980).

1.1. Desarrollo Psicológico en la edad preescolar.

Para poder educar a los niños necesitamos conocer cuáles son las etapas por las que pasan durante su desarrollo hasta que llegan a ser adultos. Hablar de desarrollo psicológico es hablar de: desarrollo cognitivo, afectivo, sexual y social para centrar los aspectos más indicativos de una edad específica. Las etapas del desarrollo del niño se han diferenciado de la siguiente manera, de 0-2 años, se considera la primera infancia, de los 2-5 años, se considera la segunda infancia, 5-11 años estamos hablando de la tercera infancia. Estas etapas son indicativas y muchas veces las características de una se relaciona con las de otra, en cada una de estas etapas es relevante hablar del papel que juegan los padres y maestros como el punto clave que facilita el crecimiento de sus hijos y alumnos y ayudan a desarrollar su propio potencial (Brusa y Bonet, 2010).

Como ya se habló el desarrollo psicológico del niño se ha catalogado por procesos, en los cuales el niño va desarrollando capacidades según la edad en la que se encuentre.

En esta parte se considera la primera infancia (etapa preescolar) que es la que concierne al tema tratado, porque es aquella en donde la detección temprana puede ayudar de forma más significativa a los niños que presentan TDA-H.

Etapas preescolar

El mundo de los niños en la etapa preescolar se amplía y comienza a crecer alrededor de estos, la libertad que éste ha adquirido con el movimiento de su cuerpo, es característico de esta etapa él cual le permite al niño explorar todo lo que le rodea de una forma más autónoma. El niño domina muchas palabras y manifiesta su constante curiosidad para conocer los nombres de los objetos, como funcionan y el ¿por qué? de las cosas (es la edad de las preguntas), muchas veces los padres se sienten agotados frente a estas manifestaciones de curiosidad

por parte de los niños, en ocasiones no saben contestar o están cansados de justificar todo lo que dicen o piden al niño que haga. En ocasiones los padres emplean su autoridad sin ninguna razón, lo más recomendable sería argumentar nuestras respuestas de forma sencilla y comprensible pero empleando la lógica, para que ante esta situación el niño se sienta satisfecho de la respuesta y sobre todo aprenda a dialogar (Hernández, 2006)

El niño preescolar ha llegado a una etapa donde toma en cuenta a los demás como “otras personas”, esto significa que toma conciencia de su propia individualidad y de su diferencia con respecto a los demás sean niños o adultos, el “quiero” y sobre todo el “no quiero, son las palabras que más se escuchan en la escuela y en casa, estas frases no tienen el sentido de provocar, ni de llevar la contraria. Los niños preescolares necesitan decir no para ver que pueden decir no, que pueden tener una voluntad independiente esa necesidad de definir el poder del “yo”, además de expresar sus deseos, el niño marca lo que es su propiedad con el adjetivo posesivo “mío, aún cuando esto no corresponde a la realidad y probablemente ese objeto del que quiere apoderarse sea de su hermano o compañero, esto no significa que sea egoísta o que tenga mal genio, el niño está entrenando sus fuerzas para ver la capacidad que tiene de modificar en entorno según sus gustos (Brusa y Luna, 2010).

Esto significa que el niño no tiene límites y se maneja sin control, es aquí en donde el papel de los padres y maestros es muy importante, ya que son ellos los que marcan esos límites a su voluntad, por esta razón, cuando aparecen las rabietas es fundamental que el adulto tenga clara la respuesta que quiere dar a su hijo o alumno (firmeza no quiere decir autoritarismo), los padres y los maestros pueden decir que no, con tono seguro y tranquilo aún cuando el niño se tire al suelo llorando como un desesperado (normalmente en un lugar público como en el supermercado o en la calle, y también en casa cuando hay visitas, en la escuela o en juego), intentando por todos los medios que los padres y maestros cedan a su voluntad y le den lo que quiere, si los padres y maestros quieren eliminar esta conducta lo más aceptable es que sea ignorada completamente, de esta manera el niño entenderá que “no” es esta la forma de pedir algo, y de esta manera no

estaremos reforzando esta conducta negativa. Es fundamental que los padres y los maestros tengan claros los límites, que no sea el niño que los regule, ya que estos son necesarios para su buen y normal desarrollo (Brusa y Luna, 2010).

Para Brusa y Luna (2010) el desarrollo emocional del niño es más significativa, se relaciona con los hermanos y otras personas (amigos del colegio), ampliando su circuito afectivo primario. Si el niño tiene hermanos y son casi de su edad pueden ser buenos compañeros y amigos de juego, y su creatividad se dispara ya que todo puede convertirse en lo que el niño quiera una silla puede ser un caballo, una niña con un pañuelo en la cabeza puede ser la abuela, la actividad fantástica que el niño realiza por medio de la imaginación puede apoyarse con la lectura de cuentos antes de dormirse contribuyendo al desarrollo del pensamiento.

Existe una tendencia de los niños a contar historias, esto está muy relacionado con este placer de inventar un cuento, y no tiene la intención de engañar o mentir a los padres, a veces confunden la “realidad con la “fantasía”.

En esta etapa se considera al niño egocéntrico es decir se cree el centro del mundo, de esta forma la realidad es como él la percibe o como a veces se la inventa. Todavía no es capaz de ponerse en el lugar de los otros niños esta perspectiva se adquiere progresivamente durante el proceso de maduración cognitiva. La escuela es un ambiente que facilita la socialización con otros niños de la misma edad, nuevas figuras de adultos significativos coordinan la convivencia de todos los niños según reglas comunes, y éstos aprenden las primeras normas sociales.

1.2. Desarrollo cognitivo.

La teoría Piagetiana explica esencialmente, el desarrollo cognitivo del niño haciendo énfasis en la formación de estructuras mentales.

Etapas cognitivas:

La teoría de Piaget describe los estadios de desarrollo cognitivo desde la infancia a la adolescencia: cómo las estructuras psicológicas se desarrollan a partir de los reflejos innatos, se organizan durante la infancia en esquemas de conducta, se internalizan durante el segundo año de vida como modelos de pensamiento, y se

desarrollan durante la infancia y la adolescencia en complejas estructuras intelectuales que caracterizan la vida adulta. Piaget divide el desarrollo cognitivo cuatro periodos (Santamaría y Quintana, 2010).

PERÍODO	ESTADIO	EDAD
<p>Etapa Sensoriomotora</p> <p>La conducta del niño es esencialmente motora, no hay representación interna de los acontecimientos externos, ni piensa mediante conceptos.</p>	<p>a. Estadio de los mecanismos reflejos congénitos.</p> <p>b. Estadio de las reacciones circulares primarias</p> <p>c. Estadio de las reacciones circulares secundarias</p> <p>d. Estadio de la coordinación de los esquemas de conducta previos.</p> <p>e. Estadio de los nuevos descubrimientos por experimentación.</p> <p>f. Estadio de las nuevas representaciones mentales.</p>	<p>0 – 1 mes</p> <p>1 – 4 meses</p> <p>4 – 8 meses</p> <p>8 – 12 meses</p> <p>12 - 18 meses</p> <p>18 - 24 meses</p>
<p>Etapa Pre operacional</p> <p>Es la etapa del pensamiento y la del lenguaje que gradúa su capacidad de pensar simbólicamente, imita objetos de conducta, juegos simbólicos, dibujos, imágenes mentales y el desarrollo del lenguaje hablado.</p>	<p>a. Estadio pre conceptual.</p> <p>b. Estadio intuitivo.</p>	<p>2 - 4 años</p> <p>4 - 7 años</p>
<p>Etapa de las Operaciones Concretas</p>	<p>Los procesos de razonamiento se vuelen lógicos y pueden aplicarse a problemas concreto o reales. En el aspecto social, el niño ahora se convierte en un ser verdaderamente social y en esta etapa aparecen los esquemas lógicos de seriación, ordenamiento mental de conjuntos y clasificación de los conceptos de casualidad, espacio, tiempo y velocidad.</p>	<p>7 - 11 años</p>
<p>Etapa de las Operaciones Formales</p>	<p>En esta etapa el adolescente logra la abstracción sobre conocimientos concretos observados que le permiten emplear el razonamiento lógico inductivo y deductivo. Desarrolla sentimientos idealistas y se logra formación continua de la personalidad, hay un mayor desarrollo de los conceptos morales.</p>	<p>11 años en adelante</p>

Tipos de Conocimiento.

Piaget reconoce tres tipos de conocimiento que el sujeto puede poseer, éstos son los siguientes: físico, lógico-matemático y social.

Para Piaget el conocimiento físico es el que pertenece a los objetos del mundo natural; se refiere básicamente al que está incorporado por abstracción empírica, en los objetos. La fuente de este razonamiento está en los objetos (por ejemplo la dureza de un cuerpo, el peso, la rugosidad, el sonido que produce, el sabor, la longitud, etcétera). Este conocimiento es el que adquiere el niño a través de la manipulación de los objetos que le rodean y que forman parte de su interacción con el medio. Ejemplo de ello, es cuando el niño manipula los objetos que se encuentran en el aula y los diferencia por textura, color, peso (http://www.bibliodgsca.unam.mx/tesis/tes/15marg/sec_1.htm).

El conocimiento físico es el tipo de conocimiento en el que Piaget ha referido a los objetos, las personas, el ambiente que rodea al niño, tiene su origen en lo externo. En otras palabras, la fuente del conocimiento físico son los objetos del mundo externo, ejemplo: una pelota, el carro, el tren, el tetero (Santamaría y Quintana, 2010).

Estos autores, Santamaría y Quintana (2010), mencionan que el razonamiento lógico-matemático que planteó Piaget es el que no existe por sí mismo en la realidad (en los objetos). La raíz de este razonamiento está en el sujeto y éste la construye por abstracción reflexiva. El ejemplo más típico es el número, si nosotros vemos tres objetos frente a nosotros en ningún lado vemos el "tres", éste es más bien producto de una abstracción de las coordinaciones de acciones que el sujeto ha realizado, cuando se ha enfrentado a situaciones donde se encuentren tres objetos.

El conocimiento lógico-matemático es el que construye el niño al relacionar las experiencias obtenidas en la manipulación de los objetos. Por ejemplo, el niño diferencia entre un objeto de textura áspera con uno de textura lisa y establece que son diferentes.

Las operaciones lógico matemáticas, antes de ser intelectual, requiere en el preescolar la construcción de estructuras internas y del manejo de ciertas nociones que son, ante todo, producto de la acción y relación del niño con objetos y sujetos y que a partir de una reflexión le permiten adquirir las nociones fundamentales de clasificación, seriación y la noción de número.

El adulto que acompaña al niño en su proceso de aprendizaje debe planificar didáctica de procesos que le permitan interactuar con objetos reales, que sean su realidad: personas, juguetes, ropa, animales, plantas.

Finalmente hay que señalar que, de acuerdo con Piaget, el razonamiento lógico-matemático no puede ser enseñado.

Se puede concluir que a medida que el niño tiene contacto con los objetos del medio (conocimiento físico) y comparte sus experiencias con otras personas (conocimiento social), mejor será la estructuración del conocimiento lógico-matemático.

CÓMO SE LOGRA EL DESARROLLO COGNITIVO.

De forma general se puede decir que el desarrollo cognitivo ocurre con la reorganización de las estructuras cognitivas como consecuencia de procesos adaptativos al medio, a partir de la asimilación de experiencias y acomodación de las mismas de acuerdo con el equipaje previo de las estructuras cognitivas de los aprendices. Si la experiencia física o social entra en conflicto con los conocimientos previos, las estructuras cognitivas se reacomodan para incorporar la nueva experiencia y es lo que se considera como aprendizaje. El contenido del aprendizaje se organiza en esquemas de conocimiento que presentan diferentes niveles de complejidad. La experiencia escolar, por tanto, debe promover el conflicto cognitivo en el aprendiz mediante diferentes actividades tales como las preguntas desafiantes de su saber previo, las situaciones desestabilizadoras, las propuestas o proyectos retadores, etc.

En la base de este proceso se encuentran dos funciones denominadas asimilación y acomodación, que son básicas para la adaptación del organismo a su ambiente.

Esta adaptación se entiende como un esfuerzo cognoscitivo del individuo para encontrar un equilibrio entre él mismo y su ambiente.

Mediante la asimilación el organismo incorpora información al interior de las estructuras cognitivas a fin de ajustar mejor el conocimiento previo que posee. Es decir, el individuo adapta el ambiente a sí mismo y lo utiliza según lo concibe. La segunda parte de la adaptación que se denomina acomodación, como ajuste del organismo a las circunstancias exigentes, es un comportamiento inteligente que necesita incorporar la experiencia de las acciones para lograr su cabal desarrollo.

Estos mecanismos de asimilación y acomodación conforman unidades de estructuras cognoscitivas que Piaget denomina esquemas. Estos esquemas son representaciones interiorizadas de cierta clase de acciones o ejecuciones, como cuando se realiza algo mentalmente sin realizar la acción. Puede decirse que el esquema constituye un plan cognoscitivo que establece la secuencia de pasos que conducen a la solución de un problema. (Piaget, citado en Santamaría y Quintana, 2010).

Para Piaget el desarrollo cognitivo se desarrolla de dos formas: la primera, la más amplia, corresponde al propio desarrollo cognitivo, como un proceso adaptativo de asimilación y acomodación, el cual incluye maduración biológica, experiencia, transmisión social y equilibrio cognitivo. La segunda forma de desarrollo cognitivo se limita a la adquisición de nuevas respuestas para situaciones específicas o a la adquisición de nuevas estructuras para determinadas operaciones mentales específicas (Piaget citado en Santamaría y Quintana, 2010).

En el caso del aula de clases, Piaget considera que los factores motivacionales de la situación del desarrollo cognitivo son inherentes al estudiante y no son, por lo tanto, manipulables directamente por el profesor. La motivación del estudiante se deriva de la existencia de un desequilibrio conceptual y de la necesidad del estudiante de restablecer su equilibrio. La enseñanza debe ser planeada para permitir que el estudiante manipule los objetos de su ambiente, transformándolos, encontrándoles sentido, disociándolos, introduciéndoles variaciones en sus

diversos aspectos, hasta estar en condiciones de hacer inferencias lógicas y desarrollar nuevos esquemas y nuevas estructuras mentales.

El desarrollo cognitivo, ocurre a partir de la reestructuración de las estructuras cognitivas internas del aprendiz, de sus esquemas y estructuras mentales, de tal forma que al final de un proceso de aprendizaje deben aparecer nuevos esquemas y estructuras como una nueva forma de equilibrio (Santamaría y Quintana, 2010).

A continuación se describen diversas actividades cognitivas que los niños deben cubrir en el transcurso de la etapa preescolar (Hernández, 2006).

- Escoger Recursos (Observar).
- Explorar y conocer el ambiente o los objetos del mismo, identificar personas que lo rodean, o materiales por sus etiquetas (Comunicar).
- Conversar acerca del uso de los objetos con los que desea trabajar (Clasificar).
- Pensar y comunicar lo que desea hacer.
- Realizar dibujos de los objetos que están a su alrededor.
- Explorar con todos los sentidos, permitirle que se plantee preguntas, buscando nuevas respuestas.
- Interesarse por los hechos y fenómenos que ocurren a su alrededor.
- Reconocer características en los objetos tomando en cuenta color, tamaño, peso, temperatura, formas y texturas.
- Reconocer semejanzas y diferencias en diversos materiales (Comparar).
- Reconstruir uniendo partes para formar un todo.
- Clasificar objetos.
- Seriar por ensayo y error.
- Comparar cantidades, muchos, pocos.
- Establecer correspondencias uno a uno.
- Reconocer y corresponder numerales.
- Ordenar y establecer relaciones.
- Agrupar, clasificar libros o cualquier otro material escrito.
- Relatar situaciones de los personajes.

- Comentar situaciones ya vividas en relación con los relatos, sucesos escritos.
- Anticipar escenas durante los relatos.
- Identificar acciones pasadas, presentes y futuras en los cuentos o acciones reales.
- Utilizar nociones temporales tales como: primero, luego, al final, antes, después, ayer, hoy, mañana.
- Comentar sobre las palabras escritas en los cuentos o cualquier otro material impreso.
- Descifrar lo que sucede en los relatos a través de la interpretación de fotografías con lugares, personajes, animales o cosas reales.

1.3. Desarrollo motor.

Muchos científicos (Crathy, 1979; Piaget, 1979 y Wallon, Lewin 1972) se han preocupado por estudiar la conducta del niño (motriz, cognitivo, afectivo-social) en los diferentes estadios de su desarrollo (González, 2003). Para conocer que características manifiesta en cada etapa de desarrollo del niño(a) cual es la causa de por qué en un grupo de edades similares se comportan de una forma u otra.

En este texto se hablará del desarrollo motor de los niños, y lo relevante del trabajo del profesor en el conocimiento de los procesos de sus alumnos, todo educador debe nutrirse de información necesaria sobre la evolución del niño sobre el proceso de enseñanza para poder apoyar más el proceso de aprendizaje de estos. Un programa educativo bien estructurado en la etapa temprana puede contribuir de manera notable al desarrollo del niño.

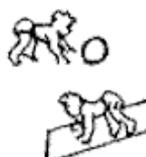
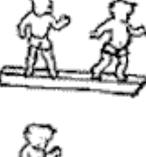
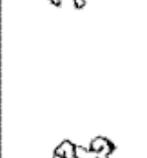
A continuación se realizará una descripción de los logros motores que presentan los niños dependiendo de la edad en que se encuentra:

- 1 a 2 años –Al finalizar los 2 años los niños (as) logran: caminar sobre tablas y líneas dibujadas en el piso, lanzar la pelota y otro objeto pequeño con una mano, trepar obstáculos horizontales a pequeña altura del piso.
- 2 a 3 años- Al finalizar los 3 años los niños (as) logran: Desplazarse por diferentes planos (piso, tablas, bancos anchos) apoyando las manos y los pies,

saltar en el piso con ambos pies, caminar por planos anchos a pequeña altura del piso.

- 3 a 4 años- Al finalizar los 4 años los niños (as) logran: correr con combinaciones (caminar y correr, correr y saltar) caminar por planos estrechos a pequeña altura del piso, lanzar y rodar objetos de diferentes formas, saltar desde obstáculos a pequeña altura del piso.
- 4 a 5 años- Al finalizar los 5 años los niños (as) logran: caminar, correr y saltar en diferentes direcciones, lanzar rodar y golpear pelotas de forma combinada, escalar una escala con movimientos coordinados de brazos y piernas, saltar con diferentes combinaciones, lanzar y atrapar la pelota después del rebote (González, 2003).

A continuación se muestran imágenes de lo mencionado anteriormente

1-2 AÑOS	2-3 AÑOS	3-4 AÑOS	4-5 AÑOS	5-6 AÑOS
				
				
				
				
				

Como se puede observar en las láminas expuestas el grupo final de la etapa preescolar (5 a 6 años) se denotan menos logros motores, siendo esta edad superior en alcance de desarrollo como una lógica de la ontogénesis. Lo que ocurre es que los movimientos referidos, aunque se vienen realizando incluso desde la etapa de la lactancia, como es el caso de la reptación, es precisamente en el 5to año de la vida del niño(a) que los movimientos que se destacan como logros (dentro de ellos la reptación) se realizan con mejor coordinación, sin pausas, mayor orientación, dentro de otras capacidades manifiestas. En este grupo de edad se observa una gran explosión en el desarrollo de las capacidades motrices, manifiesta en las habilidades motrices básicas ejecutadas con mayor calidad, ejemplo: el niño lanza más lejos, corre más rápido y demuestra mayor coordinación, equilibrio, ritmo y orientación, en la ejecución de los movimientos (González, 2003).

Según el autor la coordinación, se manifiestan al saltar, caminar, y correr combinadamente: lateralmente, hacia atrás, hacia arriba, abajo. Mantienen muy bien el equilibrio al caminar por vigas y muros de diferentes formas. También trepan y escalan una mayor distancia y con buena coordinación. Son capaces de combinar acciones más complejas como lanzar, rebotar y atrapar la pelota, rodar aros por el piso y pequeñas pelotas por planos estrechos. El atrape de la pelota lo realizan con ambas manos sin requerir el apoyo del pecho como sucedía en el grupo de edad anterior. Son capaces de percibir el espacio al saltar una cuerda o lanzar una pelota (González, 2003).

También se orientan mejor al lanzar a un objeto a distancia y les gusta correr para pasar saltando un obstáculo a pequeña altura. Realizan saltos de longitud cayendo con alguna flexión de las piernas y buena estabilidad corporal. Saltan con un pie y con los dos y ejecutan saltillos laterales y hacia atrás. Realizan la reptación (arrastrarse) con movimientos coordinados de brazos y piernas no sólo por el piso, sino también por arriba de bancos.

Muchos movimientos que el niño(a) realiza no se consideran logros hasta que no están bien consolidados en cuanto a su ejecución, otro ejemplo, el escalamiento de la escalera puede que se ejecute mucho antes de los 4 años, pero las observaciones realizadas a grandes grupos de niños(as) de estas edades nos confirman que no es hasta finalizando los 5 años que esta habilidad se realiza con movimientos coordinados de brazos y piernas (alternancia de los miembros superiores e inferiores, sin pausas). Lógicamente nos estamos refiriendo a niño(as) con desarrollo normal y en condiciones de estimulación adecuada.

Para González (2003) muchos niños(as) alcanzan el logro motor más avanzada la edad, lo que no es motivo de preocupación, como ya ha sido expresado. Si el avance de la edad es notable con relación a determinados logros que no se han alcanzado, deben analizarse las causas que están determinando el retraso en el desarrollo, pues estas pueden tener un origen genético, si de lo contrario, estamos en presencia de un niño(a) sin alteraciones en su desarrollo, el motivo del retraso motor puede ser de origen educativo, o sea la falta de estimulación.

Para comprender esto se debe realizar una reflexión acerca del significado de la educación (estimulación) y su influencia en el desarrollo.

El desarrollo es un complejo procesos que están constituidos por crisis, momentos en los que se producen saltos cualitativos donde se modifica toda la estructura de las funciones, sus interrelaciones y vínculos (Vigotsky, 1978).

El desarrollo del ser humano ocurre en el proceso de enseñanza y educación cuya concepción tiene en cuenta que estos procesos no han de basarse en el desarrollo ya alcanzado por el niño(a), sino que teniéndolo en cuenta, se proyecta hacia lo que el sujeto debe lograr en el futuro, como producto de ese mismo proyecto, es decir considerando la zona de posible desarrollo próximo.

La zona de desarrollo próximo, planteada por Vigotsky, (1978) ayuda a presentar una nueva fórmula para la teoría y práctica pedagógica: el buen aprendizaje es solo aquel que precede al desarrollo.

Se considera que a pesar del vínculo entre educación y desarrollo ninguno de los dos se realiza en alguna medida, de forma paralela, existen relaciones dinámicas muy complejas entre estos dos procesos, por esto cada actividad específica, sigue el curso del desarrollo, el que varía de acuerdo con los estadios de la vida y por las peculiaridades individuales.

Afirma la Dra. Josefina López Hurtado, destacada pedagoga cubana, estudiosa de las ideas de Vigotsky, (1978) que las dos líneas del desarrollo humano: la evolución biológica y el desarrollo histórico se unen en la ontogénesis formando un proceso único y complejo. Ambos procesos penetran uno del otro y configuran en esencia un proceso integrado de carácter biológico social: la formación de la personalidad.

El desarrollo integral de la personalidad del niño se cimienta en el hogar y se consolida en la escuela, a esta le corresponde orientar el proceso de forma que se desarrollen todas las potencialidades del niño(a) para la vida y para su futuro ingreso a la escuela. La adaptación del niño(a) a la vida escolar depende en gran medida del desarrollo alcanzado en la etapa preescolar.

Como ya se ha expresado, desde las edades tempranas, junto con el desarrollo de los movimientos y las acciones, se desarrolla el lenguaje. Gracias a los desplazamientos y manipulaciones con los objetos, el niño(a) va adquiriendo vivencias que le permiten conocer el mundo que les rodea, todo lo cual posibilita el desarrollo intelectual y en consecuencia pasar del lenguaje pasivo al activo.

En todo el proceso anterior el adulto desempeña un papel fundamental, pues es quien facilita al infante las posibilidades de movimiento y de contacto con el medio, le trasmite experiencias y le brinda el afecto que tanto necesita para lograr la disposición y el estado emocional favorable que permita la asimilación de los conocimientos (Vigotsky, 1978 citado en González, 2003).

Las diversas experiencias que el niño (a) logra lo va asimilando en el transcurso de la etapa preescolar se enriquecen cuando se comunica cada vez con más

personas (las del medio familiar, la de los niños y niñas de su misma edad). En la medida que el pequeño(a) se integra al grupo adquiere nuevas experiencias pues la comunicación que se establece mediante el juego los enfrenta a diversas y variadas situaciones. Cuando se les brinda un espacio para jugar y se le ofrecen diferentes entornos que le faciliten los más variados movimientos.

Sólo cuando se logra garantizar lo anterior, estaremos en mejor disposición de brindar a nuestros niños(as) el apoyo, la ayuda y la estimulación necesaria, para que alcancen cada vez, nuevos logros en su desarrollo, que le garanticen ante todo una infancia saludable y feliz (González, 2003).

Una vez revisado el desarrollo del niño y sus características en las etapas de desarrollo, motor, social, cognitivo. En el siguiente capítulo se hablará del Déficit de atención con hiperactividad (TDA-H), el cual es el punto angular de este trabajo.

Capítulo 2. Déficit de atención con hiperactividad (TDA-H).

“En todo momento tengo que estar controlándome para poder estar quieto y atento. Normalmente, cuando hago actividades que me gustan estoy incómodo, nunca encuentro la postura correcta con la que hacer el trabajo o lo que sea. En cambio, con lo que no me gusta empiezo a distraerme mentalmente, es decir, que empiezo a inventarme una historia o me duermo despierto y, cuando me doy cuenta de que estoy embobado, me vuelvo a poner a trabajar

Me cuesta mucho terminar el trabajo, estar quieto, no me gusta estar todo el rato haciendo la misma cosa. Por ejemplo, en el ordenador, cuando estoy jugando, voy cambiando de juego bastantes veces. Pero si el juego es todo el rato lo mismo no me gusta, y si va cambiando de pantalla o de personajes y de otras cosas, sí.

Muchas veces me siento diferente a los demás porque los demás pueden abrir un libro y ponerse a estudiar en cambio yo, no.”

Roberto, un niño de 11 años con TDA-H.

(Testimonio)

En este capítulo se hablará del TDA-H, origen, perfil, sintomatología de los niños preescolares que la padecen, como específicamente de niños de 5 años con dicho trastorno, ya que para detectar el TDA-H, en el aula de clases los profesores deben tener conocimientos del trastorno y tener herramientas en la detección temprana del padecimiento, para detectar niños que presenten la enfermedad en el aula de clases.

El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA-H) no es un trastorno nuevo, de hecho, es un padecimiento de hace 100 años. El escritor Marck Twain, se inspiró en un niño hiperactivo para crear el personaje de Tom Sawyer; la escritora Ricmal Cromptón creó a Guillermo el travieso.

El TDA-H es un problema realmente serio para el niño que lo sufre y para las personas que conviven en su entorno social sobre todo los padres y los profesores, ya que las implicaciones que conlleva en el funcionamiento cognitivo y social del niño son importantes, además que la asociación que se establece con la conducta antisocial hacen de este padecimiento (TDA-H) un problema a nivel social, familiar y escolar (Casa y Fernández ,2001).

En la actualidad este padecimiento (TDA-H) no está siendo diagnosticado tempranamente debido a la falta de preparación de padres y profesores para llevar a cabo una detección oportuna.

Los profesores y los padres de los niños con TDA-H saben de los problemas que generan en clase y en el hogar. No podemos esperar que los niños maduren o crezcan para que toda ésta sintomatología mejore, ya que está es una enfermedad de origen neuroconductual (Ávila, 2002) como se ha marcado, no tiene nada que ver con la alimentación con factores ambientales o por exposición a la televisores o formas de educación como se ha difundido, esto va más allá de factores ambientales. Por lo que se puede presuponer, que cuando no se lleva a cabo un programa de tratamiento preventivo y eficaz dirigido a estos niños se añaden problemas en el aula de clases, en la familia y se incrementa el sufrimiento que sienten los padres y los niños por el rechazo de sus compañeros profesores y hasta de sus mismos padres. Ésta es la razón básica por la que, en los últimos años, el TDA-H ha dejado de ser un problema médico para convertirse en un problema educativo de gran relevancia (Casa y Amado 2001).

2.5. ¿Qué es el TDA-H.?

Es un patrón persistente de síntomas de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en niños con un grado de desarrollo similar (APA, 1994). Es el problema de conducta más habitual en niños de edad escolar y representa uno de los motivos de consulta Psicológica y Psicopedagógica más frecuente. Afecta a un porcentaje de niños que oscila entre el 3 y el 5% y se da más en niños que en niñas en una proporción de 3 a 1 (Valdizán 2007). El TDA-H es un Síndrome complejo con características sintomatológicas amplias y variadas: labilidad atencional, impulsividad, hiperactividad, psicomotricidad torpe y fragilidad en los mecanismos adaptativos al entorno son las principales manifestaciones sintomáticas del cuadro (Narbona, 1997). Por tal motivo su diagnóstico también resulta complejo.

En el Sistema de Clasificación Internacional de los Trastornos mentales (ICD-10), EL TDA-H, denominado Trastorno de la actividad y la atención, queda

comprendido dentro del grupo de los trastornos del comportamiento y de las emociones, da comienzo en la infancia y la adolescencia, se le clasifica en el subgrupo de trastornos hipercinéticos que contempla entidades diagnósticas diferenciadas : el trastorno de la actividad de la atención, el trastorno hipercinético disocial, otros trastornos hipercinéticos y el trastorno hipercinético no especificado (Scandar 2000).

Por su parte el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-1V) incluye el trastorno por déficit de atención con hiperactividad dentro de los trastornos de inicio en la infancia y adolescencia concretamente en el grupo de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, junto con el trastorno disocial y el trastorno desafiante.

Es definitivo que los cambios realizados en los términos sobre el déficit de atención con hiperactividad (TDA-H) indican que los síntomas centrales del padecimiento no han sufrido modificaciones. Como ya se describió en líneas anteriores, en la actualidad tanto el ICD-10 como el DSM-1V siguen destacando como síntomas esenciales del trastorno las dificultades en la atención, la impulsividad y la sobreactividad.

2.5. Factores de origen.

La hiperactividad es un padecimiento muy frecuente entre la comunidad infantil el cual es un trastorno de conducta de origen neurológico. Se calcula que afecta aproximadamente un 3% de los niños menores de 7 años y es más común en niños que en niñas (existen 3 niños por cada 1 niña) (Ávila, 2002).

Se han realizado diferentes estudios e investigaciones en relación al tema para poder encontrar el origen de la misma y así poder realizar una detección precoz y un tratamiento que pueda apoyar tanto a padres como maestros para brindarles a los niños que la padecen una mejor calidad de vida.

A continuación se mencionará por orden cronológico los avances en los estudios e investigaciones para encontrar elementos que permitan entender el origen del TDA-H.

En el año 1902 el Pediatra británico George Still publicó un estudio en el cual, los niños que participaron presentaban la misma sintomatología, atención dispersa, actividad motora excesiva, problemas con sus compañeros, desafíos, desobediencia. Él mencionaba que dicho padecimiento se podría tratar debido a lesión cerebral. Pero en 1914 el Doc. Tredgold argumentaba que dicha afección podría ser causado por una disfunción cerebral mínima, por una encefalitis letárgica en la cual queda afectada el área del comportamiento de ahí la consecuente hipercinesia compensatoria.

En 1918 fue descrito por primera vez este padecimiento que lo denominaban Síndrome, ya que los niños que describían presentaban una serie repetitiva de síntomas.

En 1922, Hohman describió un síndrome de hiperactividad aunado a un comportamiento impulsivo y agresividad, y que se asociaba con problemas de aprendizaje y con fallas en la coordinación motora en los niños que habían padecido encefalitis de Von Economo (Gratch, 2003).

Los síntomas de hiperactividad en estos niños eran similares con el parkinismo que se observaba en los adultos que habrían padecido encefalitis letárgica de Von Economo. Otros investigadores indicaron un comportamiento semejante en niños que habían sufrido traumatismo craneoencefálico.

En 1934 Kahn y Cohen propusieron que la hiperactividad y la conducta impulsiva acompañadas de agresividad, se debían a factores orgánicos localizables en el tallo cerebral.

En el año 1937, Bradley descubrió los efectos terapéuticos de las anfetaminas en los niños hiperactivos, aun cuando no había evidencia de daño cerebral.

Diez años después, Straussy Lehtinen concluyeron que si los traumatismos craneoencefálicos y las secuelas pos encefálicas podían producir manifestaciones de hiperactividad, problemas de atención y de impulsividad, entonces todo niño que presentará esta sintomatología debería tener algún tipo de daño cerebral "Mínimo", este planteamiento tuvo gran éxito en el periodo comprendido entre 1950 y 1960.

Laufer y Denhoff , en el año de 1957, desarrollaron un modelo que explicaba la hiperactividad como un defecto neurológico que se caracterizaba por permitir la llegada a la corteza motora de una cantidad excesiva de estímulos periféricos y por la incapacidad para manejarlos. El gran éxito de este planteamiento favoreció que ese trastorno se le denominara Síndrome del niño hiperactivo, reacción hiperquinética de la niñez.

A pesar de los avances que mostraban los niños cuando tomaban anfetaminas para la disminución de la sintomatología que presentaban, no fue posible confirmar la presencia de daño cerebral en los niños a los que se diagnosticó este problema.

En los años 70, Douglas (1972), junto con otros investigadores, colocó el acento en las deficiencias de atención como rasgo característico del problema.

En 1968 la Asociación Psiquiátrica Americana codificó en su nomenclatura oficial la hiperactividad como Síndrome de la infancia. La segunda edición del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM II) empleó la expresión hiperquinética de la infancia para describir un desorden caracterizado por la hiperactividad, la inquietud, la distracción y lapsos cortos de atención.

El DSM-II, y la Organización Mundial para la salud adoptó en su clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) el nombre de desorden hiperquinético.

En 1980 en la publicación del Manual de Diagnóstico y Estadística (DSM III) de la asociación Americana de Psiquiatría se define por primera vez, a este síndrome como trastorno por Déficit de Atención, señalando que las características más importantes son distraerse fácilmente con imágenes y sonidos irrelevantes, falta de atención a detalles y descuidos, no seguir instrucciones con cuidado y por completo, perder y olvidarse de cosas, tales como juguetes, libros, herramientas que se necesitan para una tarea (Filomeno, 2009).

En 1987 la revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R), y la subsecuente edición del DSM-IV, en 1994 establecieron un vínculo entre el Déficit de atención y la hiperactividad, conformando así el Síndrome conductual llamado Trastorno por Déficit de atención con hiperactividad (TDA-H).

En el DSM-III-R, la variante sin hiperactividad se quitó a la clasificación de trastorno por Déficit de atención no diferenciado, sin que se señalara subtipos específicos.

En 1994, con la publicación del DSM-IV volvieron a aparecer los subtipos: TDA-H subtipos predominantes con inatención y TDA-H subtipo predominante hiperactivo-impulsivo.

Las personas que padecían a la vez Déficit de atención e hiperactividad e impulsividad fueron clasificadas como combinados, y se denominan variantes residuales a lo que el trastorno persistió hasta la edad adulta (Elías 2005).

Clasificación del Trastorno de Déficit de atención e Hiperactividad.

En las primeras clasificaciones del trastorno, el cuadro adquirió el nombre de ADD (Attention déficit disorder), ADHD (Attention déficit hyperactivity disorder) y ADD-RT (Attention déficit disorder-residual/Trastorno por déficit de atención tipo residual (DSM III R), el cuadro se puede presentar en 3 formas posibles:

- Sin hiperactividad: presentan problemas de atención sin hiperactividad.
- Con hiperactividad: es el cuadro equivalente al antes llamado síndrome hiperquinético.
- ADD residual: se refiere a quienes padecieron ADD en la infancia y arrastran los problemas emocionales o psicológicos del ADD no tratado. Estos síntomas se manifiestan en la adolescencia y adultez y un requisito indispensable para ser considerado un ADD-ADHD residual es manifestar la sintomatología en la infancia.

En la cuarta edición del DSM IV Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales, la clasificación es la siguiente:

- a) Trastorno de bajo nivel de atención o hiperactividad, de tipo predominantemente distraído o inatento.
- b) Trastorno de bajo nivel de atención o hiperactividad de tipo predominantemente hiperactivo o impulsivo.

c) Trastorno de bajo nivel de atención o hiperactividad de tipo combinado.

El tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo (grupo b), junto con el tipo combinado (grupo c), conforman la gran mayoría de los casos de ADD-ADHD en los niños.

Una tercera parte de los casos se presenta con predominio de distracción o inatención y muestra pocos rasgos de hiperactividad grupo a (Gratch 2003).

Es importante marcar que cuando se iniciaron las primeras investigaciones no fue posible identificar lesiones macroscópicas en la gran mayoría de los niños que se les diagnosticó TDA-H con o sin hiperactividad.

Hasta este momento se ha hablado de los hallazgos encontrados a lo largo de los años. Ahora se describirán algunas conclusiones a las que han llegado las diversas investigaciones actuales partiendo de la experiencia del pasado.

Las investigaciones realizadas hasta el momento apuntan a una base biológica, partiendo de esto se destaca:

- **Factores hereditarios.** Los estudios que se han realizado muestran que entre el 20% y el 32% de los familiares en primer grado del niño, presentan el mismo trastorno.
- **Factores lesionales.** Son responsables sólo del 5% de los TDA-H y entre ellos se encuentran las infecciones del SNC, los traumatismos de cráneo, ciertas intoxicaciones (plomo).
- **Factores neurológicos.** Basados en 2 tipos de hallazgos inespecíficos. Entre los primeros podemos mencionar una mayor incidencia del problema dentro del embarazo y el parto, así como del desarrollo motor y alteraciones de pautas neurológicas leves, tales como lateralidad cruzada, coordinación y torpeza motora.

Entre los segundos se mencionarán.

- Bajos niveles de dopamina en LCR.
- Baja actividad metabólica en la corteza orbito frontal derecha.

- Alteraciones significativas, menor tamaño en la parte posterior del cuerpo calloso.

En la actualidad, aun existe mucha controversia sobre el TDA-H. por ejemplo, para el enfoque Psicosocial no existe un solo modelo explicativo del padecimiento que satisfaga todos los casos de TDA-H. Esto quiere decir que un caso particular puede ser causado por un factor distinto al que ha producido otro, o dentro de un mismo caso clínico haber diferentes factores desencadenantes en diferentes grados. El trastorno (TDA-H) debe conceptualizarse como la expresión final o la vía común de diversos factores de riesgo por ejemplo: factores ambientales y adquiridos, entre estos se asocia la hipoxia (privación de oxígeno) perinatal y neonatal, en el momento de nacer, infecciones intrauterinas, parasitarias, meningitis, encefalitis, deficiencia nutricional, traumatismo craneoencefálico y/o exposición a toxinas antes o después del parto. A este respecto se han efectuado estudios (Thompson 1989) en los que parece producirse una cierta correlación positiva entre la presencia de altos niveles de plomo en sangre y trastornos cognitivos y de conducta. Estos estudios no son concluyentes debido a que los niños que presentaban los altos niveles de plomo pertenecían a los entornos más desfavorecidos social y económicamente y por consiguiente con mayor posibilidad de presentar otros factores de riesgo no controlados.

Un factor de riesgo muy conocido es el llamado Síndrome alcohólico fetal que causa entre otras cosas, hiperactividad, impulsividad, desatención y anomalías físicas (síndrome que se presenta en mujeres que abusaron del alcohol durante el embarazo) (Banús 2010).

Otro factor a considerar son los factores alimenticios, la ingesta de aditivos alimentarios como colorantes conservantes potenciadores del sabor estos alimentos mencionados constituyen elementos añadidos a muchos productos alimentarios infantiles, dichos aditivos no constituyen la causa de TDA-H, salvo en determinados niños (pequeños) y con cierta hipersensibilidad hacia los mismos

(Banús 2010). Estudios efectuados con el azúcar van por el mismo sentido. En cuanto a las dietas, algunos estudios han intentado someter a prueba la hipótesis de que ciertas dietas pueden causar el trastorno. Hay dos vías de investigación, las llamadas dietas de inclusión y las de exclusión. Las primeras suponen que incluir ciertos elementos en la dieta del niño como vitaminas o hierro pudieran mejorar la sintomatología. Estas afirmaciones se basan en la sospecha de que ciertas carencias de estas sustancias podrían estar implicadas en la raíz del problema. Al respecto se señala que no existen conclusiones claras, aunque no se descarta cierta mejoría en niños con carencias específicas no puede establecerse de forma rigurosa una relación de causa-efecto en todos los casos. Respecto a las dietas de exclusión, el problema se ha planteado en sentido inverso, es decir intentar ver si el quitar ciertos alimentos o aditivos pudiera inducir una mejoría, se encuentra la creencia de que el niño puede tener una baja tolerancia o cierta hipersensibilidad hacia estos elementos y promover la exacerbación de los síntomas. Los alimentos que con mayor frecuencia empeorarían la conducta incluyen la leche de vaca, la harina de trigo, algunos colorantes alimentarios y los cítricos. No hay datos concluyentes y se necesitan más estudios al respecto antes de considerar eficaces o convenientes cualquiera de las dietas mencionadas.

Cada niño es un mundo y requerirá un estudio pormenorizado de los factores de riesgo. Otro de los factores que revisaremos son los genéticos, este aspecto es de gran relevancia en la explicación del trastorno (TDA-H). Estudios recientes han documentado la importancia de la transmisión genética del trastorno hiperactivo. Una de las causas apuntadas sería una alteración en el metabolismo de la dopamina, noradrenalina y probablemente la serotonina. Se trata de neurotransmisores del SNC (Sistema nervioso central) con importantes funciones reguladoras de emociones y conductas.

Otro factor que se considerara son los orgánicos, en el cual se han efectuado diversos estudios buscando el origen del trastorno (TDA-H) en alteraciones orgánicas. Una de las líneas de investigación actualmente vigente se centran en hipótesis bioquímicas de disfunción o desequilibrios en diferentes neurotransmisores. Actualmente se disponen de datos que señalan una

disminución de los niveles de dopamina en el líquido cefalorraquídeo. Recientemente también consideran a la norodrenalina y serotonina. Sin embargo no se puede establecer una relación causal entre las alteraciones bioquímicas y las conductas hiperactivas, estos desajustes en los neurotransmisores podrían indicar la presencia del TDA-H pero sin poder determinar si son causa o consecuencia del mismo.

Otras investigaciones señalan la implicación de los lóbulos frontales y el locus ceruleus (ambas zonas concretas del cerebro) y que están comprometidas en la regulación del lenguaje y en la función de procesos cognitivos superiores como el pensamiento), ha demostrado su importancia en la presencia del trastorno (TDA-H). Una atrofia cortical frontal se ha observado en muchos jóvenes y adultos con historia de TDA-H en la infancia.

Otros de los factores de relevancia son los factores sociales y familiares, la pobreza, una vivienda en malas condiciones, entorno precario o de pobreza, parecen influir en la génesis y perturbación del problema generando con mayor probabilidad un trastorno disocial en la etapa adulta.

Se ha encontrado que el TDA-H es más común en niños que pertenecen a familias caracterizadas por problemas conyugales, relaciones hostiles padre-hijo y una vida familiar desordenada. En general se puede afirmar que en algunos niños con TDA-H, aunque no en todos, un cuidado maternal anómalo, falta de atención y afectividad adecuada, es un factor de riesgo importante para desencadenar y/o mantener el problema.

A la conclusión a la que se puede llegar es que las actuales investigaciones no disponen de un factor clave como responsable único del TDA-H. Se sabe que probablemente en la génesis del problema se encuentra un cruce de diversos factores de riesgo que en mayor o menor grado van a generar la sintomatología. Es por eso que previo a la intervención psicológica se hace necesaria una evaluación a fondo de todos los factores de riesgo antes señalados (Banús 2010).

2.5. TDA-H en niños preescolares de 5 años en etapa escolar.

En este capítulo se hablará de las etapas y las características de los niños de 5 años que no presentan TDAH y los que se presupone manifiestan la sintomatología del TDA-H en etapa preescolar con el fin de apoyar la detección de forma más oportuna y con fundamentos más específicos y reales, ya que en ocasiones las características pueden confundirse con conductas propias de la edad.

Los niños de 5 a 6 años que no presentan TDA-H manifiestan un rápido aprendizaje se encuentran más maduros y pueden prestar atención por más tiempo así como seguir el hilo de una narración. Estos niños manifiestan una evolución considerable en el desarrollo del lenguaje y una imaginación creativa. Por tanto este es el momento ideal para fomentar el acercamiento a los libros y a la música, ya que los niños de esta edad muestran gran entusiasmo por las historias, las rimas y las adivinanzas. Su desarrollo motriz, mejora día con día. Son niños que les gusta dar saltos, correr pararse de manos, realizar maromas, bailar al compás de la música. La mayoría de los niños que no padecen TDA-H tienen un buen sentido de equilibrio, son capaces de atrapar pelotas pequeñas, amarrarse sus agujetas de los zapatos, abrochar botones y cierres. También pueden usar herramientas y utensilios correctamente, copiar diseños y figuras.

En esta etapa empiezan a aprender las primeras letras números y es un orgullo para ellos cuando logran escribir sus nombres. A nivel emocional, están volcados a los compañeros de juego del mismo sexo. Empiezan a construir las primeras amistades y de igual forma enemistades la mayoría de los juegos los realizan en grupo, pero en ocasiones les gusta jugar solos. Les cuesta mucho trabajo esperar sus turnos y ser empáticos (ponerse en el lugar de la otra persona) dado que dejar de pensar en ellos mismos comienza a los 7 u 8 años. A esta edad comienzan a desarrollar valores éticos como la honestidad, fantasear e inventar sus primeras mentiras.

Es relevante comentar que el niño de 5 años cognitivamente manifiesta un proceso de interiorización de sus acciones y posee un cierto nivel avanzado del

pensamiento y la inteligencia aunque todavía es concreto, estas capacidades cognitivas se denotan claramente con la evolución del lenguaje de aquí la importancia que tiene la estimulación de su entorno para que los niños de 5 años puedan desarrollar su comunicación oral (Erico, 2010).

A los 5 años el niño ya se encuentra en una etapa escolarizada, para él es una nueva experiencia en donde aprenderá y desarrollará capacidades que lo moldearán de alguna forma al futuro.

El desarrollo intelectual en esta etapa, está desarrollado en un proceso complejo de construcción de muchos elementos de conocimiento. Su inteligencia aún no es lógica y se denomina según piaget estadio del pensamiento preoperatorio (Piaget citado en Alonso, 2010).

A los 5 años el niño ya se encuentra en la escuela, esto para él es una experiencia nueva cargada de mucho significado para la vida, en la escuela aprenderá y desarrollará capacidades que lo ayudarán a moldear diferentes factores en su vida (personalidad, habilidades, destrezas, conocimiento) que serán fundamentales para su futuro (Alonso, 2010).

Como ya se menciona el niño de 5 años está pasando por una etapa muy significativa para su desarrollo es aquí en donde su estancia en la escuela nutre su ambición por conocer y descubrir su mundo, es aquí donde se desarrolla un proceso complejo de construcción de un universo de conocimiento mucho más representativo y se puede mencionar que más significativo que en etapas anteriores. Las nuevas herramientas son las representaciones que se unen a los esquemas de acción de la etapa anterior.

Después de lo citado se mencionarán las características más significativas de la etapa del desarrollo intelectual de un niño de 5 años.

- Puede transmitir sus sentimientos y pensamientos y entender el de sus compañeros.
- Su universo representativo se orilla a ser social, los demás son fuente de conocimiento y se enriquece.

- Al final del nivel inicial afirma la conservación de la cantidad, porque su intuición articulada da paso a la operación (implicado coordinaciones de las representaciones del nivel pre-lógico).
- Construcción del espacio, tiempo y causalidad.
- Recuerda lo que pasó y anticipa lo que aún no ha ocurrido (agrega el pasado y futuro representativos).
- En los fenómenos que observa aparece el predominio de la percepción para explicarse lo que visualiza.
- A medida que interactúa con objetos y situaciones cotidianas organiza y comprende la realidad cada vez de forma más objetiva.
- Se enfrenta con la existencia de otros puntos de vista al interactuar con otros niños en la interacción con el medio fomentándose así la descentralización.
- Sus errores (que desde su perspectiva lógica no lo son, y considerados desde un punto de vista positivo), muestran las estrategias de pensamiento que proyecta y utiliza en distintas situaciones en la construcción del conocimiento.
- Inicia en la formación de nuevas hipótesis, a buscar otras soluciones a partir del error.
- Su curiosidad y deseo de aprender son fuentes de motivación para la construcción de los conocimientos que se vinculan a los impulsos de exploración, necesidad de actividades y sus capacidades sensoriales.
- Lenguaje oral, escrito, gráfico.
- Sus respuestas se ajustan a lo que se le pregunta para informarse porque realmente quiere saber, no sólo por razones sociales o por practicar el arte de hablar.

- Formula preguntas que tienen más sentido (emplean más el razonamiento “¿para qué sirve esto?”. “¿Cómo funciona?”).
- Escucha detalles.
- Es capaz de aislar una palabra y preguntar por su significado.
- Formula preguntas sobre otras lenguas y realiza comentarios sobre el habla de otras personas, pronunciación y acentos.
- El lenguaje ya está completo en estructura y forma, asimila las convenciones sintácticas y se expresa con frases correctas y terminadas.
- Su vocabulario es más amplio.
- Conoce que las marcas, envases representan un significado.
- Anticipa el significado de lo escrito también pregunta que dice ahí.
- Formula hipótesis de escritura en las que basa su propio sistema, las varía al obtener nueva información sobre la escritura convencional.
- Traza formas más diferenciadas, con un orden lineal de elementos e incorpora letras convencionales a su escritura.
- “Lee y escribe” de acuerdo con los principios que ha ido construyendo.
- Al escuchar la lectura de cuentos se interioriza con la direccionalidad de la escritura estructura de los textos, aspectos de la lengua escrita que se diferencian de la oral, su valor significativo y comunitario.
- Dibuja muy bien, no necesita acompañar estos de una explicación verbal para que se entienda.
- Dibuja en general la figura humana.
- Dibuja diversos animales.

- Sus dibujos se vuelven más complejos al aparecer la exploración y el reconocimiento del espacio gráfico, las figuras comienzan a ser verticales cuando las representa en forma horizontal dice que “están acostadas”.
- Incorpora nuevos materiales a sus dibujos.
- Las representaciones varían, son más figurativas y se diversifica la forma de la representación de un objeto.
- Da inicio las primeras nociones de simetría.
- Tanto en dibujos como en modelados se observan movimientos y posturas, la parte en movimiento en general es desproporcionada.
- Trabajo tridimensional le permite estar en contacto directo con su cuerpo.
- Modela los cuerpos en volumen agrega detalles, las partes de los animales que modela están distribuidas.
- Utiliza el color (a veces relacionado con la realidad y otras veces de manera subjetiva) crea tonalidades mezclando, superponiendo.
- Modifica sus dibujos de acuerdo a la imagen mental que ha logrado, de acuerdo a sus posibilidades de accionar con los objetos y experimenta.
- Emplea el color (a veces relacionada con la realidad y otras veces de modo subjetivo). El niño de 5 años presenta habilidad manipulativa y desarrollo digital (Alonso, 2010).

Ahora se realizara una descripción del desarrollo motor de un niño de 5 años.

- Existe una construcción interna del esquema corporal en termino (esto se ha logrado en varias etapas), esto es el resultado de la delineación de los objetos con respecto a su propio cuerpo y la diferenciación del mundo que lo rodea.

- Ha desarrollado la conciencia de su propio cuerpo y distingue de modo más preciso sus funciones motrices, a través del movimiento de sus desplazamientos.
- Se ha diferenciado su lateralidad y emplea permanentemente su mano o pie más hábil, y así puede establecerse una adecuada relación con el mundo de los objetos y con el medio en general. Las nociones de derecha – izquierda comienzan a proyectarse con respecto a objetos y personas que se encuentran en el espacio.
- Su coordinación fina está en proceso de completarse, ésta le posibilita el manejo más preciso de herramientas y elementos de mayor exactitud, estas destrezas se adquieren con la maduración de la musculatura fina, sino también por el desarrollo de estructuras mentales que le permiten la integración y adecuación de los movimientos en el espacio y el control de la vista (coordinación visomotora). La realización de actividades manipulativas (trabajos manuales) es importante pero en ellas deben presentarles obstáculos a vencer, la posibilidad de buscar medios, inventar instrumentos, es decir la oportunidad de descubrir, reflexionar, crear.
- Sus estructuras de espacio tiempo, permanencia de los objetos se ha enriquecido a través de los movimientos finos y su relación con los objetos (Garáte, 2008).
- Presenta mayor control y dominio sobre sus movimientos.
- Tiene un mayor equilibrio.
- Salta sin problemas y brinca.
- Se para en un pie, salta y puede mantenerse varios segundos en las puntas de sus pies.
- Realiza pruebas físicas o dancísticas.
- Maneja el cepillo de dientes y el peine.

- Se asea y va al baño solo.
- Maneja el lápiz con seguridad y precisión.
- Maneja la articulación de la muñeca.
- Lleva mejor el compás de la música.
- Puede saltar de una mesa al suelo (Szechet, 2010).

Ahora se describirán las características del desarrollo social de los niños de 5 años.

- Busca ser reconocido más allá de su grupo familiar. El convivir con diferentes contextos sociales le permite recordar su identidad.
- Es independiente, ya no está pendiente de que este la mamá al lado.
- Se puede confiar en él.
- Quiere hacer valer sus derechos dentro del núcleo familiar, a veces lo intenta y lo logra también en otros ámbitos.
- Inicia el conocimiento del respeto para los demás (maestros compañeros, padres).
- Durante las comidas se muestra muy sociable y hablador.
- Su introducción dentro de un grupo, su integración e interacción con sus compañeros con sus compañeros se encierran en una difícil búsqueda de inserción a partir de un rol.
- Sus grupos de amigos paulatinamente van cobrando mayor estabilidad, dentro de estos comienzan a perfilarse líderes.
- Anticipa hipótesis y se ejercita en la toma de decisiones grupales.
- Consigue integrarse en pequeños grupos de juego a partir a partir de un proyecto común elaborando normas de juego propias.

- Participa en la elaboración de normas grupales.
- Hace mucha diferencia en juegos de niños y de niñas haciendo muy marcada el rol sexual de cada uno.
- Los roles que dramatizan son los que simbolizan el poderío, la fuerza, ídolos deportivos en especial jugadores de fútbol.
- Empiezan a darse cuenta de que sus compañeros de juego a veces realizan trampas y comienza a hacerlas.
- A compaña sus juegos con diálogos o comentarios, relacionados a los mismos.
- Le agrada colaborar en las cosas de la casa
- Se le puede encomendar una tarea y la ejecuta.
- Le gusta cuidar a los más pequeños.
- Sabe su nombre completo.
- Puede empezar un juego un día y terminarlo otro, por lo que tiene mayor apreciación del hoy y del ayer.
- Aparecen los juegos con reglas que implican el abandono del egocentrismo y la entrada en el proceso creciente de socialización.
- Planifica un trabajo y puede perfeccionar en otras jornadas.
- Evalúa sus adelantos en los dibujos, construcciones, otras actividades.
- Le gusta terminar lo que comienza.
- Recuerda encargos de un día para el otro.
- Muestra rasgos y actitudes emocionales.
- No conoce emociones complejas ya que su organización es simple.

- Muestra capacidad para hacer amigos (Szechet, 2010).

En los párrafos anteriores se mencionaron las características principales del desarrollo intelectual, motor, social que presenta un niño de 5 años sin TDA-H. A continuación se describirá a un niño que presenta el trastorno de TDA-H, se considera que es pertinente conocer las manifestaciones de los niños de 5 años sin TDA-H Y con TDA-H, para poder tener un parámetro más preciso de la detección dentro del aula de clases.

Si el niño está en la escuela, es el momento de detectar el trastorno de TDA-H. Los maestros descubren que la frecuencia e intensidad de la conducta de un niño con TDA-H interfiere en el aprendizaje del mismo, el cual es anormal en comparación con el de sus compañeros que no presentan este padecimiento. La conducta del niño de 5 años con TDA-H, se caracteriza por la inquietud, la impulsividad, la falta de atención, la agresividad y la desobediencia. Estos niños se levantan más veces del pupitre que sus compañeros que no tienen TDA-H, reclaman la atención del profesor continuamente y no terminan las actividades que se le asignan. Con frecuencia está como distraído o no parece escuchar cuando se le habla, tiene un temperamento explosivo, no sabe jugar solo, no se entretiene con nada durante más de diez minutos y las relaciones con sus compañeros no son buenas, sino que se caracterizan por peleas y discusiones continuas. Ante ésta situación, el maestro advierte a los padres que algo ocurre con el niño que es necesario que busque ayuda profesional (psicólogo, pedagogo etc).

En lugares públicos, estos niños hacen berrinches por cualquier tontería poniendo en evidencia a los padres, es muy frecuente que al llevar al niño al supermercado, en estas circunstancias, su conducta se dispara va de un lugar a otro en busca de aquellos envases más llamativos, toca, agarra, sin percibir el riesgo de romper alguna cosa o inutilizarla (si toca una barra de pan con las manos manchadas). Estos hechos provocan que los padres dejen de visitar el supermercado con él.

A esta edad, las técnicas del castigo no son eficaces para controlar la conducta del niño o incluso pueden llegar a ser un obstáculo, ya que cuando se les castiga, se enfadan y hacen berrinches. A la edad de 5 años todavía no relacionan el

castigo con su mala conducta y culpan de todos sus problemas a sus hermanos o compañeros de juego.

El comportamiento de estos niños durante el juego es muy revelador, aparte de no saber jugar solos, lo más curioso es su forma de utilizar los juguetes tienden a apartarse con los juguetes para ellos novedosos, los toman de forma impulsiva hasta dejarlos, la mayoría de las ocasiones en condiciones deplorables inservibles que no queda remedio de tirarlo a la basura, no sólo utilizan los juguetes para jugar, sino que también sin ningún problema los destrozan.

Estos pequeños, cuando juegan con otros niños terminan siempre por pelearse, ya que no aceptan perder en el juego y tampoco son capaces de seguir las reglas del mismo, su conducta es más violenta e inquisitiva que la de cualquier otro niño, por lo que suelen hacer daño a sus compañeros. Este es el motivo por lo que sus compañeros lo rechazan. En estos niños (TDA-H) se observa una pobre disposición para el juego social con otros niños. Presenta en exceso preferencia por los juegos deportivos sobre los educativos. Tiene una actitud destructora ante los juguetes lo que significa un pobre interés sostenido por el juego con juguetes, manifiestan un retraso en el lenguaje, y retraso en el desarrollo de la motricidad fina adaptativa (torpeza). Se han identificado dificultades para el aprendizaje de los colores, los números y las letras, también se han identificado dificultades para el desarrollo gráfico y para la comprensión de la figura humana a través del dibujo. Es un preescolar inmaduro emocionalmente, presenta constantes rabietas y probablemente han sufrido algún accidente leve en el hogar o colegio (Vaquerito, 2005).

2.5. Perfil del niño con TDA-H.

Este capítulo pretende realizar una descripción clara del perfil de un niño con TDA-H ya que este conocimiento brindará la oportunidad al maestro de realizar una detección más oportuna.

Still (1902) menciona que los niños que manifiestan TDA-H son especialmente problemáticos, poseen un espíritu destructivo, son insensibles a los castigos, inquietos y nerviosos, son muy difíciles de educar. Pocas veces pueden mantener

durante mucho tiempo la atención. Por tal motivo su rendimiento escolar se ve mermado a pesar de contar con un cociente intelectual normal.

Son impulsivos y desobedientes de hecho no hacen lo que sus padres les ordenan tienden a realizar lo contrario de lo indicado, de igual forma se comportan en la escuela. Por tal motivo este comportamiento molesta tanto a los maestros como a los padres por no tener control en la conducta de los niños Es importante mencionar que presentan una tendencia baja a los umbrales de tolerancia y frustración, por tal motivo el esperar turnos, o esperar de terminadas cosas le provocan tanta desesperación que podría destruir lo que encuentra en su paso. Es muy insistente en lo que quieren y no desisten hasta que lo obtienen Esto junto con sus estados de ánimo bruscos e intensos, su temperamento impulsivo y fácilmente excitable crean situaciones tensas en la escuela, en la casa.

Son niños incapaces de permanecer quietos en lugares que así lo amerite como (centros comerciales, iglesia, escuela). Estos pequeños se mueven mucho a la hora del recreo y cuando juegan con sus compañeros pareciera que todo marcha normal en cuanto a su relación con ellos, aunque a menudo surgen conflictos (discusiones, riñas) ya que los niños con TDA-H como ya se mencionó en líneas pasadas manifiestan poca tolerancia a la frustración lo que le provoca no respetar las reglas del juego o esperar sus turnos, se desespera muy rápido, y es cuando los demás niños no comprenden su proceder y surge el conflicto, este tipo de comportamiento que manifiestan los niños con TDA-H es lo que ocasiona que no puedan tener amigos de juego frecuentes y en muchas ocasiones tengan que jugar solos y sean niños solitarios. Es probable que esta escasa habilidad para hacer y mantener amigos en su grupo de escuela esté determinando la preferencia de muchos pequeños a jugar con niños más chicos que ellos. Como consecuencia del fracaso escolar y del rechazo social que sufren, muchos niños con TDA-H comienzan a manifestar sentimientos de incompetencia e insatisfacción personal y desarrollen un concepto negativo de sí mismo (Casas y Fernández 2001).

Como ya se mencionó con anterioridad dos son los ejes principales sobre los que incide el TDA-H: el déficit de atención y la hiperactividad-impulsividad, la mayoría

de los niños presentan un trastorno de tipo combinado con perfiles significativos de ambos padecimiento, no es infrecuente encontrar niños con sintomatología cuyo peso recae en el primero de los planteamientos (déficit de atención) y que carecen de síntomas en el segundo planteamiento (hiperactividad-impulsividad) presentando todos los síntomas de déficit de atención pero sin hiperactividad-impulsividad o viceversa. Para poder entender mejor este planteamiento se hablará de los aspectos comportamentales los cuales se han separado por aspectos cognitivos y emocionales, de este modo no se caerá en el error de considerar el problema de TDA-H únicamente desde el punto de vista de la conducta, olvidando los aspectos cognitivos y emocionales que implican a este trastorno (Villar, 2002).

La conducta del niño con TDA-H, se denotaría en conducta desatenta ya que la falta de atención de estos pequeños tiene manifestaciones comportamentales de poca atención más frecuentes. El origen de estas manifestaciones de poca atención podrían radicar en la existencia de un déficit cognitivo o de falta de motivación para realizar las tareas, pero es de considerar que en el niño TDA-H, se dan ambas cosas, investigaciones controladas han demostrado que en tareas altamente motivan tes para el niño, estos cometen más fallas esto es debido por una atención inadecuada que los niños que no son TDA-H.

Los niños con TDA-H manifiestan problemas de conducta cuando la información es repetida, esto quiere decir que el niño con TDA-H se porta muy mal cuando tiene que enfrentarse a tareas aburridas y repetitivas en las que le cuesta más mantener la atención que ante tareas nuevas (Shroyer y Zentall, 1986 citados en Villar).

Conductas que presentan los niños con TDA-H.

- No termina las tareas que empieza.
- Comete muchos errores.
- No se centra en los juegos.
- Muchas veces parece no escuchar cuando se le habla directamente.

- Tiene dificultades para organizarse.
- Evita las tareas que requieren esfuerzo.
- A menudo pierde cosas que necesita (juguetes, ropa, libros, colores).
- Se distrae con cualquier cosa.
- Es muy descuidado en las actividades.

La desmotivación por la tarea tiene su origen en una mayor dificultad para procesar los estímulos y no en ocio o la flojera. Los niños con TDA-H se desmotivan con mucha facilidad porque tienen que realizar un mayor esfuerzo para mantener la atención, en ocasiones sienten que el esfuerzo que tienen que realizar está por encima de sus posibilidades aunque la tarea sea gratificante como ya se hizo mención en líneas anteriores, no se puede esperar que su atención se mantenga durante un tiempo prolongado o que sea generalizado a otro tipo de tareas.

Diversas investigaciones desarrolladas por Copeland y Wisniewski, y Rodosh y Gittelman, indican que los niños con TDA-H comparados con niños que no manifiestan el trastorno atienden en mayor medida a los estímulos novedosos, tales como el color, los cambios en el tamaño y el movimiento (Copeland y Wisniewski, 1981 citado en Villar); su rendimiento disminuye claramente ante tareas que son monótonas o muy repetitivas, se ha comprobado que aprovechan en menor medida la información en los libros, las indicaciones al principio o al final del texto o los dibujos de apoyo para estos, por tal motivo con estos indicadores se puede inferir que el trabajo escolar les resulte poco gratificante y mantener la atención en estas condiciones durante un tiempo prolongado requiere mucho esfuerzo y aumentará la posibilidad de abandono (Zentall y Zentall, 1983 citado en Villar)

Como ya se mencionó, el niño que presenta el TDA-H, en la escuela es incapaz de concentrarse en la realización de las tareas que duran un largo periodo de tiempo, por eso pasa con frecuencia de una tarea a otra sin concluir ninguna. Es frecuente que el niño centre su atención en los estímulos menos relevantes de la

información que se le presenta. Son vulnerables a los estímulos del contexto ambiental que cualquier otro niño por lo que tiene gran facilidad para distraerse (Ávila y Polaino 2002).

Los sus cuadernos están sucios y descuidados, sus pupitres suelen estar desordenados y pierden con frecuencia los libros y otros materiales escolares lápices- gomas- tijeras- etc, (Fernández, 2001). Las actividades escolares las realiza de forma irreflexiva y desorganizada, pocas veces las concluye. Es aquí donde se hace más evidente las deficiencias en su atención y su organización, probablemente, porque aumentan considerablemente las exigencias en clase (Fernández, 2001). En cuanto a su aprendizaje no todos los niños con TDA-H, presentan dificultades en él aprendizaje, la capacidad intelectual de estos niños puede ser baja normal o alta, como la de cualquier otro niño, pero sus dificultades de atención, la falta de reflexión y falta de control motor no favorecen su aprendizaje. Dedicar menos tiempo al estudio, no hacen mucho esfuerzo para conseguir sus objetivos académicos y emplean estrategias de aprendizaje de un nivel de elaboración significativamente más bajo (Casa y Fernández 2001). Estos elementos bloquean su rendimiento escolar, volviéndolo insuficiente. Lo importante de esto es que estos trastornos motivan a los maestros y padres a buscar ayuda profesional que les permita comprender la problemática del niño y así encontrar un diagnóstico temprano del padecimiento TDA-H (Ávila y Polaino 2002).

Los escolares con este padecimiento (TDA-H) presentan patrones de ejecución variables a lo largo del tiempo, de forma que algunos días son capaces de realizar una actividad correctamente y terminarla en el tiempo establecido, mientras que otros días no consiguen completar las mismas tareas

El niño con TDA-H va de un lado a otro en el aula de clases, no permanece sentado por mucho tiempo y si está sentado siempre tiene en movimiento las piernas, se mueve balanceándose, se levanta con o sin excusa su actividad carece de finalidad (Garza, 2005). El comportamiento que presentan estos niños es imprevisible inmaduro e inapropiado para su edad. Su impulsividad lleva al

niño con TDA- a convertir en acción sus deseos y esto le provoca muchos problemas.

En ocasiones, los niños con TDA-H se muestran agresivos y violentos con sus compañeros e incluso con los adultos. Esta agresividad no sólo es verbal (amenazas e insultos), sino también física, destrozan juguetes de compañeros o agreden a sus padres o a cualquier otro adulto que trate de oponerse a sus planes. El niño con TDA-H miente con frecuencia y comete pequeños hurtos y por eso los padres como los maestros consideran que su conducta no se adecua a ningún criterio ético o incluso legal (Garza 2005).

Aunque en la etapa escolar (infantil) resulta complicado distinguir a los niños con TDA-H de sus compañeros normales, las observaciones de los padres y de los profesores indican de forma consistente que en los niños con TDA-H se produce una exageración de las conductas típicas de los preescolares sin problemas de atención. Los padres describen a sus hijos preescolares con TDA-H como niños excesivamente inquietos que actúan como si estuvieran impulsados por un motor, como consecuencia de sus elevados niveles de actividad, inatención e impulsividad sufren con frecuencia accidentes tanto en la escuela como en el hogar. Además los niños con TDA-H, particularmente los varones (como ya se mencionó con antelación) también suelen manifestar conductas desobedientes, desafiantes y opositoras, alcanzando niveles importantes a los que presentan sus compañeros que no manifiestan esta patología (TDA-H).

En la etapa preescolar los niños con TDA-H manifiestan una sintomatología evidente como: conductas impulsivas, no prestar atención y no seguir las instrucciones de los profesores estos problemas se agudizan, y le cuesta mucho trabajo compartir los materiales escolares, sus juguetes, cooperar con sus compañeros de grupo e interactuar con ellos. En esta etapa tan importante del desarrollo de un niño es cuando se debe diagnosticar y no pasar desapercibido toda la gama de síntomas que se manifiestan un niño con TDA-H.

Como se puede observar es de fundamental importancia el reconocimiento de un niño que manifiesta el TDA-H en el aula de clases. Diversos autores, coinciden que es de fundamental importancia diagnosticar tempranamente al niño, este

diagnostico se efectúa a partir del perfil que el niño presenta y la sintomatología existente, por tal motivo, a continuación, se hablará de la sintomatología que los niños con TDA-H manifiestan, y que es fundamental el conocimiento de estos, para lograr identificarlos dentro del aula de clases.

2.5. Sintomatología del niño con TDA-H.

Cuando hablamos de Déficit de atención e hiperactividad (TDA-H) estamos hablando de una serie de síntomas que se presentan a muy temprana edad en los niños. Las historias clínicas de estos pequeños, indican que la mayoría de ellos fueron bebés con un temperamento difícil, caracterizado por una notoria capacidad para adaptarse a situaciones nuevas, planteando serios problemas en su crianza cuando se alteran, reaccionan de forma desproporcionada ante los estímulos del ambiente, se muestran irritables y demandantes, denotan una atención continua, son excesivamente activos y presentan una baja tolerancia a la frustración (Casas y Fernández 2001). Otro dato muy importante es que los niños con TDA-H presentan dificultades en el establecimiento de los hábitos de alimentación y de sueño, se ha comprobado que la mayoría de estos niños duermen menos de lo que un niño normal duerme (6 a 8 hrs) a menudo se despiertan en la noche llorando o gritando, manifestando además patrones irregulares de respiración y de latidos cardíacos en la fase de sueño REM. En cuanto a la alimentación adquieren especial relevancia cuando se comienza a sustituir el biberón por los alimentos sólidos más adelante se observa que la mayoría de estos niños suelen ser caprichosos y obstinados cuando se trata de comer y con cierta frecuencia presentan cólicos.

Entre los 24 y 36 meses de edad los niños son más difíciles de complacer y son menos manejables que los demás niños, necesitan de una guía y orientación. Son niños distraídos desinhibidos, muy activos, absorbentes que pueden acabar complicando la vida familiar (Torner, 2008).

Los niños con TDA-H son muy inquietos e impulsivos, tienen problemas para prestar atención y concentración. A pesar de intentarlo son incapaces de escuchar correctamente, de organizar sus tareas de seguir instrucciones

complejas, de trabajar o jugar en equipo. El actuar sin pensar (conducta impulsiva) provoca problemas con padres, amigos y profesores. Son niños muy inquietos, siempre en movimiento son incapaces de permanecer sentados mucho tiempo se muestran constantemente inquietos (movimiento de piernas o manos).

Al entrar en la etapa escolar resulta complicado distinguir a los niños con TDA-H de sus compañeros normales, las observaciones de los padres y de los profesores indican de forma consistente que en los niños con TDA-H se produce una exageración de las conductas típicas de los preescolares sin problemas de atención. Como consecuencia de sus elevados niveles de actividad, inatención e impulsividad sufren con frecuencia accidentes tanto en la escuela como en casa. Los preescolares con TDA-H particularmente los niños (varones) suelen manifestar conductas desobedientes, desafiantes y opositoras, alcanzando niveles significativamente superiores a los que presentan sus compañeros normales (Casas 2001).

Las explosiones emocionales en forma de berrinches, son frecuentes, estos comportamientos suelen dejar en evidencia a los padres, cuya capacidad para afrontar la educación de sus hijos termina siendo cuestionada por los maestros u otros adultos.

Los niños preescolares con TDA-H se distinguen de sus compañeros normales centran menos su atención en las tareas monótonas. El comportamiento de estos niños en situaciones de juego es muy significativo, generalmente juegan de manera más inmadura que los niños de su edad, funcional y sensoriomotor en el que se pueden observar movimientos musculares repetitivos y menos simbólico y constructivo, utilizando los juguetes de un modo monótono y estereotipado. Experimentan además serias dificultades para jugar solos y muestran una enorme curiosidad por los juguetes novedosos, aunque no los utilizan para jugar sino para manipularlos hasta que los rompen. Cuando deciden jugar con sus compañeros no siguen las reglas del juego, no aceptan perder, manifiestan escasas conductas de cooperación e intentan imponer su voluntad a toda costa, lo que genera continuas discusiones con sus compañeros, esto trae como consecuencia el rechazo de los demás niños excluyéndolos de fiestas infantiles o cualquier evento social

También se ha observado que algunos preescolares con TDA-H desarrollan hábitos nerviosos como la onicofagia, se muestran con frecuencia tensos y ansiosos, tienen en ocasiones cólicos, dolores de cabeza y de estómago, y experimentan problemas del habla y del lenguaje (casas y Fernández 2001).

Este tipo de niños presentan 3 síntomas básicos:

Hiperactividad, impulsividad y falta de atención. Identificados en el DSM-IV de la siguiente manera:

Ítems de hiperactividad-impulsividad.

- Inquietud se mueve en el asiento.
- Se levanta cuando debería estar sentado.
- Corre y salta en situaciones inapropiadas.
- Dificultad para jugar tranquilamente.
- Excitado a menudo.
- Responde antes de que finalice la pregunta.
- Dificultad para guardar el turno en actividades.
- En grupo interrumpe a otros en los juegos, conversaciones etc.

Ítems de inatención.

- No atiende detalles comete errores.
- Dificultad para mantener la atención.
- Sordera ficticia.
- No sigue instrucciones, no termina las tareas.
- Dificultad para organizarse.
- Corta tareas que requieren esfuerzo continuo.
- Olvida y pierde cosas necesarias para sus actividades.
- Fácil distracción por estímulos externos.
- Olvidadizo en las actividades diarias.

El TDA-H tiene predominio de hiperactividad/impulsividad cuando se detectan 6 o más ítems de hiperactividad/impulsividad y menos de 6 ítems de inatención.

El TDA-H tiene predominio de inatención cuando se detectan 6 o más ítems de hiperactividad/impulsividad y 6 o más ítems de inatención.

En cualquier caso, según el DSMIV deben persistir más de 6 meses en 2 o más lugares (colegio, casa, juego).

Otros autores como (Torner 2008), centra los síntomas del TDA-H en lo siguiente.

- Déficit de atención acompañado de:
- Impulsividad.
- Hiperactividad.

Estos síntomas se pueden presentar de 2 formas diferentes.

- Problemas de atención con comportamiento impulsivo Déficit de atención + hiperactividad.
- Problemas de atención y de la memoria a corto plazo Déficit de atención + problemas de aprendizaje.

Además de los síntomas centrales que presentan los niños con TDA-H, aparecen otros problemas asociados, tales como: el problema perceptivo- motor, las dificultades en el aprendizaje, relaciones sociales conflictivas, el trastorno oposicionista desafiante y el trastorno de conducta, trastornos afectivos y de ansiedad, los tics y el síndrome de Gilles de Tourette (Casas y Fernanández 2001).

Trastornos perceptivos motores y del lenguaje en niños con TDA-H.

Los problemas del lenguaje aparecen asociadas al TDA-H con mucha frecuencia. Alrededor de un 20% de estos niños manifiestan problemas del lenguaje (Dykman y Ackerman 1991), suelen presentar una conducta lingüística pragmática peculiar, que les distingue de los niños que no presentan deficiencias en la atención, tienen problemas para reconocer y mantener los turnos para hablar durante una conversación. Manifiestan escasas habilidades narrativas reproduciendo menos información y presentan una menor organización cuando narran una historia, se ha comprobado que estos déficit en la producción de las narraciones aparecen particularmente cuando la información no está visualmente presente o no contiene una secuencia predecible, ya que estas características incrementan las demandas de planificación interna, organización y control simultáneo de la información.

En su desarrollo motor suelen ser deficientes, presentan con frecuencia movimientos rígidos y carentes de flexibilidad, así como problemas en la coordinación motora y en la escritura. Esta inmadurez y falta de coordinación motriz se manifiesta en la motricidad fina, de manera que su torpeza manual les dificulta la realización de tareas como amarrarse los zapatos.

Es significativo el número de niños con TDA-H que tienen caídas y tropezones frecuentes como consecuencia de sus deficiencias en la motricidad gruesa, puede aparecer movimientos involuntarios, como sincinesias o disgrafoestesia (dificultad para identificar figuras dibujadas sobre la piel).

Problemas de aprendizaje en niños con TDA-H.

Debido a los problemas de atención, memoria y control ejecutivo, la mayoría de los niños con TDA-H, presentan un bajo rendimiento escolar que se refleja en la obtención de malas calificaciones y una mayor asistencia a programas de regularización que los compañeros que no padecen dicho trastorno (TDA-H). Además del bajo rendimiento algunos de ellos experimentan trastornos específicos de aprendizaje que afectan, específicamente, a las áreas de la lectura, escritura y matemáticas.

Algunos estudios sugieren que la prevalencia de dificultades de aprendizaje de la lectura en los niños con TDA-H no es más alta que la prevalencia en la población general, mientras que otros indican que el porcentaje es superior al encontrado en grupos controles. Las dificultades en el acceso al lenguaje no son una consecuencia directa del TDA-H, sino de deficiencias lingüísticas importantes que interfieren negativamente el establecimiento de asociaciones que implica el aprendizaje de un sistema simbólico. La velocidad adecuada en la lectura puede ser particularmente problemática porque, esto exige atención activa y una focalización particular, condiciones que son difíciles para los niños con TDA-H. También tienen dificultades para comprender los textos escritos debido a las limitaciones que experimentan en su capacidad de atención y en su memoria de trabajo, les resulta difícil la lectura de frases complejas y que requieren un conocimiento sintáctico substancial. Es verdaderamente un reto para los estudiantes con TDA-H la comprensión de frases que comienzan con otro

elemento que no es el sujeto y que, por lo tanto exige más capacidad de memoria de trabajo para retener la información hasta que aparece el sujeto de la frase. En lecturas largas también presentan dificultades, ya que estos niños con TDA-H se ven obligados a realizar inferencias para poder comprender la información de un texto. También presentan dificultades para captar las ideas principales de los textos de estructura expositiva, cuando no aparecen explícitamente y es necesario integrar toda la información del párrafo para poder extraerlas, esto es debido a que esto requiere de recursos en el área de planificación (Casas y Fernández, 2001).

En cuanto a la escritura y expresión escrita, tienen dificultad en la motricidad fina que afectan a la coordinación y a la secuencia motora que requiere el trazo de las letras. En su escritura suele presentar manifestaciones disgráficas como letras irregulares, tachones, interlineado y márgenes ondulantes, soldaduras. Las composiciones escritas y la información sobre lo que se desee escribir hay que recuperarla de la memoria a largo plazo y se mantiene en la memoria de trabajo al mismo tiempo que el niño está planificando, desarrollando frases y revisando sus ideas, teniendo presente la estructura del texto. Este proceso es de carácter complicado para los niños con TDA-H por lo que se niegan a escribir y leer.

En cuanto a las Matemáticas, las dificultades cognitivas asociadas al TDA-H se interponen de distintas maneras en el aprendizaje de las matemáticas ya que este aprendizaje del cálculo mental y la numeración, exige mantener la información en la memoria cuestión que el niño con TDA-H es muy difícil retenerla. Por otra parte, la realización de operaciones matemáticas además de atención exige un monitoreo continuado, una habilidad estrechamente ligada al sistema ejecutivo.

La impulsividad, características de estos niños les lleva a menudo a cometer errores en las operaciones debido a que se precipitan (no analizan un signo, a mitad de la operación, cambian el algoritmo de la suma por el de la resta o restan el número mayor del menor sin considerar si corresponde). En cuanto a la resolución de problemas suelen responder al problema antes de leerlo, e incluso cuando lo leen no pueden recordar lo que se les pregunta y no aplican una estrategia organizada para resolverlo.

Por otra parte los estudios que se han realizado mencionan que existen un porcentaje considerable de niños que padecen TDA-H, que cumplen los criterios del trastorno oposicionista desafiante, caracterizado por un patrón recurrente de comportamiento negativo, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad (Casas 2001).

Las investigaciones también aportan porcentajes elevados de solapamiento, que se aproximan al 50% entre el TDA-H y el trastorno de conducta. Este trastorno se caracteriza por la violación repetida de los derechos básicos de los demás o de importantes normas sociales adecuadas a la edad del niño. Estos niños pueden realizar comportamientos que causen daño físico o amenazar con él a otras personas o animales, comportamientos que causan pérdida o daño a la propiedad, fraudes, robos y violaciones graves de las normas. Estamos hablando de un trastorno grave con repercusiones más importantes que el trastorno oposicionista y en el que la agresividad incluso física, es bastante frecuente.

También los niños que padecen el trastorno (TDA-H) experimentan problemas interpersonales desde la infancia. Son rechazados por sus compañeros, siendo incluso considerados en ocasiones como menos amistosos que sus compañeros que son agresivos. Cuando intentan relacionarse con otros niños a menudo muestran escasas habilidades sociales y de comunicación, utilizando soluciones agresivas para resolver los problemas interpersonales, manifiestan una tendencia a perder el control cuando se producen conflictos o se sienten frustrados, y no suelen pedir permiso antes de unirse en un juego y si lo consiguen tienden a violar las reglas establecidas. Cuando se integran en grupos nuevos de juego, lo que supone que no arrastran una reputación social negativa, no tardan en ser considerados como niños rechazados.

Los niños con TDA-H, emiten señales que resultan molestas a las demás personas aunque no estén manifestando conductas destructivas. Aunque los comportamientos impulsivos y agresivos que muestran otros niños causan la mayoría de sus problemas en el área social, presentan también otros déficits que contribuyen a reforzar las dificultades que experimentan para iniciar y mantener relaciones de amistad con sus compañeros: problemas para entender las reglas

sociales que son claves para el buen desarrollo de las interacciones sociales, se ha comprobado que poseen un conocimiento social inferior en relación al establecimiento y en la resolución de conflictos con sus compañeros. Es decir estos niños son incapaces de adaptarse a situaciones sociales, (presentación ante la iglesia, ser pajequito en una ceremonia de matrimonio etc).

Ahora hablaremos de un aspecto relevante dentro de este contexto y que es de fundamental importancia tomar en cuenta.

La depresión y ansiedad en niños con TDA-H.

Las dificultades académicas y sociales que viven día con día los niños hiperactivos frecuentemente provocan en ellos síntomas de pérdida de control e indefensión que afectan de forma negativa a su percepción de competencia personal, generando frecuentemente síntomas depresivos, cuando el TDA-H coexiste con la depresión, tanto la intervención farmacológica como la psicoterapéutica deben dar prioridad al tratamiento de los síntomas del trastorno afectivo, en lugar de abordar directamente los síntomas del trastorno por déficit de atención. La ansiedad en la infancia se caracteriza por la dificultad para separarse de los padres, las conductas de evitación en situaciones sociales, y la excesiva preocupación por diversos acontecimientos, los niños que presentan trastornos ansiosos se sienten tensos y les cuesta mucho trabajo relajarse, manifiestan constantemente quejas físicas y una necesidad de ser consolados (Casas, 2001).

Los tics y el trastorno de Gilles de la Tourette.

Son contracciones nerviosas e involuntarias que afectan a distintas partes del cuerpo, principalmente a la musculatura facial, el cuello, los ojos y los hombros. El síndrome de la Tourette constituye la forma más extrema de los trastornos de tics. Tanto los tics como el síndrome de Gilles de la Tourette están asociados con el TDA-H y presentan una incidencia superior en los niños con TDA-H, que con la población en general (Miranda y López, 1995). Las dificultades académicas y sociales que experimentan los niños con TDA-H muy frecuente provocan en el niño síntomas de pérdida de control e indefensión que afectan negativamente a su percepción de competencia personal, generando en algunos casos síntomas depresivos. Es lógico que un niño que carece de la capacidad para cumplir las

demandas ambientales se sienta en algunos momentos decaído, desilusionado y desmoralizado. Estos signos no son suficientes para realizar un diagnóstico positivo de depresión, ya que, cuando un niño está realmente deprimido se encuentra en un estado crónico de preocupación, tristeza y aislamiento, se produce un cambio importante en su personalidad, una reducción drástica de sus actividades cotidianas y de su rendimiento académico, y mayores dificultades para relacionarse con los demás.

La ansiedad en la infancia se caracteriza por la dificultad para separarse de los padres, las conductas de aislamiento en situaciones sociales, y la excesiva preocupación por determinadas situaciones. Los pequeños que presentan trastornos ansiosos suelen sentirse muy tensos, son incapaces de relajarse, expresan continuamente quejas físicas y manifiestan una excesiva necesidad de ser consolados (Casas 2001).

Diversos estudios han demostrado entre TDA-H y psicopatologías tales como la ansiedad excesiva, la ansiedad de separación y las fobias se sitúa en torno al 25% (Biederman, Newcorn y Sprich, 1991). El mayor grado de solapamiento de estos trastornos se produce en el subtipo de hiperactivos –agresivos (Miranda y López, 1995).

El TDA-H es una afección crónica y prolongada de no tratarse adecuadamente puede llevar a de acuerdo con Miranda y López (1995).

- Drogadicción
- Bajo rendimiento escolar.
- Problemas para conservar un trabajo.
- Problemas legales.

Capítulo. 3 Diada padres/educadores en la detección temprana del TDA-H.

En este capítulo, se abordará el rol que juegan los padres y los maestros, en la detección oportuna dentro del aula de clases, la cual es fundamental y son el vínculo directo de apoyo para el niño con TDA-H. Así como los que logran manejar asertivamente la conducta/aprendizaje, del niño en casa y en la escuela.

El maestro determina la evolución de cualquier niño no sólo en el sentido académico, también en el ámbito afectivo. Los maestros juegan un rol semejante al de un segundo padre o madre para los niños, por tal razón estos ven en él un modelo a comparar con su familia, una nueva fuente de autoridad, un nuevo punto de referencia sobre la escala de valores que posee, y un nuevo reflejo de su propia imagen. De los profesores depende que sea detectado a tiempo el trastorno de TDA-H. Por lo general a los maestros les cuesta menos que a los padres percatarse de que las cosas no van bien, puesto que tienen como punto de referencia al resto de los niños del grupo (Villar, 2002).

Villar (2002) los docentes son el punto clave para la detección del TDA-H, debido a que no están tan involucrados emocionalmente con los niños como los padres y esto les permite ser más objetivos cuando se enfrentan a la sintomatología del padecimiento (TDA-H), esto ayuda a manejar de manera más precisa la problemática presentada por el niño en sus 3 ámbitos (social, familiar, escolar). Depende también la forma en que los padres entienden y aceptan las señales de alerta que les indica el profesor.

Un maestro debe ser lo más objetivo y firme en el momento de dar la información a los padres, tratando de relajar la ansiedad y angustia que esta situación genera en ellos (padres) el profesor deberá observar los comportamientos que estos demuestran ya que de su actitud dependerá que el niño sea tratado (TDA-H) más adelante (Villar,2002).

El mejoramiento de la conducta del niño depende mucho del trabajo que el maestro realiza en clase, esto consistirá en el control de los efectos negativos, en

la conducta del niño. Es importante que el maestro conozca algunas Técnicas comportamentales en el aula de clases, de forma que amplíe el rendimiento del niño empleando la auto instrucción, y adecuando las exigencias dentro del salón de clases al nivel del niño, favorecer la mejora de la autoestima y el autocontrol. Para realizar su trabajo, el maestro necesita un diagnóstico temprano de la situación en que se encuentra su alumno. Necesita información clara sobre el TDA-H, esta información la puede obtener de especialistas y de libros sobre el tema. Así tendrá un parámetro sobre el grado de afectación de su alumno (las conductas que deben modificarse, el nivel académico que tiene, el nivel de atención que presenta a una tarea concreta, si puede exigirle que trabaje 15 min, o 1 hora).

El profesor debe tener presente que el problema que manifiesta el niño (TDA-H) tiene solución y que la evolución del niño depende en gran medida de su actitud y de la colaboración de ellos y de los padres. A menudo los padres se preguntan qué puedo hacer por mi hijo con TDA-H, en realidad son ellos quienes pueden ayudar de forma muy significativa a sus hijos como: prestándole atención, escuchándole y hablándole con paciencia, es necesario que el niño conozca su trastorno (TDA-H), y cuáles son los planes para ayudarlo a superar esto, de tal forma que él mismo participe en su tratamiento. Es necesario que los padres asistan a una entrevista personal con el maestro por lo menos cada quince días, de tal forma que los padres mismos realicen el papel del maestro de apoyo con su hijo con TDA-H (Orjales, 2002).

El autor menciona que es fundamental tomar como recurso los intereses del niño y emplearlo como elementos motivacionales para ayudarlo a aprender de una forma más eficaz siguiendo los programas de aprendizaje asociado “basta”, por ejemplo, con que le digan: cuando terminemos esta actividad puedes ver los dibujos de la televisión. Los padres siempre deben tener muy claro que son un modelo para el niño, por consiguiente delante del niño ser siempre coherente y actuar responsablemente, ellos deben ayudar al niño a aumentar la confianza en sí mismo y su autoestima, estimularle reconociendo la calidad de sus ejecuciones por modestas que sean.

Es muy representativo para el niño aceptarlo tal y como es, el potencial que tiene para crecer y desarrollarse, intentar no generar expectativas inadecuadas alrededor del niño que estén por encima de sus posibilidades. Procurarle una situación estructurada en el hogar, mantener constante el horario de comida, baño, sueño etc, evitándole una estimulación excesiva (ruidos, luces, etc.) una situación desestructurada o mal estructurada convierte poco a poco al niño con TDA-H en un pequeño incontrolable, por su fuerte tendencia a responder a los estímulos de su entorno, al respecto es recomendable designar un lugar tranquilo donde trabajar y jugar.

Es necesario comunicar con anticipación cualquier alteración de la dinámica del hogar de manera que le permita adaptarse a ella. Hacerle partícipe según sus capacidades de las tareas domésticas que pueda realizar, enseñarle directamente a través del modelado y alabarle cuando intente actuar por sí mismo. Comentar tranquilamente con el niño sobre su comportamiento, y hacerle ver que es necesario pensar antes de actuar. No se debe emplear premios ni castigos, sólo cuando sea absolutamente necesario. Reforzarlo cuando realice algo bien, dirigiéndole una sonrisa o una palabra de elogio, esta forma de actuar aumentará en el futuro sus conductas positivas.

Es necesario que el niño reciba una dieta nutritiva adecuada, comentar con el niño sus errores, tratando de que él mismo genere posibles alternativas a sus equivocaciones, marcar las normas y reglas claras que el niño comprenda estas, deben ser claras y coherentes que dirijan sus acciones. Emplear la autoridad de forma asertiva, lo que implica decir “no”, cuando el niño pide o exige cosas poco razonables y expresar esas órdenes de manera clara, precisa y razonada (Orjales ,2002)

Como ya se ha mencionado los padres y los maestros constituyen dos figuras claves para la detección del TDA-H, y son estos quienes pueden ayudar de forma muy significativa y temprana a los niños preescolares que se presupone padecen el trastorno de TDA-H pero que requieren de conocimiento sobre el padecimiento para conocer la mejor forma de identificación de los niños con el trastorno, sin perder objetividad en la información que se necesita para realizar esta labor.

El éxito en la educación escolar de los niños con TDA-H, implica el uso de técnicas conductuales bien delimitadas, y que los profesores se encuentren motivados en el proceso. Los conocimientos del profesor sobre el TDA-H y su actitud al respecto son críticos, el profesor debe mantener y tener una relación positiva con su alumno basada en la comprensión y conocimiento de su trastorno (TDA-H), esto determinará una mejoría académica y social en el niño (Jansen-cilag 2001-2010).

Para poder ayudar de forma más sistemática a los niños que padecen TDA-H, es indispensable trabajar con el maestro sobre los aspectos que se mencionarán:

- El TDA-H se considera una discapacidad para el aprendizaje de causas biológicas muy sensibles a las variables ambientales, la naturaleza de sus síntomas harán que aún controlando el ambiente de forma adecuada, persistan en cierta medida sus manifestaciones.
- Es un trastorno sobre el “cómo hacer lo que se sabe”, no sobre el “saber qué hacer”, no consiste en carecer de conocimiento o habilidades si no es padecer de las capacidades para organizar las actividades.
- El niño con TDA-H que se encuentra en el colegio, requiere más estructura y organización, tener más delimitado su conducta positiva y negativa para así los maestros puedan manejarlas y modificarlas.
- Las intervenciones más eficaces para mejorar su rendimiento escolar son aquéllas que se aplican de forma consistente en la propia escuela, y dentro de éste, en el lugar de trabajo (aula de clases). Las intervenciones personales y familiares son necesarias pero rara vez extienden sus beneficios fuera del entorno de la casa.
- Estas sugerencias deben considerarse, y llevar a cabo en colaboración con los profesores y padres basado en el adecuado conocimiento del TDA-H, el planteamiento de objetivos realistas. Cuando los padres culpan a la escuela o al profesor de los problemas de su hijo y viceversa se suele establecer un círculo vicioso de reproches y solicitudes erróneas de intervención que solo

retrasarán el manejo adecuado del problema dejando al niño y su educación al margen de culpas inexistentes. Los padres y los profesores deben evitar la culpa, reconocer las fallas y las propias capacidades y trabajar en conjunto para el niño y su correcto desarrollo generalmente conducirá a un ajuste cada vez mejor de éste en casa y en el colegio.

- Jenssen-cilag (2001), en apoyo de esta necesidad de colaboración se debe señalar que en las intervenciones conductuales sobre el TDA-H, rara vez se produce la generalización de una mejoría en un ambiente por tal motivo es conveniente establecer programas complementarios que abarquen la intervención conjunta y coordinada en los diversos ambientes en el que el niño vive y se desenvuelve.

Dichas intervenciones conductuales sobre estos niños con TDA-H en la escuela suelen incluir programas de consecuencias en el aula, programas de intervención coordinada con el hogar del niño, intervenciones de auto-control y programas de modificación de las tareas escolares y del ambiente del aula.

Como ya se ha mencionado la forma más indicada para tratar este padecimiento (TDA-H), es modificar o comprender lo más posible aquellas conductas típicas que repercuten negativamente en la vida cotidiana del niño y de su familia (Montoya, 2002).

Para Montoya, el objetivo principal es reducir su impulsividad e inquietud motriz y aumentar su atención que son la fuente de sus principales problemas.

Una de las técnicas más relevantes para el manejo del trastorno del TDA-H, son las técnicas conductuales como ya se refirió en párrafos anteriores, esta corriente (conductista) centra su atención en cómo el ambiente en el que se mueve el niño (la familia, los profesores, compañeros) existe una modificación directa sobre los comportamientos los cuales ocasionarán un cambio significativo en el niño, estos programas conductuales parten de la

base de la teoría del aprendizaje de Skinner limitando al alumno a la ejecución de una respuesta delimitada y controlada por el propio programa, estos se refieren a actividades reiterativas y muy estructuradas, este tipo de estrategias podrían ser una buena herramienta para los maestros (ensayo-error).

Ya que estos programas ofrecen al niño la necesidad de controlar por sí mismo su propio comportamiento por medio de la combinación de las estrategias cognitivas y las técnicas conductuales. Se le ofrece al niño el modelo de ejecución de una actividad, secuenciándola en pasos, por medio de auto instrucción guiadas, que se irían reduciendo a medida va adquiriendo la conducta (Montoya, 2002).

Capítulo. 4. Propuesta de intervención para detectar niños preescolares con TDA-H en el aula de clases.

4.1. Justificación.

En los últimos años ha aumentado la cantidad de gente que se pregunta si ciertos rasgos de sus hijos constituyen síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA-H), y por ello recurre a una consulta profesional buscando respuesta información y formas de ayuda. Los trabajos de investigación llevados a cabo en diferentes países del mundo (Barkley, 1995; Ávila, Oréales y Polaino-Lorente, 1997) han puesto en evidencia que la asistencia adecuada ofrece importantes beneficios ya que facilita que los niños potencien sus recursos decidan y actúen con mayor discernimiento, desarrollen mayor autoestima en las interacciones personales, así sus comportamientos se encaminarán hacia logros sostenidos y en conjunto construir una mejor calidad de vida. Dentro de este escenario resulta de gran apoyo la familia y la escuela, su participación aumentará la probabilidad de éxito de estos niños, por tal motivo en este trabajo se desarrollo una guía basado en la teoría y la práctica que facilite el trabajo docente para detectar y manejar con éxito a niños que presenten el TDA-H.

4.2. Objetivo General.

Habilitar a los docentes de nivel preescolar en la detección y manejo de niños que presenten TDA-H en el aula de clases, mediante un taller de capacitación.

4.3. Objetivos específicos.

- Integrar a los maestros al taller, hablar sobre las reglas y los objetivos, así como las expectativas que tienen del mismo.
- Conocer mediante un cuestionario la información que los maestros poseen sobre el tema TDA-H (Anexo 1).

- Proporcionar a los maestros información que le permita ampliar el parámetro de conocimiento del desarrollo del niño y del Déficit de atención con hiperactividad (TDA-H).
- Mostrar información documental (videos, investigaciones, libros) del trastorno por Déficit de atención con hiperactividad (TDA-H).
- Exponer casos cotidianos que se presupone ser Déficit de atención con hiperactividad (TDA-H).
- Identificar casos de niños a través de la presentación de un video, que contenga una clase de un día normal en un Jardín de niños del D.F
- Detectar niños que se sospecha presenten TDA-H, en el aula de clases y argumentar, porqué.
- Explicar a los maestros algunas estrategias y Técnicas de Modificación de conducta para el manejo de niños con TDA-H en el aula de clase.
- Aplicar nuevamente el cuestionario para maestros que se aplicó al inicio del taller, se realizará la revisión de las expectativas que se tenía del mismo.
- Resolver dudas y realizar comentarios acerca del TDA-H, el facilitador retroalimenta a los participantes, al mismo tiempo que recibe información de los mismos.

4.4. Población a quién se dirige el taller.

A profesores de nivel preescolar que radiquen en el D,F de escuelas oficiales de la Zona sur de la capital, que tengan interés en habilitarse en la detección y manejo de niños con TDA-H en el aula de clases.

4.5. Número de participantes.

Cupo mínimo: 15 personas.

Cupo máximo: 25 personas.

4.6. Escenario.

El taller se realizará en un aula del jardín de niños donde se llevará a cabo el taller. Las medidas del salón deberán ser aproximadamente 8x8m, en condiciones adecuadas de iluminación, ventilación y mobiliario (mesas, sillas).

4.7. **Material.**

- Sillas.
- Mesas.
- Hojas blancas tamaño carta.
- Bolígrafos.
- Proyector.
- Computadora.
- Caja cartón.
- Cartulina blanca.
- Láminas con figuras.
- Objetos (botones, figuras geométricas etc.).
- Videos.
- Revistas.
- Libros.
- Grabadora.

4.8. **Duración.**

El taller está diseñado para tener una duración de 25 horas las cuales estarán distribuidas en 10 sesiones de dos horas y media, 2 sesiones por semana.

4.9. **Método.**

El taller será teórico/práctico/ con dinámicas y técnicas que retroalimenten a los maestros para poder llevar a cabo una detección oportuna dentro del aula de clases. Se considera teórico porque se dará información específica, estrategias y Técnicas de Modificación conductual que amplíe su conocimiento del trastorno de déficit de atención y brinde la posibilidad de realizar una detección oportuna en el aula de clases para dar a sus alumnos un manejo adecuado y sea portador de aprendizaje y conocimiento que le brindará al niño con TDA-H una mejor calidad de vida. Es práctico porque se llevarán a cabo dinámicas que le permitirán a los maestros integrarse al grupo y conocer a sus participantes. También se revisarán Técnicas de Modificación de la conducta dentro del mismo taller, que hoy por hoy se consideran las intervenciones más eficaces para tratar a los niños con TDA-H. También a través de presentación de casos, exposiciones, mesas redondas, videos, recopilación de información lograrán los maestros detectar y manejar niños con TDA-H, en el aula de clases.

4.10. **Temario.**

Revisión teórica de los conceptos:

- a) Integración de los participantes al Taller mediante estrategias y técnicas de Modificación de la conducta.
- b) Presentación en formato Power Point de los temas y objetivos del taller
- c) Aplicación del cuestionario para maestros.
- d) Exponer expectativas que él maestro tiene sobre del taller.
- e) Exposición de los temas; Desarrollo psicológico del niño
- f) Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDA-H).
 - o Factores de origen.
 - o Sintomatología.
 - o Perfil del niño con TDA-H.

- o Niños de 5 años con TDA-H.
- g) Diada/padres-maestros en relación al TDA-H.
- h) Muestra documental (videos, investigaciones, libros) de niños con TDAH.
- i) Exposición de los maestros (casos de niños de TDA-H) en la vida cotidiana.
- j) Exposición y fundamentación de casos.
- k) Identificar casos por medio de un video.
- l) Detectar casos en el aula de clases.
- m) Mesa redonda (mención de casos, y retroalimentación).
- n) Revisión de estrategias y técnicas de Modificación de conducta que se emplean para el manejo de niños con TDA-H.
- o) Aplicación nuevamente del cuestionario para maestros que se aplicó al inicio del taller y revisión de expectativas.
- p) Cierre del taller, comentarios y retroalimentación.

4.11. SESIÓN UNO

SESIÓN	TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	TECNICA DE ENSEÑANZA	MATERIAL	DURACIÓN
1	Presentación	Al final de la sesión los participantes se conocerán por medio de dinámica de integración y de algunas técnicas de modificación conductual. Se establecerán los objetivos y las reglas que se	*Presentación de los participantes del taller	*Sillas	20 min.
			*La pelota preguntona	*Pelotas *Sillas	20 min.
			*Presentación de los objetivos y los temas del taller	*Computadora *Proyector	20 min.

	manejarán en el taller, así como las expectativas que tienen los maestros del taller. Conocerán algunas intervenciones de modificación de la conducta que se emplean en niños Con TDA-H. Reflexionarán sobre la información que poseen sobre el TDA-H.	*Economía de fichas	*Hojas de colores. *Bolígrafos *Cartulina	20 min.
		*Refuerzos positivos	*Calcomanías	10 min.
		*Aplicación del cuestionario para maestros	*Cuestionario para maestros	20 min.
		*Buzón de expectativas	*Caja De cartón	10 min.
		*Retroalimentación de los participantes del taller	*N/A	20 min.

Descripción de la sesión:

- Al inicio de la sesión el facilitador se presenta y da la bienvenida a los integrantes del taller.
- Presentación de cada uno de los integrantes del taller, a partir de una dinámica llamada, “la pelota preguntona” (Ver Anexo 2), esta dinámica permite a los integrantes romper el hielo y familiarizarse con sus compañeros de grupo.
- Posteriormente se realiza una breve conversación con los participantes de cómo se sintieron y se sienten después de la dinámica.
- A continuación se revisarán y presentarán los objetivos, además se describirán los temas que se manejarán en el taller, a través de una presentación en Power Point, y se entregará a los maestros una carpeta con el temario y el cuestionario para maestros (Ver Anexo 1), que se aplicará más adelante.
- Al concluir la presentación se realizarán algunas técnicas de Modificación de la Conducta llamada “Economía de fichas” (Ver Anexo 3), “Refuerzos Positivos (Ver Anexo 4) para establecer las normas y las reglas del taller, para que el maestro las conozca, y más adelante se hable sobre ellas

- Se darán las instrucciones pertinentes para la aplicación del cuestionario del maestro, que le permitirá ver cuanta información tiene del trastorno del déficit de atención e hiperactividad (TDA-H).
- Al finalizar el cuestionario se les proporcionará una hoja a los maestros para que escriban en ella las expectativas que tienen y la depositen en nuestro buzón de expectativas (caja de cartón forrada)
- Para finalizar se pide a los participantes que expresen al grupo como se sintieron en la sesión, que se tomen de las manos y hagan una reflexión de lo aprendido.

La intervención de las Técnicas se llevará de la siguiente forma:

- Se pedirá a los maestros que piensen en un alumno cualquiera de su clase y la forma como se comporta en la misma. Que piense: si se levanta mucho, si habla mucho, si la mayor parte del tiempo está distraído, su rendimiento académico no es bueno, es muy activo y parece que no tiene control, no sigue indicaciones, es agresivo e impulsivo, la convivencia con sus compañeros no es buena, se distrae con facilidad, o no habla mucho, permanece sentado la mayor parte del tiempo, no juega con sus compañeros, es muy lento para trabajar y se muestra ausente, no le gusta el ejercicio físico, prefiere los cuentos, o estar sentado.
- El facilitador fungirá como maestro e iniciará un día normal de clases en donde los maestros serán sus alumnos. Dará inicio con la asamblea en la que comentará a sus alumnos que van a jugar algo muy divertido que consistirá en ganar fichas, las cuales confeccionaremos y cada uno decorará al gusto. Una vez terminada esta actividad el docente explicará las normas y las reglas que el grupo proponga y se cumplan en ese día (no más de 3) se les menciona que al cumplirse estos estatutos ganarán cada uno de ellos una ficha que al final del día se colocará en una cartulina y se canjea por una calcomanía de animalitos (con antelación los nombres estarán

escritos). La tabla contiene los puntajes y los premios que los alumnos pueden ganar esto es para motivarlos.

4.12. SESIÓN DOS.

SESIÓN	TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	TECNICA DE ENSEÑANZA	MATERIAL	DURACIÓN
2	Desarrollo Psicológico del niño preescolar Técnicas de Modificación de conducta.	Proporcionar a los maestros información que le permita ampliar su conocimiento sobre el desarrollo psicológico del niño. Brindar al maestro Técnicas de Modificación de conducta que le permitirá manejar a sus alumnos en el aula de clases.	*Costo de Respuesta	*Fichas	10 min.
			*Atención al detalle	*Figuras, dibujos, Fotografías, ilustraciones	20 min.
			*Tema desarrollo Psicológico del niño preescolar	*Proyector *Computadora	60 min.
			*Preguntas * La tortuga	*Sillas *N/A	10 min.
			*Proyección de película "Daniel el travieso "	*Video *Televisión	30 min.
			*Resumen de película	*Hojas blancas *Bolígrafos	10 min.
			*Resolución de dudas despedida	*N/A	10 min.

Descripción de la sesión:

- Al inicio de la sesión el facilitador realizará un recuento de lo revisado la sesión pasada.
- Se recuerda a los maestros que estamos sometidos a nuestro programa de fichas solo que esta vez en lugar de darnos nos va a quitar (Costo de Respuesta (Ver anexo 5) los profesores eligen la conducta que será sancionada de las expuestas en la sesión pasada.

- Se prosigue a la realización de una Técnica llamada “Atención al Detalle” (Ver Anexo 6) se pretende trabajar con la atención a los detalles en un periodo corto de tiempo (Técnica Modificación conductual).
- Se pide a los participantes que hablen sobre sus experiencias de las técnicas trabajadas.
- Al concluir esta actividad da inicio la presentación del tema desarrollo Psicológico del niño en etapa preescolar en presentación Power Point.
- A la mitad del tema se llevará a cabo una Técnica basada en la relajación muscular llamada “La tortuga que se esconde” (Ver Anexo 7).
- Al concluir la Técnica, se preguntará a los participantes la experiencia de trabajar con su cuerpo y si logro relajarse, se esperan comentarios
- Posteriormente se presentará una película de un niño hiperactivo llamada Daniel el Travieso, mediante la cual, los maestros analizarán la conducta del niño y darán sus comentarios al grupo respecto al comportamiento del niño.
- Se pedirá a los maestros que realicen un resumen de las conductas que presenta el niño en la película y lo comenten en la sesión siguiente.
- Se resuelven dudas y comentarios.

Despedida.

4.13. SESIÓN TRES.

SESIÓN	TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	TECNICA DE ENSEÑANZA	MATERIAL	DURACIÓN
3	Déficit de atención con Hiperactividad (TDA-H).	Proporcionar al maestro información que le permita tener más conocimiento sobre Déficit de atención con hiperactividad (TDA-H). Manejo de algunas estrategias que se emplean para apoyar a niños con TDA-H.	*Revisión de resumen, comentarios (Sesión pasada)	*Hojas blanca	20 min.
			*Haz grupos	*Botones, cartas, figuras geométricas, pinturas de colores, prendas de vestir, etc.	20 min.
			*Tema: ¿Qué el Déficit de atención con hiperactividad	*Proyector *Computadora	60 min.
			*Comentario de casos Por equipo	*Sillas	30 min.
			*Discusión y comentarios finales	*N/A	20 min.

Descripción de la sesión.

- Se iniciará la sesión con una Técnica llamada “como un globo” (Ver Anexo 7), que sirve para aprender a relajarte respirar de forma diafragmática.

- Se revisará el resumen de la película “Daniel el Travieso”, y se llegarán a conclusiones según lo revisado la sesión pasada.
- Al finalizar se llevará a cabo una estrategia de manejo con niños con TDA-H, en el aula de clase denominada “Haz grupos” (Ver Anexo 8), en donde se trabaja la concentración y la atención.
- Posteriormente se abordará el tema Déficit de atención con hiperactividad, iniciando con la lectura de testimonios de maestros con niños con este trastorno (TDA-H), y se comentará con los maestros al respecto.
- Se realizará la presentación del tema ¿Qué es el Déficit de atención con hiperactividad en power point.
- Se pedirá a los maestros realicen un resumen de lo revisado en el tema y lo comenten con sus compañeros.
- Se pedirá a los maestro, para la sesión siguiente preparen una presentación de un caso que conozcan que presupone ser TDA-H, y lo expongan.
- Se concluye la sesión todos tomados de las manos en círculo con una melodía de relajación al final.

4.14. SESIÓN CUATRO.

SESIÓN	TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	TECNICA DE ENSEÑANZA	MATERIAL	DURACIÓN
4	Perfil de los niños con TDA-H	Al final de la sesión los maestros conocerán, el perfil de los niños con TDA-H.	*Revisión de casos	*Sillas	20 min.
			*No te pierdas	*Papel *Lápiz	10 min.
			*Exposición de c/u de los maestros sobre perfil del niño con Déficit de atención con hiperactividad	*Libros, revistas	40 min.
			*Tema: Perfil del niño con TDA-H	*Proyector *Computadora	40 min.

			*Fichas bibliográficas	*Fichas de trabajo	30 min.
			*Comentarios y dudas	*Mesa *Sillas	10 min.

Descripción de la sesión:

- Se da inicio esta sesión con la exposición de los casos de niños que los maestros consideren candidatos a padecer TDA-H.
- Posteriormente se llevará a cabo una Técnica llamada “No te pierdas” (Ver Anexo 9). En la cual se trabaja el control visomotor y la atención.
- Al concluir se pregunta a los participantes que opinan de la Técnica, y como se sintieron al hacerla.
- Se abordará el tema, perfil de los niños con Déficit de atención con hiperactividad (TDA-H). Que se llevará a cabo de la siguiente manera: El facilitador colocará libros, revistas, sobre una mesa, se indicará a los maestros que cada uno deberán elegir uno.
- Posteriormente se realizará una exposición del perfil del niño con Déficit de atención con hiperactividad en power point.
- Se pedirá a los maestros que con el material que tienen (libros, revistas) lo revisen y busquen información sobre el tema expuesto (perfil del niño con TDA-H) y preparen una exposición en 20 min, y cada uno lo expondrá al grupo.
- Una vez terminadas las exposiciones por cada uno de los maestros se intercambiarán información para realizar fichas bibliográficas, y al final todos tengan la información de lo revisado en la sesión.
- La información de las fichas se revisarán la sesión siguiente.
- Pedir a los participantes que traigan para la sesión siguiente un documental, video sobre el origen del Déficit de atención con hiperactividad (El facilitador

tendrá un documental en video, si es que los participantes no lo encontrarán).

- Se despide la sesión con una reflexión de lo aprendido.

4.15. SESIÓN CINCO.

SESIÓN	TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	TECNICA DE ENSEÑANZA	MATERIAL	DURACIÓN
5	Factores de origen del TDA-H	Los maestros conocerán información sobre el origen del TDA-H.	* Revisión de fichas De trabajo (sesión pasada).	*Fichas de trabajo	20 min.
			*Exposición del tema: Origen del TDA-H)	*Computadora *Proyector.	60 min.
			*Carrera de caracoles	*N/A	10 min.
			*Presentación del documental	*Video *Televisión.	30 min.
			*Retroalimentación en mesa redonda.	*Sillas *Mesas	15 min.
			*Despedida con Técnica de relajación Como un globo	*N/A	15 min.

Descripción de la sesión.

- Se inicia la sesión con la revisión de la información de las fichas, y se comentará al respecto sobre lo aprendido.
- Se pasará a la exposición del tema: Factores de origen del TDA-H, en una presentación Power point. Se pide a los maestros que realicen un resumen de lo aprendido.
- Posteriormente se llevará a cabo una técnica llamada carrera de caracoles (Ver Anexo 10), que influye en el mejoramiento de la hiperactividad, impulsividad, sosteniendo un estable control del nivel de concentración y de la atención del niño.

- Se platicará con los maestros sobre la técnica de la carrera de caracoles (Ver Anexo 10),
- Y pasamos a revisar el documental que los maestros trajeron a la clase.
- Se discutirá en mesa redonda la información y las dudas que tengan al respecto.
- Se finalizará con una técnica de relajación denominada como un globo (Ver Anexo 11), que contribuye a una relajación activa incidiendo en el déficit de atención y el estado de hiperactividad del niño.
- Con esta actividad se finaliza la sesión.

4.16. SESIÓN SEIS

SESIÓN	TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	TECNICA DE ENSEÑANZA	MATERIAL	DURACIÓN
6	Síntomatología de los niños con TDA-H	Al final de la sesión los maestros conocerán sobre los síntomas de los niños con TDA-H. Así como el conocimiento de técnicas de intervención para niños con	* El barquito	*N/A	15 min.
			*Tema: Síntomatología de los niños con TDA-H	*Proyector *Computadora	60 min.

		TDA-H.	*Discusión y retroalimentación	*N/A	10 min.
			*Revisión de casos	*N/A	30 min.
			*Lotería	*Tarjetas de 12x10	30 min.
			*Despedida Técnica de relajación sonidos de fuera, sonidos de adentro.	*N/A	5 min.

Descripción de la sesión:

- Al inicio de la sesión se llevará a cabo una técnica denominada el barquito (Ver Anexo 12), en la cual se trabaja para aprender a relajar el cuerpo en situaciones determinadas. Esta técnica es una de las muchas con la que podemos trabajar con niños con TDA-H.
- A continuación se hará la presentación del tema, sintomatología del niño con Déficit de atención con hiperactividad en power point.
- Al concluir los maestros realizarán sus comentarios y dudas.
- Posteriormente el facilitador mencionará una serie de casos escolares, alguno con TDA-H, y otros con patología diferentes. Los maestros con lo ya aprendido fundamentarán cuales son los casos que presuponen ser Déficit de atención con hiperactividad (TDA-H), y se comentarán en el grupo.
- Posteriormente el facilitador propondrá un juego llamado Lotería (Ver Anexo 13), para ver si los maestros conocen e identifican los síntomas de los niños con Déficit de atención con hiperactividad (TDA-H).
- Para finalizar se llevará a cabo una técnica de relajación denominada “sonidos de fuera, sonidos de adentro” (Ver Anexo 14), con esto despedimos la sesión.

4.17. SESIÓN SIETE.

SESIÓN	TEMA	OBJETIVO	TECNICA DE	MATERIAL	DURACIÓN
--------	------	----------	------------	----------	----------

		ESPECÍFICO	ENSEÑANZA		
7	Los niños preescolares de 5 años de edad. Con TDA-H.	Al término de la sesión los maestros conocerán a los niños de 5 años con trastorno por Déficit de atención con hiperactividad (TDA-H).	* Retirada de atención	* N/A	15 min.
			*Tiempo fuera	* N/A	15 min.
			*Tema: Los niños de 5 años con TDA-H	*Proyector *Computadora	60 min.
			*Memoria.	*Tableros *Cartas	20 min.
			*Contrato de contingencias	* N/A	20 min.
			*Dudas y comentarios	* N/A	20 min.

Descripción de la sesión.

- Se inicia la sesión con una técnica de modificación de conducta llamada retirada de atención (Ver Anexo 15).
- Posteriormente se pasara a otra técnica de modificación denominada tiempo fuera (Ver Anexo 16).
- Al concluir los maestros podrán comentar sobre las técnicas y se retroalimentaran.
- Posteriormente pasaremos a la presentación del tema: el niño de 5 años con déficit de atención (TDA-H).
- Y jugaremos memoria con información de lo revisado en sesiones pasadas y lo de la esta sesión.
- Se pasará a revisar otra técnica de modificación de la conducta llamada contrato de contingencias (Ver Anexo 17).
- Se llevará acabo la resolución de dudas y comentarios para concluir.

4.18. SESIÓN OCHO.

SESIÓN	TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	TECNICA DE ENSEÑANZA	MATERIAL	DURACIÓN
8	Diada/padres/ Maestros en la detección del TDA-H. Técnicas de Modificación de conducta, y estrategias de manejo para niños con TDA-H	Los maestro al concluir la sesión, concientizarán el papel que desempeñan para la detección de los niños que padecen TDA-H. Así como conocerá, estrategias y técnicas de modificación de conducta que se emplean en el aula de clases para el manejo de niños con TDA-H.	*Retroalimentación del tema	*Sillas	20 min.
			*Tema: Diada/padres/maestros en la detección del TDA-H	*Computadora *Proyector	60 min.
			*Resumen del tema	*Hojas blancas *Bolígrafos	10 min.
			Tema: Revisión de estrategias y técnicas de modificación conductual	*Proyector *Computadora	50 min.
			*Despedida	*N/A	10 min.

Descripción de la sesión:

- Al inicio de la sesión se cuestionará a los maestros sobre el papel que juegan en la detección de los niños con TDA-H, y lo que pueden hacer por ellos cuando son detectados.
- Posteriormente revisaremos el tema de Diada padres/maestros en la detección de los niños con TDA-H. Los maestros realizarán equipos, y harán un resumen del tema para posteriormente comentarlo al grupo.
- Ya en equipos se revisarán todas las técnicas que a lo largo de las sesiones se han ido revisando. Cada equipo elegirá una técnica y la llevará a cabo en clase con sus compañeros de grupo.
- Al final se realizarán comentarios de lo aprendido, y se despide la sesión.

4.19. SESIÓN NUEVE.

SESIÓN	TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	TECNICA DE ENSEÑANZA	MATERIAL	DURACIÓN
9	Detección	Los maestros detectarán niños con TDA-H a través de un video.	* Proyección de video	*Proyector *Computadora	45 min.
			*Detección de niños con TDA-H en el aula	*Hojas blancas *Bolígrafos	45 min.
			*Formulación de casos	*Hojas	30 min.
			*Discusión despedida (reflexión).	*Grabadora.	30 min.

Descripción de la sesión:

- La sesión dará inicio con la proyección de un video (aula de clases), los maestros deberán detectar a los niños que presentan TDA-H, en el aula de clases, y lo deberán fundamentar con toda la información que ya tienen.
- Se realizarán equipos de 2 personas, en el que deberán inventar un caso con toda la información que tienen, y lo expondrán al grupo. Los participantes, retroalimentarán la exposición de acuerdo a la información ya proporcionada.
- Se pide al grupo que la siguiente sesión traigan casos de niños con diferentes enfermedades, el instructor los leerá, cada uno de los maestros detectará si se trata de un caso de niños con TDA-H o se trata de otra enfermedad.

- Se despide la sesión, con una reflexión gravada por un niño que padece TDA-H.

4.20. SESIÓN DIEZ.

SESIÓN	TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	TECNICA DE ENSEÑANZA	MATERIAL	DURACIÓN
10	Detección.	Los maestros al terminar la sesión podrán detectar y manejar niños con TDA-H.	* Revisión de casos	*N/A	30 min.
			*Revisión de buzón de expectativas	*Hojas	30 min.
			*Aplicación de cuestionario para maestros.	*Cuestionario para maestros	30 min.
			*Discusión y retroalimentación para el taller	*Sillas	30 min.
			*Comentarios finales	*Hojas *Bolígrafos	10 min.
			*Despedida	*N/A	10min.

Descripción de la sesión.

- Se inicia con la revisión de los casos investigados por los maestros en la sesión pasada, esto se hace para ver si los maestros cuentan con la información necesaria para discriminar información y detectar casos teóricos que lo conducirá a una detección más precisa.
- A continuación, cada uno de los maestros sacará un papel del buzón de expectativas y lo leerá a los participantes, el maestro que escribió esas expectativas, se levantará y hablará de si fueron cumplidas o se superaron, etc.
- Se llevara a cabo la aplicación del cuestionario para maestros, que se aplicó al inicio del taller, esto es una forma de evaluar su conocimiento.

- Se realiza una mesa redonda para retroalimentar el curso por los participantes y que servirán para enriquecer el taller.
- Se despide el taller con una reflexión que realizará el facilitador dirigido a los maestros y al compromiso que tienen como tal, para detectar y manejar niños con TDA-H.

Consideraciones Finales.

Esta recopilación de información permitirá a los maestros tener más habilidades para manejar a los niños con TDA-H, de manera profesional en el salón de clases. Se considera que esta revisión puede ser el inicio de un trabajo posterior que se dedique a sensibilizar a los profesores sobre el papel tan importante y crucial en la detección y el manejo de estos niños con TDA-H. Este trabajo permite ampliar más el tema sobre las estrategias que se pueden emplear con los niños TDA-H, que le brindará al niño una calidad en su aprendizaje y en su vida.

Es conveniente señalar que aún cuando se revisaron tanto la detección como el manejo de algunas técnicas de modificación de conducta, para ayudar a los niños con TDA-H, a lograr un mejor desempeño académico, no es un trabajo exhaustivo sobre técnicas de modificación, pero si se señalan las más elementales para un manejo preliminar, por lo cual sería conveniente desarrollar a futuro un trabajo más amplio en el que se abunde sobre el manejo de dichas técnicas en clase.

Es necesario hacer énfasis en el papel que juegan los padres para la mejora de los niños que padecen TDA-H, ellos son fundamentales, ya que después de los maestros son los que continúan la labor del profesor en casa, una vez que los niños han sido detectados. Los padres y los maestros son el equipo inicial para manejar al niño y lograr mejorar su sintomatología, antes de ser canalizado con especialistas.

4.21. REFERENCIAS

- Alonso, S. (2010) *Desarrollo intelectual*. Disponible en la página electrónica:<http://www.educar.org/infantiles/articulosyobras/nenedecinco.asp> consultado 21 de Mayo del 2010.
- Ávila y Polaino, A. (2002). *Niños hiperactivos*. Editorial Alfaomega.
- Barkley, R. y Bentón, C. (2000). *Hijos desafiantes y rebeldes*. Editorial Barcelona. España.
- Barkley, RA. (1999). *Niños hiperactivos cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Editorial. Paidós. Barcelona.
- Boggia O (2006) *El desarrollo del niño de 0 a 5 años*. Disponible en la página electrónica: <http://www.espaciologopedico.com/articulos2php>. Consultado el 24 de Junio de 2010.
- Bonús, S. (2010). *Trastorno Déficit de Atención con Hiperactividad*. Editorial. Trillas. México.

Disponible en la página electrónica:
<http://www.monografias.com/trabajos16/teoriasPiaget/teorias/piaget.shtm#Teoría>. Consultado 18 de Mayo de 2010.
- Chaparro, (2010). *Propuesta de un taller de regulación emocional*. Tesis Facultad Psicología. UNAM. México.
- Elías, C. (2005). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Editorial trillas. México.
- Erico, (2010). *Características de los niños de 5 años*. Disponible en la página electrónica: <http://wwwinnata.com/s/c-el-desarrollo-infantil/a-características-niños-5.html>. Consultado 21 de Mayo del 2010.

- Filomeno, A. (2009). *El niño con Déficit de atención o hiperactividad; como pensar del fracaso al éxito*. Editorial. Universidad Peruana Cayetano Heredia 2ª ed.
- Gárate, G. (2008). *Características de los niños de 5 años*. Disponible en la Página electrónica: http://www.educar.org/infantiles/Articulos_y_obras/nenedecinco.asp. Consultado 1 de Julio del 2010.
- Garza, (2010). *El desarrollo motor*. Disponible en la página electrónica: <http://7www.bebescr.com/bebes/bebe0057.shtml>. Consultado 19 de Mayo 2010.
- Garza, G. (2005). *Hiperactividad y Déficit de atención en niños y adultos*. Editorial. Trillas. México.
- Gratch, L. (2003). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Editorial. Médica Panamericana.
- Hernández, P.A. (2006). *El sud sistema cognitivo en la etapa preescolar*. Editorial. Universidad de la sabana. Colombia. Disponible en la página electrónica: <http://redalyc.uaemex./pdf/741/74160108.pdf>. Consultado 3 de Julio del 2010.
- Maier, H. (1986). *Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erickson, Piaget, Sears*. Editorial. Amorroito. Buenos Aires.
- Miranda, C. (2001). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Una guía práctica*. Editorial Aljibe.
- Papalía, D. (1992). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. Editorial. McGraw-Hill. Bogota.
- Plomin, R. (2002). *Genética de la conducta*. Editorial Ariel. Barcelona.
- Quintero, G. (2009). *Trastorno por déficit de atención (TDA-H)*. Editorial. Elsevier Masson.

- *Relajación niños con TDA-H.* Disponible página electrónica: http://www.proyectodah.org.mx.Interes/ver_tema/?id=19. Consultado 24 de Septiembre del 2010.
- Rotman, (2008). *Abordaje multidisciplinario del trastorno por TDA-H.* Editorial. Artes Graficas.
- Santamaría, y Quintana. (2010). *Desarrollo Cognitivo Jean Piaget.* Disponible en la página electrónica: <http://www.monografias.com/trabajos16/teorias-Piaget/teorias/Piaget.shtm#Teoria> Consultado 18 de Junio del 2010.
- Scandar, R. (2000). *El niño que no podía dejar de portarse mal.* Editorial. Distal. Buenos Aires.
- Szechet, V. (2010). *Características evolutivas de niños de 5 años.* Disponible en la página electrónica: [www/nncc.org/child.Devlsp.des.prim.html](http://www.nncc.org/child.Devlsp.des.prim.html). Consultado 10 de julio de 2010
- Técnicas de manejo para niños con TDA-H. Disponible en la página electrónica: <http://www.efdeportes.com/efd/147/actividades-recreativas-para-el-déficit-de-atención-hiperactividad.htm>.
- Técnicas de relajación para niños. Disponible en la página electrónica: <http://www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-psicoll.htm>.
- Técnicas de relajación para niños. Disponible en la página electrónica: <http://www.proyectodah.org.mx.Interes/ver.Tema/?id=19>.
- Torner, M. (2008). *Detección precoz del déficit de atención con y sin hiperactividad.* Consulta de página electrónica <http://www.espaciologopedico.com/articulos2.php2d-artículo=297>.
- Valdizán, JR, Mercado E. (2007). *Características y variabilidad clínica del trastorno por déficit de atención /hiperactividad.* Revista de Neurología (supl 2,27,30).

- Villar, O. (2007). *Déficit de atención con hiperactividad*. Manual para padres y educadores. Editorial. CEPE. Madrid.
- Villar, O.L. (2002). *Déficit de atención con hiperactividad*. Manual para padres y educadores. Editorial Ciencias de la educación preescolar. España.

4.22. Anexos

Anexo 1.

CUESTIONARIO PARA EL MAESTRO.

NOMBRE DEL MAESTRO:_____ FECHA:_____

A continuación se presentan una serie de preguntas relacionadas con el déficit de atención con hiperactividad (TDA-H) que permitirá saber cuanta información se tiene sobre el tema.

PREGUNTAS:

- 1) ¿Qué conoce sobre el Déficit de atención con hiperactividad (TDA-H)?
- 2) ¿Qué es el TDA-H?

- 3) ¿Por qué son más propensos a padecer TDA-H, los niños que las niñas
- 4) ¿Por qué el TDA-H, se manifiesta de la misma manera en todas las personas?
- 5) ¿Por qué se hereda el TDA-H?
- 6) ¿Cómo evoluciona el TDA-H?
- 7) ¿Por qué el niño con TDA-H actúa con mala intención?
- 8) ¿Por qué es bueno castigar a los niños con TDA-H?
- 9) ¿Por qué se considera que el TDA-H es un trastorno
- 10) ¿Es culpa de los padres el TDA-H de sus hijos?
Por qué?
- 11) ¿Por qué todos los niños con TDA-H, son rebeldes, opositores y desafiantes?-

- 12) ¿Por qué el niño con TDA-H, tiene dificultades de aprendizaje?
- 13) ¿Por qué se considera que el TDA-H se cura con el tiempo?
- 14) ¿Qué cosas pueden mejorar o empeorar un TDA-H?
- 15) ¿Qué puede hacer la escuela con los niños con TDA-H?
- 16) ¿Qué pueden hacer los maestros por sus alumnos con TDA-H?
- 17) ¿Por qué se considera una creencia que los maestros pueden padecer o padecieron TDA-H?
- 18) ¿Cómo identificaría usted que uno de sus alumnos padece TDA-H?
- 19) ¿Qué se puede hacer por los niños con TDA-H en el aula de clases.
- 20) ¿Cuáles estrategias conoces para manejar a los niños con TDA-H en el aula de clases.

ANEXO 2.

Nombre de la dinámica: **La pelota preguntona.**

Dinámicas de integración <http://www.infanciamisionera.com/dinpres.htm#1>.

Objetivo: Lograr que los integrantes del grupo, rompan el hielo y las tensiones del primer encuentro con sus compañeros.

Descripción de actividad.

- El facilitador entrega una pelota a cada equipo, invita a los presentes a sentarse en círculo y explica la forma de realizar el ejercicio. Mientras se entona una canción, la pelota se corre de mano en mano; a la señal del facilitador, se detiene el ejercicio.
- La persona que se ha quedado con la pelota en la mano se presenta para el grupo: dice su nombre, y el grupo al que atiende. El ejercicio continúa de la misma manera hasta que se presenten todos los integrantes del grupo. En caso que una persona se quede con la pelota más de una vez, el grupo tiene derecho a hacerle una pregunta.

ANEXO 3.

Nombre de la Técnica: **Economía de fichas.** (Orjales, 2002).

Objetivo: Modificar la conducta del niño.

Descripción de la actividad.

- 1) Selección del comportamiento a modificar (Por ej, las instrucciones sociales que el niño inicia, la obediencia a las órdenes del maestro etc..).
- 2) Toma de decisiones sobre el tipo de fichas que se van a otorgar por la emisión del comportamiento deseado (estrellas, soles, etc).
- 3) Confección del listado de privilegios por lo que pueden cambiarse las fichas que se hayan conseguido.

- 4) Concretar el valor de las fichas y el de las conductas meta.
- 5) Intercambio de fichas por los privilegios o premios establecidos, que deberá hacerse diariamente, al menos al principio.
- 6) Evaluación continúa de la eficacia del programa añadiendo o suprimiendo objetivos y/o modificando el tipo de refuerzo, en caso que se considere conveniente.
- 7) Retirada progresiva de las fichas para facilitar la generalización de los resultados.

ANEXO 4.

Nombre de la Técnica: **Refuerzos positivos.** (Orjales, 2002).

Objetivo: Modificar la conducta del niño.

Descripción de la actividad.

- Los niños con TDA-H, pierden enseguida el interés por las cosas, la clave para modificar su comportamiento está en reforzarlos frecuentemente empleando pequeñas recompensas. Es necesario detectar el comportamiento que se desea reforzar, administrando el refuerzo con frecuencia e inmediatez, y dirigiendo la atención sólo hacia el comportamiento adecuado. Específicamente los premios tangibles deben darse sólo inmediatamente después de la emisión de la conducta deseada, nunca antes; hay que emplearla de forma consistente, es decir, cada vez que Aparezca la conducta que se desea aumentar; cambiarlos con cierta frecuencia para evitar el desinterés; y equilibrarlos con la importancia y la dificultad de la conducta que se desea incrementar. Las alabanzas y otras formas de atención positiva, como sonreír o el contacto físico son otros de los instrumentos más básicos de lo que dispone el profesor y los padres.

ANEXO 5.

Nombre de la técnica: **Costo de respuesta.** (Orjales, 2002).

Objetivo. Modificar la conducta del niño.

Descripción de la actividad.

- Implica básicamente la pérdida de un beneficio o privilegio como consecuencia a algún comportamiento inadecuado.
- Los privilegios, recompensas o incluso las fichas, han de ser retirados inmediatamente después de la emisión de la conducta inadecuada, equipararse a ésta es su importancia, cambiarlos con cierta frecuencia, y
- deben aplicarse en combinación con otras técnicas positivas contingentes a la emisión de conductas deseadas. Si el niño percibe el castigo como algo poco razonable, es posible que reaccione de manera desproporcionada y se porte todavía peor. Si el castigo dura demasiado, por ejemplo una semana sin patio, o sin ver la televisión, protestará cada día, castigando al adulto más de lo que le están castigando a él.
- Para lograr buenos resultados, hay que retirar los privilegios durante períodos de tiempo breves, no entre discusiones elegir algo que realmente le importe al niño. Si el niño ya ha recibido su castigo, no hay que recordarles continuamente lo que hizo en días anteriores si se quiere mantener una buena relación con él.

ANEXO 6

Nombre de la Técnica: **Atención al detalle.**

Página electrónica: Dinámicas para niños:
<http://www.efdeportes.com/efd/147/actividades-recreativas-para-el-déficit-de-atención-hiperactividad.htm>.

Objetivo: control visomotor y de atención.

Descripción de la actividad.

- Los niños sentados en una silla deben observar figuras, detalles, de dibujos, imágenes y fotografías de plantas, animales, bosques o ríos. Se muestran al niño diferentes ilustraciones, durante un corto período de tiempo, después cuenta y pormenoriza los detalles que recuerde, se le pregunta acerca de los colores de plantas y animales, tamaños etc.
- Puede hacerse con historias o descripciones de mascotas que ellos conozcan, o de plantas olorosas y medicinales. Es importante valorar si se distrae durante la lectura o la visualización de los dibujos, repetir las veces que sea necesario, al final se estimula al niño con aplausos, abrazos.

ANEXO 7

Nombre de la Técnica: **La tortuga.**

Objetivo: Lograr que el niño relaje sus músculos progresivamente.

Página electrónica: <http://www.efdeportes.com/efd/47/actividades-recreativas-para-el-déficit-de-atención-hiperactividad.htm>.

Descripción de la actividad.

Se aplica individualmente o en grupo, y se intenta que el niño se identifique con el personaje (la tortuguita), la cual tiene numerosos problemas en la escuela por su impulsividad. Otro personaje, la tortuga sabia, le da la solución a su problema, que consiste en meterse en su

caparazón cuando algo le da rabia y buscar ahí la mejor solución. La puesta en escena de esta representación pretende enseñar al niño a contener la impulsividad (autocontrol), para ello. La tensión generada cuando se presenta una situación conflictiva, se escenifica pegando los brazos al cuerpo, apretando la barbilla al pecho, y “encerrándose en su caparazón, permaneciendo así hasta contar 10.

ANEXO 8.

Nombre de la técnica: **Haz grupos.**

Objetivo: Lograr que el niño atienda y se concentre ante diversos estímulos.

Página electrónica: <http://www.efdeportes.com/efd147/actividades-recreativas>.

Descripción de la actividad.

- Consiste en clasificar series de objetos diferentes, ayudando a mantener un medioambiente sano para las plantas , los animales y el propio hombre, en un tiempo mínimo, en 2 min, el niño ha de agrupar y clasificar los objetos presentados según sus características comunes que favorezcan al elemento mostrado o nombrado, ejemplo: un cesto de basura. El niño que escoja sus objetos correctamente y la mayor cantidad posible será el ganador y se estimula moralmente (aplausos, besos).

ANEXO 9.

Nombre de la técnica: **No te pierdas.**

Objetivo: Que los niños logren coordinar a nivel visomotor y captar su atención.

Página electrónica: <http://www.efdeportes.com/efd/47/actividades-recreativas-para-el-déficit-de-atención-hiperactividad.htm>.

Descripción de la actividad.-

- Consiste en recorrer el laberinto trazado por un hilo entre los árboles; que avance en forma circular, desde un extremo a otro, procurando cada vez ir aumentando la dificultad de los caminos, empleando obstáculos y otros objetos que conduzcan a una bolsa de dulces. El niño o niña al salirse del recorrido trazado por la cuerda o distraerse, será penalizado con un dulce.

ANEXO 10.

Nombre de la actividad: **Carrera de Caracoles**

Objetivo: Qué el niño se relaje y controle su impulsividad.

Página electrónica: <http://www.efdeportes.com/efd/47/actividades-recreativas-para-el-déficit-de-atención-hiperactividad-hiperactividad.htm>.

Descripción de la actividad.

- Consiste en una competencia de carreras, entre el maestro y los niños, imitando a un caracol. El ganador es el que llega al último a las diferentes metas que hay en el recorrido, de manera que irán avanzando muy lentamente, entre los árboles, el recorrido se realiza lentamente.

ANEXO 11.

Nombre de la actividad: **Como un globo.**

Objetivo: Qué el niño se relaje y controle su Impulsividad.

Descripción de la actividad.

- Consiste en realizar una inspiración muy lentamente, dejando que entre el aire por los pulmones y el abdomen (respiración diafragmática). Este

último se va convirtiendo en un globo, que se va inflando a un ritmo lento, después se deja escapar el aire y sintiendo como el globo se va desinflando poco a poco hasta quedar vacío.

ANEXO 12.

Nombre de la técnica: **El barquito.**

Objetivo: Qué los niños aprendan a relajarse.

Página electrónica: <http://www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-psicoll.htm>.

Descripción de la actividad.

- Consiste en imitar el movimiento de un barquito. Se trata de realizar un movimiento de vaivén de adelante hacia atrás, o de derecha a izquierda. La parte del cuerpo se está relajando (por ejemplo, un brazo, una pierna, la cabeza) debe estar distendida y blanda.

ANEXO 13.

Nombre de la actividad: **Lotería.**

Objetivo: Lograr que los niños atiendan detalles

Descripción de la actividad.

- Consiste en prestar atención a un tablero que contiene diferentes imágenes, el niño deberá llenar el tablero con fichas, o papelitos de colores, según la figura que otro participante diga, gana el que consigue llenar todo el tablero.

ANEXO 14.

Nombre de la actividad: **Sonidos de afuera, sonidos de adentro.**

Objetivo: Qué los niños aprendan a relajarse a través de su cuerpo.

Página electrónica: <http://www.proyectodah.org.mx.Interes/ver.Tema/?id=19>.

Descripción de la actividad.

- Consiste en permanecer sentado en una silla, con los pies apoyados en el suelo, la espalda muy recta y las manos sobre las rodillas. Los niños deben permanecer con los ojos cerrados y concentrarse en todos los sonidos y ruidos que llegan de fuera, unos pasos una puerta que se cierra, el ladrido de un perro. Poco a poco el niño deberá prestar atención a los sonidos que tiene adentro, tal vez escuche el sonido del corazón de la respiración etc. Lentamente vuelve a escuchar los sonidos de afuera. Se indica al niño que abran los ojos al mismo tiempo, que estiren los brazos hacia adelante.

Anexo 15.

Nombre de la actividad: **Retirada de la atención. (Orjales, 2002).**

Objetivo: Control de los impulsos.

Descripción de la actividad.

- La retirada de atención debe aplicarse en aquellos casos en los que el niño desea llamar la atención del profesor de una forma inadecuada, pero sólo en los casos en que al niño no le importa la atención de sus compañeros.

Anexo 16.

Nombre de la actividad: **Tiempo fuera. (Orjales, 2002).**

Objetivo: Controlar la conducta del niño.

Descripción de la actividad.

- Esta técnica consiste en eliminar todos aquellos comportamientos negativos que están motivados por el deseo del niño de llamar la atención del profesor. En este caso, el niño se porta mal porque recibe un premio: la atención del profesor y de los compañeros.