



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**TALLER DE ENTRENAMIENTO A PROFESORES PARA EL
MANEJO DE ALUMNOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE
ATENCIÓN C/S HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD (TDAH), EN
UNA ESCUELA PRIMARIA**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

DIANA CAROLINA GUADALUPE AVALOS MARTINEZ

DIRECTOR DE LA TESINA:

MTRO. JORGE ALVAREZ MARTÍNEZ

COMITÉ DE TESIS:

**DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA
LIC. MARIA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDÓÑEZ
MTRA. INGRID MARISSA CABRERA ZAMORA
DRA. MARIA FAYNE ESQUIVEL ANCONA**



Ciudad Universitaria, D.F.

Agosto, 2014.



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.

DEDICATORIA

Para ti mamá, por guiar mi camino, por enseñarme que el mejor valor de un ser humano está en el sacrificio colocado en las acciones que realiza, por amar con todo tu corazón, acompañarme y confiar hasta el final de este proceso. Espero que te sientas orgullosa de este logro porque también es tuyo.

Te amo

A mis hermanos, Apolo, Joselin, Ana, Ramiro y Jorge quienes con su ejemplo me enseñan que la tenacidad es la clave del éxito en la vida.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor, el Mtro Jorge Álvarez Martínez a quien agradezco su guía en la elaboración del contenido de esta tesina.

A mis revisores y comité de tesina: Dra. María Fayne Esquivel y Ancona, Dra. Mariana Gutiérrez Lara, Lic. María Eugenia Gutiérrez Ordoñez y Mtra Ingrid Marissa Cabrera Zamora por el tiempo dedicado a la revisión de este documento y motivar mi aprendizaje.

A la DEC de la UNAM, en especial a Juan Manuel Gálvez por su orientación y disponibilidad en este programa.

A quienes formaron parte de mi educación universitaria, me enseñaron con su dedicación y profesionalismo a amar esta carrera, en especial al Dr. José Ramón Comas Viñas y Mtra. Adriana Gómez Díaz.

A mis compañeras y amigas a quienes agradezco compartir el conocimiento profesional y el de la vida, en especial a Nidia Gorjón por el apoyo y acompañamiento invaluable en este proceso.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
<u>CAPÍTULO I. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN C/S HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD</u>	4
1.1 Antecedentes históricos	4
1.2 Definición de conceptos	7
1.2.1 Trastorno por déficit de atención c/s hiperactividad e impulsividad. (TDAH)	7
1.2.2 Inatención	8
1.2.3 Hiperactividad	9
1.2.4 Impulsividad	10
1.3 ETIOLOGÍA	11
1.3.1 Hereditario	11
1.3.2 Neurofisiológicas	13
1.3.3 Neurotransmisores	13
1.4 PREVALENCIA	14
1.4.1 Contexto internacional	15
1.4.2 Contexto en México	16
1.5 DIAGNÓSTICO	17
1.5.1 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)	17
1.5.2 Clasificación Internacional de las enfermedades mentales (CIE10)	20
1.6 EVOLUCIÓN	22
1.7 ETAPA DEL DESARROLLO EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN C/S HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD (TDAH) EN POBLACIÓN ESCOLAR	23
1.7.1 Etapa de desarrollo cognitivo según Piaget, Freud y Erickson.	23
1.7.2 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad e impulsividad en la edad escolar (5 a 12 años)	26
1.8 EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA	27
1.8.1 Funciones ejecutivas	28
<u>CAPÍTULO II. MODELOS DE INTERVENCIÓN EMPLEADOS EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN C/S HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD (TDAH)</u>	30
2.1 INTERVENCIÓN (Tratamiento multimodal)	31
2.1.1 Tratamiento cognitivo-conductual	32
2.1.2 Tratamiento farmacológico	33
2.1.3 Tratamiento psicosocial	35
<u>CAPÍTULO III. PAPEL DE LA PSICOEDUCACIÓN Y EL ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN EL NIÑO CON TDAH</u>	36
3.1 Psicoeducación	36
3.2 Psicoeducación para profesores	36
3.3 Psicoeducación para padres	39
3.4 Habilidades sociales	41
3.5 Aplicación de la psicoeducación y el entrenamiento en habilidades sociales para el manejo del niño con TDAH dentro del aula	41

<u>CAPÍTULO IV PROPUESTA</u>	44
4.1 Planteamiento del problema	44
4.2 Objetivo General	44
4.3 Justificación	44
4.4. Título del taller	45
4.5 Participantes	45
4.6 Escenario	46
4.7 Materiales	46
4.8 Procedimiento	47
4.9 Carta descriptiva	47
ALCANCES Y LIMITACIONES	62
REFERENCIAS	65
ANEXOS	70

RESUMEN

En el presente trabajo documental, se realizó una investigación teórica, acerca del Trastorno por Déficit de Atención c/s Hiperactividad e impulsividad (TDAH), en el que se revisan desde los antecedentes históricos, hasta su diagnóstico y tratamiento; Así mismo contiene la revisión de estudios que guardan relación con la inteligencia y la evaluación neuropsicológica; tomando como referencia esto surge la necesidad de realizar un taller de entrenamiento para profesores en el manejo de alumnos con TDAH.

Palabras clave: Trastorno por déficit de atención c/s hiperactividad e impulsividad, modificación de conducta, psicoeducación, inteligencia emocional.

ABSTRACT

In this documentary work, a theoretical investigation was carried out about Attention Deficit Disorder with/without hyperactivity and impulsivity (ADHD), which are reviewed since its historical antecedents, diagnosis and treatment. This thesis also contains a review of studies related to intelligence and neuropsychological assessment; this reference urge to create a training workshop for teachers in the management of students with ADHD.

Keywords: attention deficit disorder with/without hyperactivity and impulsivity, behavior modification, psycho-education, emotional intelligence.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el Trastorno de Déficit de Atención c/s Hiperactividad e Impulsividad (TDAH), se ha convertido en una de las situaciones más comunes dentro de las aulas, la falta de aceptación de su existencia y la falta de elementos para manejarlo, dificulta la adaptación del alumno en el sistema educativo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta, que a nivel mundial en los infantes existe un 5% de prevalencia del TDAH. En Estados Unidos se sitúa entre el 2% y el 18%, en Colombia y España se ha reportado la existencia de un 14% al 18%. (Medina et al., 2003).

Apegado al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 2002), es la afección más común entre la población infantil, aflige tanto a los niños, como a las niñas y representa entre el 3% y el 7% de los niños en edad escolar.

De acuerdo a Vertiz (1992; García y García, 2005) se calcula que en México hay cerca de 1 millón 500 mil niños portadores de TDAH. La Dirección de los Centros Comunitarios de Salud Mental (Centros de Integración Juvenil, 2002), mencionó que uno de cada tres niños que solicitan atención, lo hacen por TDAH; mientras que, en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" constituye la primera causa en consulta externa; reportando una prevalencia del 28.6% (Hilguera y Pella, 2004).

La presente tesina tiene como objetivo, desarrollar los medios documentales y teóricos sobre el tema y ser un instrumento de formación para profesores en el manejo de los alumnos con TDAH, lo cual busca incrementar las posibilidades de manejo del alumno dentro del aula.

El primer capítulo contiene el marco teórico y está integrado por la revisión bibliográfica del TDAH como lo son: antecedentes históricos, conceptos, definición, etiología, prevalencia y diagnóstico, así como el desarrollo del niño en la edad intermedia.

En el segundo capítulo, se plantean los modelos de intervención empleados en el tratamiento del TDAH, haciendo énfasis en la intervención cognitiva-conductual y psicosocial.

El tercer capítulo hace un análisis del papel de la psicoeducación y el entrenamiento de las habilidades sociales en el niño con TDAH dentro del aula.

Finalmente el capítulo cuarto plantea la aplicación de un taller de entrenamiento a profesores de niños en educación primaria con TDAH, con la finalidad de informar y

proporcionar las estrategias necesarias para implementar en el aula. El taller tiene como principal objetivo entrenar al profesor con herramientas científicas teóricas y prácticas, que sustenten la aceptación del alumno con TDAH en el aula. De igual manera busca brindarle los recursos que favorezcan el manejo de este a través de tareas pedagógicas y adaptaciones curriculares, que faciliten su desempeño académico y la adaptación con el resto de sus pares.

CAPITULO I. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN C/S HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD

1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS

Diversos autores que han estudiado el trastorno por déficit de atención c/s hiperactividad e impulsividad (TDAH), han dado diferentes propuestas sobre el origen y desarrollo de este trastorno, por lo que se mencionan los que la literatura especializada considera más relevantes en este campo.

Aunque está descrito desde la antigüedad, es difícil aportar la primera referencia científica al respecto, e indudablemente su inclusión dentro de un trastorno específico. Algunos señalan a H. Hoffman en 1845 como el primer autor que describe claramente a un niño con déficit de atención e hiperactividad a mediados del siglo XIX. Fernández-Jaén (2001).

Posteriormente, Bourneville (1897, en Alves 2000) describe “niños inestables” caracterizados por una inquietud física y psíquica exagerada, una actitud destructiva, a la que se suma un leve retraso mental.

En 1902, Still describe y agrupa de forma precisa los síntomas. Señala niños violentos, revoltosos, destructivos, dispersos. Ya entonces añade la repercusión escolar como característica asociada, y la apunta incluso en niños sin déficit intelectual. Quedan sin aclarar los mecanismos y las causas, señalando un “defecto evolutivo en el control moral” como causa del trastorno, pero anotando indirectamente en algunos casos la presencia de rasgos hereditarios o de nacimiento (Fernández-Jaén, 2001)

En el año 1914, Tredgold, (citado por Brown, 2003), argumentó que podría ser causado por una disfunción cerebral mínima, una encefalitis letárgica en la cual queda afectada el área del comportamiento, de ahí la consecuente hipercinesia compensatoria; explosividad en la actividad voluntaria, impulsividad orgánica e incapacidad de quedarse quieto.

En 1934, Kahn y Cohen señalan el término “Síndrome de Impulsividad Orgánica” para explicar el origen orgánico del THDA. Estos autores señalan la difusión troncoencefálica como origen de la labilidad psíquica de estos niños y otras patologías conductuales (Elías, 2009)

Hartmann (2003), refiere que el termino anteriormente citado es sustituido por el de “Disfunción Cerebral Mínima” por Clements y Peters en 1942, apoyando la posibilidad de un origen funcional, no exclusivamente lesivo, que recogería niños con hiperactividad y dispersión atencional, sumado a otros trastornos del aprendizaje y problemas motores leves.

Entre 1950 y 1960, Strauss y Lehtinen infirieron que si los traumatismos craneoencefálicos y las secuelas posencefálicas, podían producir manifestaciones de hiperactividad, problemas de atención y de impulsividad, entonces todo niño que exhibiera esa sintomatología debería tener algún tipo de “daño cerebral mínimo” (Elías, 2009).

Tres décadas después, en 1970, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta revisión (DSM-IV) sustituyó el término disfunción cerebral mínima por el de “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad”. De igual manera la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la Clasificación Internacional de las Enfermedades mentales en su decima revisión (CIE-10) lo introdujo en el apartado de los “Trastornos Hiperkinéticos” (Alves, 2000).

De forma paralela, el Grupo de Estudio Internacional de Oxford en Neurología Infantil (1988, en Hartmann, 2003), recoge el término “síndrome de disfunción cerebral mínima” para clasificar pacientes con: hiperactividad, deterioro perceptivo motor, labilidad emocional, dispraxia, trastorno de atención, impulsividad, déficit de memoria, alteración del aprendizaje, trastorno del lenguaje y audición, signos neurológicos menores y/o electroencefalograma disfuncional.

En 1990, Barkley lo definió como “un trastorno del desarrollo” caracterizado por niveles de falta de atención, sobreactividad e impulsividad inapropiados desde el punto de vista evolutivo. Refirió que estos síntomas se iniciaban, a menudo, en la primera infancia,

eran de naturaleza relativamente crónica y no podían atribuirse a alteraciones neurológicas, sensoriales, del lenguaje o motoras graves; a retraso mental o a trastornos emocionales importantes. Estas dificultades eran asociadas normalmente a déficit en las “conductas gobernadas por reglas” y a un determinado patrón de rendimiento. (Servera, Bornas, Moreno, 2002).

En la siguiente tabla 1 se muestra el resumen de los antecedentes históricos del TDAH y la transformación del concepto a través de la historia.

Tabla 1 EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DEL TDAH

FECHA	AUTOR	APORTACIÓN
1845	Hoffman	“Síndrome de hiperactividad aunado a un comportamiento impulsivo y agresividad” “The Story of Fidgety Phil”
1897	Bourneville	“Niños inestables”
1902	Still	“Defecto de conducta moral”
1934	Kanh y Cohen	“Síndrome de Impulsividad Orgánica”
1942	Clements y Peters	“Disfunción cerebral mínima
1950 y 1960	Strauss y Lehtinen	“Lesión cerebral mínima
1992	OMS, Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9)	“Trastorno Hiperkinético”
1994	DSM-IV	“Trastorno de déficit de atención c/ hiperactividad en impulsividad. TDAH

Con base a lo anteriormente expuesto se concluye que el TDAH ha tenido diversos cambios en cuanto al concepto y a la sintomatología a lo largo del tiempo debido al contexto de cada época que influyen de una u otra manera en los estudios realizados por los diferentes autores.

1.2 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

Para una mejor comprensión del término de trastorno de déficit de atención c/s hiperactividad, se definirán a continuación cada uno de sus componentes, en base a la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) por sus siglas en inglés y otros autores.

1.2.1 TRASTORNOS DE DÉFICIT DE ATENCIÓN C/S HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD

Para comprender y entender el significado del TDAH, el aporte que hace la literatura es diverso, por lo tanto se presentaran las aportaciones más relevantes.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2002) lo define como un determinado grado de déficit de atención y/o hiperactividad-impulsividad, que resulta desadaptativo incoherente en relación con el nivel de desarrollo del niño y está presente antes de los 7 años de edad. Las manifestaciones clínicas deben persistir durante más de 6 meses. El cuadro debe ser más severo que lo observado en otros niños de la misma edad, el mismo nivel de desarrollo e inteligencia. Debe estar presente en varios ambientes como familia, escuela, amigos. Debe producir serios problemas en la vida diaria.

Ahora bien, según Barkley (1998), el TDAH es uno de los trastornos neuroconductuales más comunes en la infancia, el cual puede perdurar hasta la edad adulta. Considera que una persona con el TDAH experimenta un nivel crónico de falta de atención, hiperactividad impulsiva, o ambas conductas, lo cual compromete seriamente su funcionamiento diario. Los síntomas de este trastorno deben presentarse en niveles por encima de los esperados, para la etapa de desarrollo de una persona y deben interferir en la habilidad de esa persona, para funcionar en diferentes ambientes. Es probable que una persona que padece este trastorno, tenga constantes problemas en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.

Adicionalmente, Barkley (1998), ha establecido tres tipos de TDAH según el nivel de los síntomas que experimenta el individuo, los cuales son:

- *Predominantemente inatento.* Es difícil para el individuo organizar o terminar una tarea, prestar atención a los detalles, seguir instrucciones o una conversación. La persona afectada se distrae fácilmente u olvida los detalles de las rutinas diarias.
- *Predominantemente hiperactivo-impulsivo.* La persona se muestra inquieta y habla mucho. Le es difícil permanecer tranquila por mucho tiempo (p. ej., para comer o para realizar un trabajo). Los niños más pequeños tienden a correr, saltar o trepar constantemente. El individuo se muestra impaciente y tiene problemas de impulsividad. Cuando una persona es impulsiva, puede que interrumpa mucho a los demás, le quite cosas a otra persona o hable en momentos inoportunos. Se le dificulta esperar su turno u oír instrucciones. Una persona impulsiva puede tener más accidentes y lesiones que otras.
- *Combinado.* La persona afectada experimenta los síntomas de los tipos anteriores por igual.

Barragán (en Ruiz, 2007) define que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es una alteración neuroconductual, de origen biológico-genético, científicamente reconocida en el ámbito mundial como un problema de salud pública por sus repercusiones en la vida académica, laboral, social y de salud.

1.2.2 INATENCIÓN

La atención es un proceso de la inteligencia, que se desarrolla de acuerdo al crecimiento del niño, este va discriminando estímulos para enfocar su concentración a uno solo, sin embargo el proceso se dificulta cuando existe un trastorno de déficit de atención c/s hiperactividad e impulsividad, ya que el proceso para discriminar un solo estímulo se vuelve complicado. A continuación se presentan dos definiciones, una de la A.P.A. y otra de Laura Frade Rubio (psicopedagoga que realizó un trabajo para la adecuada inclusión de los niños que padecen este trastorno).

La A.P.A (2002), en su Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales refiere que las deficiencias de la atención, pueden manifestarse en situaciones académicas, laborales y sociales, resultándoles difícil persistir en una tarea hasta

finalizarla. A menudo parecen tener la mente en otro lugar, como si no escucharan o no oyeran lo que se les está diciendo.

A su vez, Frade (2006) refiere que cuando una persona es capaz de elegir el estímulo y quedarse concentrada en él por un tiempo, está poniendo atención; pero cuando inmediatamente cambia de estímulo, ya no lo está haciendo y esto impacta su manera de percibir, memorizar, analizar el mundo y, sobre todo el de actuar sobre su entorno.

Lo expuesto por Barragán (en Ruiz, 2007), refiere que la atención es una construcción multidimensional, que se usa para describir una amplia variedad de fenómenos cognitivos y conductuales. Hay diferentes tipos de atención, entre los cuales se han descrito los siguientes:

- Estado de alerta
- Atención enfocada: habilidad de estimular e inhibir la atención, dependiendo del estímulo recibido.
- Atención sostenida: habilidad para conservar la atención por un periodo prolongado de tiempo.
- Atención selectiva: capacidad para atender un estímulo relevante en presencia de otros estímulos poco significativos.
- Atención funcional: capacidad y calidad de atención.

De acuerdo con estas definiciones, un niño en edad escolar con una alteración en el proceso de atención, tendrá dificultades para enfocar su concentración, por lo que requiere de estrategias que le permitan discriminar estímulos y así favorecer su aprendizaje.

1.2.3 HIPERACTIVIDAD

La hiperactividad es un comportamiento que se caracteriza por una actividad excesiva y fuera de lo común, que se presenta con más notoriedad en la edad escolar.

Belloch, Sandin, & Ramos (1995), refieren que el síndrome de hiperactividad, se ha descrito como un conjunto de síntomas de intranquilidad motora, de impulsividad reducida, capacidad atencional, de dificultades específicas de aprendizaje y de inestabilidad emocional. También es conocido como síndrome hiperkinético y disfunción

cerebral mínima, por aquellos profesionales que creen, que el trastorno tiene su etiología biológica o neurobiológica, por presentar los llamados “signos blandos”. Según el criterio de estos autores, se ha observado que dicho síntoma tiene una incidencia muy superior en niños que en niñas, desde 4 veces más frecuente en niños hasta 9 veces más. Cuando un niño no presenta daño neurológico conocidos y sus puntuaciones son normales en capacidad intelectual, se considera que posee dicho síndrome si muestra dificultades en el aprendizaje, realiza tareas escolares a un nivel muy inferior al de otros niños de su edad y se distrae con facilidad.

En el DSM-IV (2002), la hiperactividad puede variar en función de la edad y el nivel de desarrollo del sujeto. Puede manifestarse por estar inquieto o retorciéndose en su asiento, por un exceso de correr o saltar en situaciones en que resulta inadecuado hacerlo; experimentando dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio, aparentando estar a menudo en marcha y/o hablando excesivamente.

En relación a esta definición, cabe resaltar que en esta etapa de edad escolar existe una desadaptación en las reglas y normas sociales, que pueden confundirse con el trastorno negativo-desafiante, además el niño tiende a presentar dificultades para permanecer sentado en su lugar o a terminar sus tareas escolares anticipadamente.

1.2.4 IMPULSIVIDAD

La literatura revisada, refiere que la impulsividad es un acto involuntario, por lo que en las etapas de edad escolar tiene repercusión en la relación con los pares.

Así mismo el DSM-IV (2002), define que la impulsividad se manifiesta por la impaciencia, dificultad para aplazar respuestas, o precipitarlas antes de que las preguntas hayan sido completadas; dificultad para esperar su turno, interrumpir o interferir frecuentemente a otros hasta el punto de provocar problemas en situaciones sociales, académicas y laborales. Además, los niños impulsivos hacen comentarios fuera de lugar, no atienden las normas que se les dan, inician conversaciones en momentos inadecuados, interrumpen excesivamente y se inmiscuyen en los asuntos de los demás; se apropian de objetos de otros, tocan cosas que no debieran, etc. La impulsividad puede dar lugar a accidentes y a incurrir en actividades potencialmente peligrosas, sin considerar sus posibles consecuencias.

Barragán (en Ruíz, 2007), menciona que el comportamiento de los niños impulsivos se caracteriza por escasa regulación de sus respuestas conductuales; Debido a que parecen actuar sin pensar. Algunos investigadores han argumentado que la poca regulación observada, es consecuencia de la falta de control, sobre tres procesos fundamentales en la inhibición del comportamiento: incapacidad para controlar el impulso, dificultad para detener una respuesta iniciada y deficiencia en la planeación de sus actividades.

De acuerdo con la experiencia laboral, se ha observado que los niños en edades escolares, tienden a realizar actos impulsivos que les dificulta la adaptación en su entorno y sobre todo con sus pares, así como al nivel académico, específicamente en la lectura y escritura.

1.3 ETIOLOGÍA

A lo largo de la historia, diversos autores han estudiado las causas genéticas, ambientales y neuroquímicas del TDAH, por lo que se han encontrado teorías contundentes que afirman la presencia de este trastorno, las cuales se corroboran en la experiencia práctica profesional.

1.3.1 Hereditario

Respecto a este componente, Solloa (2009), refiere que generalmente, al obtener los antecedentes familiares de los niños con déficit de atención e hiperactividad, se encuentra que el padre presentó los mismos síntomas de pequeño. De igual manera, el hecho de que el trastorno se manifieste, con mayor frecuencia en hombres, ha llevado a que se investiguen los antecedentes hereditarios familiares del padre y la madre, con el fin de identificar las patologías familiares ligadas al síndrome, encontrándose una mayor prevalencia de sociopatía, histeria y alcoholismo en los padres y madres de estos niños. Diversos estudios en la literatura muestran resultados similares en relación con el riesgo que tienen los padres de individuos con TDAH en futuros embarazos; dicho riesgo se calcula dos a ocho veces mayor en comparación con parejas que no han tenido este antecedente, lo cual confirma el papel que desempeña el grado de parentesco y la presencia de TDAH en adultos.

Diversos estudios de este tipo, llevados a cabo por Biederman, et. al (1995)., han encontrado que los parientes de primer grado de los afectados tienen mayor riesgo de presentar TDAH en muestras controladas por género, generación, estado de salud de la familia y clases social. Además, en estos estudios se observan tasas altas de otros trastornos como los de conducta, ansiedad y depresión mayor.

Elías (2009), describe que existen estudios realizados en los familiares de niños con TDAH, en donde se afirma que los hermanos de niños con TDAH son cinco a siete veces más propensos a desarrollar este síndrome, en comparación con los sujetos que no cuentan con antecedentes familiares al respecto.

En relación con los estudios en gemelos, la mayoría de las pruebas genéticas se basan en estudios realizados en gemelos monocigóticos. En la Universidad de Colorado, Jaquelin J. Gill y sus colaboradores hicieron saber en 1992 que el riesgo de que gemelos idénticos no gemelos presenten TDAH es 11 a 18 veces mayor que el que corren los hermanos no gemelos; asimismo se observó que existe de 55 a 92% de probabilidades de que el hermano gemelo idéntico desarrolle eventualmente esta condición (concordancia intragemelar).

En el caso de un hijo adoptivo los padres solo pueden conferir el riesgo a partir del medio. Los parientes adoptivos de niños con TDAH son menos propensos a presentar este desorden u otros desordenes asociados, en comparación con los parientes biológicos de niños con TDAH. (Elías, 2009)

Gutiérrez (en Ruiz 2007), menciona que los estudios de familias de gemelos y de adopción han informado heredabilidad mayor de 0.5; a pesar de que los mecanismos genéticos específicos no se han documentado definitivamente; se han comunicado dos genes de la dopamina asociados a este trastorno.

1.3.2 Neurofisiológicas

Mayén & Urraca, (en Ruiz, 2007), indican que este componente cuenta con hallazgos que ponen en evidencia su participación en el origen del TDAH, uno de ellos, son los estudios de electroencefalograma, los cuales han encontrado un alto porcentaje de los niños diagnosticados con TDA-H tienen electroencefalogramas anormales (de 35 a 50%). La anomalía reportada con más frecuencia es una actividad cerebral lenta, difusa y en general ausencia de una cantidad apropiada de ondas alfa para la edad. Todo esto se denomina como patrones inmaduros de funcionamientos, y se interpreta como un retraso en la maduración del sistema nervioso central.

Gutiérrez (en Ruiz 2007), refiere que Zamatkin y colaboradores demostraron, que en adultos con antecedentes de TDAH en el inicio de la niñez, tenían un déficit del 8% en la captación de glucosa, en comparación con el grupo control; tal deficiencia predominaba en las regiones prefrontal y premotora del cerebro. La región frontal es la que ejerce mayor regulación en la conducta: controla impulsos, permite planear o anticipar, y sirve como sitio donde se inicia la conducta. Recibe información de estructuras bajas del encéfalo, que regulan el despertar y elimina los estímulos irrelevantes. También acepta impulsos del circuito límbico que es el asiento de emociones, el hambre, la sed, la sexualidad y otros impulsos psicológicos. De esta manera los lóbulos frontales producen información sensitiva y cognitiva, organizan la atención y funcionan como una puerta de entrada a la actividad.

1.3.3 Neurotransmisores

Para Solloa (2009), la efectividad terapéutica de los estimulantes, es una prueba indirecta de que un factor etiológico, asociado a este trastorno es un funcionamiento inadecuado de las catecolaminas. Los estimulantes parecen tener un efecto altamente específico, ya que no sólo actúan como tranquilizantes, sino que también aumentan los lapsos de atención, disminuyen la agresión y mejoran la conducta en general. Se cree que los niños con déficit en la atención poseen niveles inhibitorios bajos en el sistema nervioso central, y los medicamentos estimulantes realmente actúan como estimulantes activando el sistema nervioso central y aumentando los bajos niveles de inhibición. Por lo anterior, la mayoría de los estudios sobre TDAH y la neuroquímica cerebral, se relacionan con alteraciones en las catecolaminas cerebrales, principalmente en la dopamina, la

norepinefrina y la noradrenalina. Se sabe que los estimulantes pueden actuar sobre las catecolaminas, inhibiendo la recaptura o su degradación, o bien, acrecentando su liberación o activando receptores. Todas estas acciones causan un incremento de dopamina o norepinefrina en el nivel sináptico, por tanto si los estimulantes mejoran los síntomas del TDAH y trabajan en los sistemas de catecolamina, se infiere que el TDAH se relaciona con las catecolaminas.

En relación a las teorías que sustentan la presencia del TDAH, de orden genético pueden ser palpables, ya que en la práctica como psicóloga, se ha encontrado la incidencia en niños que presentan TDAH, también manifestado por uno de los padres, directamente observado en el padre, así como en uno de los hermanos.

De igual manera en la etiología que guarda relación con los neurotransmisores, en específico la dopamina, la elección del medicamento como el Ritalin y su eficacia en el TDAH es evidente, se observa una mejoría y disminución de los síntomas de desatención, hiperactividad e impulsividad en el niño en su entorno escolar, lo que se denota en su proceso de aprendizaje. de acuerdo con los casos estudiados en la práctica profesional.

1.4 PREVALENCIA

En relación a la prevalencia de este trastorno, diversos autores han coincidido en relación, a la población, el sexo y edad.

Existe una mayor incidencia del TDAH en varones que en mujeres. Un trabajo desarrollado con una amplia muestra de niños de edades comprendidas entre los 4 y los 16 años (Miranda, Amado & Jarque, 2001), se encontraron datos de prevalencia del 9% para los varones y del 3,3% para las mujeres.

En una investigación realizada en una población rural del Estado de México, encontraron que la prevalencia de TDAH en niños de 2º a 4º grados de primaria era de 21.7% al hacer el diagnóstico según los criterios del DSM III-R, y de 6.8% al utilizar un cuestionario para maestros (ACTeRS). La incidencia fue mayor en los varones en una proporción de tres varones por cada niña. Se estima que entre 3 y 10% de los niños en edad escolar presentan este trastorno, el cual frecuentemente se encuentra acompañado por problemas de aprendizaje (Solloa, 2009).

La A.P.A. (2002), refiere que la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, se sitúa en el 3 y el 5% en los niños de edad escolar, presentándose con mayor frecuencia en los varones en una proporción de nueve varones por seis mujeres.

Barragán (en Ruíz 2007), refiere que el TDAH tiene una incidencia de 5% en la población abierta de niños sanos. Aunque depende mucho del lugar y la población estudiada, la relación de presentación entre varones y mujeres (de acuerdo al síntoma valorado, especialmente en la hiperactividad) es de 2:1 hasta 4:1. La edad en que se manifiesta el TDAH es variable. Algunos de los síntomas aparecen de modo habitual en la etapa preescolar y se exacerban, cuando los niños ingresan al último año de preescolar o al iniciar la primaria, lo cual se ha vinculado con mayor incremento en la exigencia de autocontrol, así como con aumento en la dificultad académica, hecho que torna evidente las diferencias de comportamiento entre pares.

1.4.1 Contexto Internacional

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad TDAH, es un problema de salud pública mundial, que afecta 4 a 10% de la población escolar, y se le considera el trastorno neuropsiquiátrico más frecuente de la infancia. Sánchez & Ruiz (en Ruiz 2007).

Alves (en Grau & Menenghello 2000), hace 13 años, la perspectiva en la situación de aquella época según los autores, refieren que una constante en todas las investigaciones de esos años, la mayor prevalencia se encontraba en el sexo masculino, las cifras epidemiológicas, oscilaban entre un 2,2% a un 9,9%. En Estados Unidos de América consideraban que la hiperactividad afectaba a un 5% de los niños escolares y en Brasil se encontró una prevalencia del 3,3%. En un estudio realizado en Alemania se encontraron variabilidad de 9,6% a un 17,8%.

Van-Wielink (2004), refiere que se ha descubierto que el TDAH existe en todas las poblaciones estudiadas, aún cuando sean de muy diversas áreas geográficas, estratos socioeconómicos o razas.

1.4.2 Contexto en México

Sánchez & Ruiz (en Ruiz 2007), se calcula que en México hay cerca de 1 millón 500 mil niños portadores de TDAH. En México, en 2002, por iniciativa de la Academia Mexicana de Pediatría (AMP), se integró un grupo de pediatras, psiquiatras y neurólogos en el Primer Consenso para el tratamiento farmacológico del TDAH y sus comorbilidades, en Cuernavaca, Morelos, y en 2004 se realizó el segundo Consenso Nacional de expertos para el tratamiento farmacológico del TDAH, en la Hacienda Galindo, en Querétaro. En 2005, nuevamente con el impulso de la AMP, se consolidó una revisión para el avance diagnóstico y terapéutico interinstitucional entre el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), el Instituto Nacional de Pediatría (INP) y el Instituto Nacional Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG)

Ese mismo año, el trabajo conjunto del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro (HPIJNN) y el INPRFM lograron la primera publicación del algoritmo farmacológico para niños y adolescentes con TDAH.

Bajo el liderazgo del doctor Eduardo Barragán, el 5 de diciembre de 2005, se logró la integración del Grupo de Expertos Nacionales para el Estudio del TDAH como Asociación Civil (GENPE-TDAH, A. C.). Se reunieron como sus miembros fundadores investigadores del HIMFG, el INP, el INPRFM y la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Uno de sus primeros objetivos fue la organización del Primer Consenso Latinoamericano para el TDAH, el cual se desarrolló en la Ciudad de México el 17 y 18 de junio de 2007, donde se reunieron 130 especialistas de 19 países de Latinoamérica. Gracias a la vinculación del GENPE-TDAH, A. C., con la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM), se logró la publicación de los 14 trabajos de las mesas correspondientes para las áreas de diagnóstico y clasificación, 4 clinimetría, 5 rehabilitación neuropsicológica, 6 comorbilidades, 7 algoritmos de tratamiento para preescolares, 8 escolares, 9 adolescentes y adulto 11, así como paraepilepsia y TDAH, 12 entre otras. Después de la reunión del consenso GENPE-TDAH, A. C., publicó para México y para Latinoamérica las revisiones de los trabajos del consenso y la Declaración de México para el TDAH.

En México, la Dirección de los Centros Comunitarios de Salud Mental (Centros de Integración Juvenil, 2002), mencionó que uno de cada tres niños que solicitan atención, lo hacen por TDA-H; mientras que, en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” constituye la primera causa en consulta externa (Vertiz, 1992; García y García, 2005) siendo

la prevalencia en este hospital de la Ciudad de México del 28.6% (Hilguera y Pella, 2004). A pesar de que en nuestro país se han llevado a cabo estudios para determinar la prevalencia de TDAH, aun no existen datos oficiales.

1.5 DIAGNOSTICO

Para establecer un diagnóstico claro y objetivo del TDAH, se requiere que quien lo realice, tenga como base claro los signos y síntomas, basado mediante la historia clínica de cada paciente, es decir la historia de desarrollo que incluye los datos prenatales, perinatales y postnatales, historial académico, entrevista a padres y maestros, es así como se establece el diagnóstico basado en los criterios expuestos a continuación por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El DSM-IV (2002) y la CIE-10 (2008) han adoptado criterios casi idénticos para la identificación de los síntomas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad; sin embargo, son todavía evidentes las diferencias significativas entre los dos sistemas, nosológicos en sus algoritmos diagnósticos (el número de criterios de cada dominio requeridos para el diagnóstico), en el papel de la inatención, en la definición de persistencia a lo largo de distintas situaciones y en el papel de dicha relación.

A continuación se citan los criterios establecidos por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y Organización Mundial de la Salud (CIE-10).

1.5.1 MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS DESÓRDENES MENTALES (DSM IV).

De acuerdo con el Manual de diagnóstico y estadístico de los desórdenes mentales (DSM-IV, 2002) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), se establecen los criterios para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

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

Desatención:

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

Hiperactividad

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

Impulsividad

- a) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- b) A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- c) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. Ej., se entromete en conversaciones o juegos).

Así mismo el DSM-IV considera las siguientes tipificaciones:

- a) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado. Si se satisfacen los criterios de desatención, hiperactividad e impulsividad durante los primeros 6 meses.
- b) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo predominio del déficit de atención, si se satisface los criterios de desatención, pero no los criterios de hiperactividad e impulsividad durante los primeros 6 meses.
- c) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo predominio hiperactivo-impulsivo, si se satisface el criterio de hiperactividad e impulsividad pero no el criterio de desatención, durante los 6 primeros meses.
 - A. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.
 - B. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela o el trabajo y en casa).
 - C. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
 - D. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad)

Se pueden llevar a cabo tres tipos de diagnóstico de TDA-H: (1)

- 1.- Trastorno por déficit de atención con predominio de síntomas de inatención: cuando se cumplen los criterios para inatención pero no todos los de hiperactividad-impulsividad.
- 2.- Trastorno por déficit de atención con predominio de síntomas de hiperactividad-impulsividad: cuando se cumplen los criterios de hiperactividad pero no los de inatención.

3.- Trastorno por déficit de atención, hiperactividad, tipo combinado: cuando se cumplen los criterios de inatención y de hiperactividad-impulsividad.

1.5.2 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES MENTALES (CIE-10).

De acuerdo a la CIE (2008) La organización mundial de la salud (OMS), lo clasifica como Trastorno Hiperactivo, para establecer el diagnóstico requiere de la presencia clara de niveles anómalos de déficit de atención, hiperactividad e inquietud, que deben ser generalizados a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones, no debiendo ser causadas por otros trastornos, tales como el autismo o los trastornos afectivos.

Déficit de atención. Al menos seis de los siguientes síntomas de déficit de atención persisten por al menos seis meses, en un grado que es maladaptativo e inadecuado al nivel de desarrollo del niño:

- 1) Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
- 2) Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
- 3) A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice
- 4) Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones que le hayan sido encargadas en el trabajo (no originada por una conducta deliberada de oposición ni por una dificultad para entender las instrucciones).
- 5) Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
- 6) A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- 7) A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, tales como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas.
- 8) Fácilmente se distrae ante estímulos externos.
- 9) Con frecuencia olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

Hiperactividad. Al menos tres de los siguientes síntomas de la hiperactividad persisten durante al menos seis meses, en un grado maladaptativo e inadecuado al nivel de desarrollo del niño.

- 1) Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies removiéndose en el asiento.
- 2) Abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
- 3) A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas (en los adolescentes o en los adultos puede manifestarse solamente por sentimientos de inquietud)
- 4) Es, por lo general, inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
- 5) Persistentemente exhibe un patrón de actividad motora excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

Impulsividad. Al menos uno de los siguientes síntomas de impulsividad persiste durante al menos seis meses, en un grado maladaptativo e inadecuado al nivel del desarrollo del niño.

- 1) Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
- 2) A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo
- 3) A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros (por ejemplo, irrumpe en las conversaciones o en los juegos de los demás)
- 4) Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las consideraciones sociales.

El inicio del trastorno no es posterior a los siete años de edad.

Carácter generalizado. Los criterios deben cumplirse para más de una sola situación, es decir, la combinación de déficit de atención e hiperactividad deben estar presentes tanto en el hogar como en el colegio, o en el colegio y en otros ambientes donde el niño puede ser observado, como pudiera ser la consulta médica (la evidencia de esta generalización requiere, por lo general, la información suministrada por varias fuentes. La información de los padres acerca de la conducta en el colegio del niño no es del todo suficiente).

Barragán (en Ruiz, 2007), en su revisión, han propuesto las siguientes recomendaciones para valorar la intensidad de los signos y síntomas.

Leve: no causa alteraciones importantes en el desarrollo o no afecta la funcionalidad del individuo con respecto a su entorno.

Moderado: quizás genere algunas alteraciones en el desarrollo y requiere supervisión.

Grave: los síntomas causan alteración intensa en el desarrollo, disfunción social, o conductas persistentes e intensas que modifican la habilidad del niño, para aumentar funciones en su desarrollo psicosocial. La disfunción social es el factor que mide la gravedad de los síntomas y la necesidad de tratamiento, ya que el rechazo de amigos, parientes y compañeros de aula, determina en gran medida el desarrollo de la personalidad.

De acuerdo con los criterios anteriormente expuestos por las dos clasificaciones, se concluye que ambas coinciden en los signos y síntomas del TDAH, sin embargo la Asociación Americana de Psiquiatría tiene una definición clara de los criterios a diagnosticar para dicho trastorno, los cuales son notorios en la conducta del paciente.

Es importante mencionar, que de acuerdo con Ruiz (2009) esta nueva clasificación de la intensidad de los síntomas, coincide en la observación de los casos de TDAH que se han realizado en la práctica, así mismo se denota un deterioro significativo en el entorno social de cada alumno.

1.6 EVOLUCIÓN

La mejoría de los síntomas del TDAH en un paciente dependerá, de un diagnóstico temprano, de la adherencia al tratamiento, de la participación de los padres, profesores y escuela, ya que se ha observado en la práctica profesional que los alumnos que tienen una intervención multidisciplinaria tienden a tener un mejor rendimiento escolar, incremento en el aspecto académico, mejora de sus habilidades sociales y su autoestima, que aquellos que no reciben ningún tipo de tratamiento o aquellos que lo inician y lo abandonan, los síntomas del TDAH y los trastornos asociados tienden a incrementar con mayor intensidad.

Hechtman refiere en un estudio realizado por Biederman y cols., 1998; citado por Brown (2003). Cuando se tienen en cuenta los síntomas conductuales, muchas personas que

padecieron TDA, en su niñez parecen superar sus síntomas en la adolescencia. Sin embargo, cuando las alteraciones de la atención están presentes en la infancia, con o sin hiperactividad, tienden a persistir en la adolescencia y edad adulta, frecuentemente creando problemas a los afectados en la escuela, el trabajo y relaciones sociales.

En 1995 Achenbach y cols, (en Brown 2003), publicaron los resultados de un amplio estudio realizado, durante 6 años con adolescentes de ambos sexos que estaban en la transición de la edad adulta. Los resultados indicaron que los déficits de atención en la infancia tendían a perdurar al principio de edad adulta, generalmente sin la persistencia de problemas significativos de hiperactividad-impulsividad, sino también más perjudiciales. También se vio que al principio de la edad adulta, los problemas de atención estaban asociados a alteraciones significativas en el trabajo y en las relaciones sociales. Así mismo el paciente con TDAH residual y en edad adulta tiende a presentar además de la inestabilidad laboral, la inestabilidad en pareja, el uso frecuente de drogas es común.

Lozano (en Grau & Menenghello 2000), refiere que entre el 35-40% de los adolescentes con TDAH, continúan presentando manifestaciones de TDAH en la vida adulta. Las manifestaciones clínicas adquieren características diferentes a las otras edades, debido a dos circunstancias: la cronicidad del trastorno, que favorece el desarrollo de un estilo de vida muy peculiar, y la influencia de los factores psicosociales.

1.7 ETAPA DEL DESARROLLO EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN C/S HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD (TDAH) EN POBLACIÓN ESCOLAR

A continuación se analizan tres teorías del desarrollo cognitivo del niño en las edades de 6 a 12 años, desde el punto de vista de Piaget, Erickson y Freud, para ubicar el nivel cognitivo, entorno social y nivel afectivo de este. Es importante su análisis debido a que debe considerarse y ubicar al alumno en las características propias de su desarrollo.

1.7.1 Etapas de desarrollo cognitivo según Piaget, Freud y Erickson

Durante la etapa de las operaciones concretas, los niños muestran una mayor capacidad para el razonamiento lógico, aunque todavía a un nivel concreto. El pensamiento del niño sigue vinculado a la realidad empírica. En esta etapa, los niños

pueden arreglar objetos en clasificaciones jerárquicas y entender relaciones de inclusión de clase (la inclusión de objetos en diferentes niveles de la jerarquía al mismo tiempo) y también son capaces de seriación. La capacidad de agrupar las cosas en categorías permite que los niños expandan la extensión de su conocimiento mediante inducciones basadas en categorías. Son aptos para concluir que una propiedad que es cierta para los miembros de una categoría, también puede serlo para los miembros de otra. La conservación se refiere al reconocimiento de que las propiedades de las cosas, como el peso o el volumen, no son alterados al modificar su recipiente o forma (Piaget en Philip R. 1997).

Saffer & Kipp (2007), citan las etapas de desarrollo cognitivo, analizadas por Erickson y Freud. La etapa psicosocial de Erickson comprendida en las edad de 6 a 12 años, conocida como Industriosidad vs Inferioridad, refiere que el niño debe dominar importantes habilidades sociales y académicas.. Si es bastante industrioso, las adquirirá y se sentirá seguro. De lo contrario sobrevendrán sentimientos de inferioridad debido a que en este periodo se compara con sus pares Los profesores y los pares son importantes agentes sociales.

Eissman (en Grau & Manenghello, 2000), el niño deberá luchar contra sus sentimientos de inferioridad y esforzarse en aprovechar las oportunidades de aprendizaje que le brinda el medio y experimentar con ellas.

De acuerdo a Freud (Saffer & Kipp, 2007) refiere que la etapa de desarrollo cognitivo, se llama Latencia, esta comprende la edad de 6 a 12 años, y esta etapa señala que debido a los traumas de la etapa fálica los conflictos sexuales son reprimidos y los impulsos eróticos son reencauzados hacia el trabajo escolar y el juego vigoroso. El yo y el superyó continúan desarrollándose conforme el niño va aprendiendo en la escuela más habilidades de resolución de problemas e internalizando los valores sociales

A continuación se describe en la Tabla N.2 (Saffer & Kipp, 2007).

<i>AUTOR</i>	<i>EDAD</i>	<i>ETAPA</i>	<i>CARACTERISTICAS</i>
PIAGET	7 a 11 años	Etapa de las operaciones concretas	<ul style="list-style-type: none"> • flexible • reversible • multidimensional • menos egocéntrico • se caracteriza por el uso de inferencias lógicas • busca relaciones causales
ERICKSON	6 a 12 años	Industriosidad vs Inferioridad	<ul style="list-style-type: none"> • Dominio de habilidades sociales. • Construye • Productividad
FREUD	6 a 12 años	Latencia	<ul style="list-style-type: none"> • juego vigoroso • resolución de problemas • internalización de valores sociales

De acuerdo con las tres teorías analizadas, se concluye que el niño en la etapa escolar experimenta diversos cambios, a nivel intelectual – aprendizaje-, emocional y conductual. En relación a su desarrollo cognitivo, los procesos de atención en esta etapa se hacen importantes, ya que el niño va seleccionando los estímulos conforme va creciendo, lo que repercute notablemente en su desarrollo emocional y de aprendizaje, pues como lo menciona Erickson y Freud, en esta etapa los profesores y sus pares son importantes en el desarrollo de la autoestima.

1.7.2 Trastorno de déficit de atención con hiperactividad e impulsividad en la edad escolar (5 a 12 años)

A continuación se analizan las conductas específicas en un alumno con TDAH dentro de un entorno escolar, las cuales intervienen y alteran su entorno social, con sus pares y sus maestros.

Miranda et al. (2001), refieren que cuando el niño hiperactivo comienza la etapa de escolarización formal, llegan a ser especialmente evidentes sus dificultades para permanecer sentado, inhibir conductas impulsivas, prestar atención y seguir las instrucciones de los profesores. Además en relación con el rendimiento académico, los escolares llegan a presentar patrones de ejecución variables a lo largo del tiempo, dichos autores aseveran que las deficiencias atencionales y organizativas se denotan con mayor claridad.

Mendoza (2003), acota que el niño de esta edad ya debe haber desarrollado habilidades sociales, emocionales y pedagógicas para tener éxito en el ambiente (atención, control de impulsos, tolerancia a la espera, destreza motora, discriminación perceptual o habilidad para identificar y reconocer estímulos visuales, como la posición de las letras).

En relación a los niños con TDAH sus periodos de atención varían significativamente de otros niños de su misma edad; no pueden llevar a cabo instrucciones que incluyan dos o tres comandos a la vez; no pueden terminar sus trabajos y suelen brincar de una actividad a otra; sus constantes saltos de una a otra idea los llevan a no centrar sus intereses en un solo objetivo, por lo que no pueden atender a los detalles que la escuela exige; no pueden permanecer en su lugar o en silencio mientras se da una explicación; interrumpen al maestro y a sus compañeros; pierden sus útiles y materiales de trabajo o se presentan al salón de clases sin ellos. (Mendoza, 2003).

Algunos niños presentan dificultades en el aprendizaje de la lectura y escritura. Pueden por ejemplo centrar su atención en detalles no importantes en la lectura; no podrán resumir o rescatar información implícita de un texto, pues esto requiere atención sostenida, concentración y búsqueda de significantes. La ortografía es una actividad especialmente compleja para ellos, por lo tanto tienden a escribir las palabras como suenan; sus cuadernos no siguen un orden, porque para ellos es lo mismo empezar a la mitad de una hoja que al

final de la misma. No respetan renglones, no usan regla para subrayar, omiten letras, sílabas y palabras, por lo que su escritura suele ser ilegible. Mendoza (2003),

Otros niños pueden manifestar problemas en el área de las matemáticas exclusiva o conjuntamente; suelen olvidar los pasos necesarios para las mecanizaciones, o no pueden ubicar los números adecuadamente en unidades, decenas y centenas, o confunden los conceptos. Sumado a lo anterior, Mendoza (2003) INDICA que al clasificar o seriar, el niño enfrenta problemas, ya que únicamente busca salir del paso y terminar la tarea, debido a su impulsividad o tal vez solo pueda centrar su atención en una característica sin tomar en cuenta las otras variables.

Respeto a su desarrollo social y afectivo, Mendoza (2003), enfatiza que estos también se ven afectados, ya la impulsividad les acarrea una serie de conflictos que por sí solos, no son capaces de identificar; al presentársele una situación en la que debe actuar con las características esperadas para la madurez de un niño de su edad cronológica.

1.8 EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA

Una de las herramientas necesarias en el diagnóstico temprano del TDAH, es la evaluación neuropsicológica, en mi trabajo como psicóloga, el procedimiento principal es aplicar al alumno una batería de pruebas en las que destacan, el WISC-R, Bender, Prueba informal de lecto-escritura y pruebas proyectivas como el Machover. Es necesario complementarla con la entrevista a los padres, ya que se requiere de la exploración de la historia del desarrollo del niño, escala de Corners para profesores y padres, la observación de la conducta dentro del aula por parte del psicopedagogo es de gran importancia. El fin de la evaluación como lo refiere Monga & Fournier (1997), tiene una finalidad educativa, ya que se basa en el interés por conocer el perfil neuropsicológico de cualquier escolar, con el fin de adecuar los planes y estrategias de intervención (educativa, psicológica y rehabilitadora) a las características propias de cada alumno.

Las escalas de inteligencia Wechsler han sido, unos de los instrumentos usados para evaluar las funciones ejecutivas; que mediante análisis factorial (Kauffman, 1982 en Sattler, 1998), se ha encontrado, además de los factores propuestos por su autor, que evalúa otros tres factores: a) factor de comprensión verbal (FCV), que mide el conocimiento que se adquiere con la educación formal, expresado por la aplicación de habilidades verbales a situaciones nuevas, y conformado por las subpruebas de información, semejanzas, vocabulario y comprensión; b) factor de organización perceptual (FOP), que mide la

capacidad para organizar e interpretar el material comprendido visualmente en un tiempo determinado, integrado por las subescalas de figuras incompletas, ordenación de dibujos, diseños con cubos, ensamble de objetos y laberintos; c) factor de independencia a la distracción (FID), que mide la capacidad de distracción formado por subescalas de aritmética, claves y retención de dígitos. Esquivel y Ancona et al. (2007).

Uno de los déficits que más se ha relacionado con las dificultades del aprendizaje en el TDAH, son los referidos a las funciones ejecutivas, entendidas como habilidades en estrategias de planificación, así como una inhibición y lentitud en la respuesta. Estos déficits se han relacionado, de otra parte, con ciertas anomalías cerebrales, especialmente frecuentes en niños con TDAH: alteraciones en la corteza prefrontal derecha, núcleo caudado, globo pálido y núcleo caudado. Díaz (1991).

Frade (2006), refiere que normalmente para identificar los problemas de aprendizaje, se requiere de una valoración psicopedagógica, de manera que se evalúen las dificultades y fortalezas en el aprendizaje de una persona. Para hacerlo se aplicaran exámenes que destaquen sus habilidades y destrezas, lo que puede y lo que no puede hacer, buscando las razones por las cuales no lo hace. Además se busca obtener información sobre los diferentes ambientes en los que se mueve el niño o la niña, ubicando cómo afectan dichos ambientes en el proceso académico. Los niveles que se evalúan son: la escuela, la familia, el medio social y el personal.

1.8.1 Funciones ejecutivas del cerebro

Freides (2007), refiere que Barkley en 1997 resumió el concepto actual de las funciones ejecutivas, cuyo concepto clave es el de la inhibición: la atención selectiva con esfuerzo requiere que muchas respuestas predominantes, como las que son provocadas por novedades o estímulos activadores del sistema límbico, se inhiban el tiempo suficiente para facilitar que se produzca pensamiento, examen de consecuencias y selección entre respuestas alternativas, y planificación. Los cuatro grupos principales de funciones ejecutivas, que han de desarrollarse para posibilitar esto son: la memoria de trabajo, disponibilidad mental de información detallada reciente no verbal, que es necesaria para resolver el problema; la internalización del habla, medios para detener el flujo de acción y tomar tiempo para hablar internamente con uno mismo y reflexionar sobre las posibles soluciones y consecuencias; la autorregulación del afecto/activación, que es la inhibición

de la expresión inmediata de la emoción, negativa y agresiva; la reconstitución, que es la habilidad para resolver problemas, consiste en la habilidad de descomponer las secuencias conductuales en sus elementos componentes (análisis) y la selección, secuenciación y recombinación (síntesis), para ejecutar una respuesta mejor con el fin de alcanzar los objetivos propuestos.

Galindo & Molina (en Ruiz 2007), refieren que en modo más reciente el TDAH ha sido considerado como un trastorno del neurodesarrollo, en el que se encuentran alteraciones específicas de las funciones ejecutivas. En el contexto neuropsicológico la atención, es el resultado de un conjunto de distintos procesos cognoscitivos, varios autores distinguen al menos cinco tipos: dirigida, selectiva, dividida, sostenida y esforzada.

Núñez, cita que Barkley (en Ruiz 2007), define la autorregulación o el autocontrol, como cualquier respuesta o cadena de reacciones del individuo que altera la probabilidad de que ocurra una respuesta, que normalmente sigue a un acontecimiento, y que además, altera a largo plazo la probabilidad de sus consecuencias asociadas.

Núñez (en Ruiz 2007) refiere que los niños con TDAH se encuentran alteradas las siguientes funciones ejecutivas:

- memoria de trabajo: Es un mecanismo de almacenamiento temporal, que hace posible la retención simultánea de algunos datos de la información en la mente, compararlos, contrastarlos o relacionarlos entre sí. El niño manifiesta una dificultad para seguir instrucciones, para el cálculo mental, el deletreo, la ortografía y las habilidades para resumir y parafrasear.
- Activación, esfuerzo sostenido y manejo de emociones: El niño con TDAH mostrara dificultades que incluyen la habilidad para activar y conservar el esfuerzo sostenido a lo largo de una tarea, así como tolerar la frustración.
- Solución de problemas complejos: Mostraran dificultad para descomponer una situación nueva, analizar los componentes y volverlos a organizar para formar una nueva idea.
- Internalización del lenguaje: presentaran dificultades para autorregular su propia conducta a través del lenguaje interno, por lo cual se les dificulta lograr autoconciencia de los propios procesos cognitivos, autodirigir su proceso de aprendizaje y aplicar estrategias acertadas para la solución de problemas.

CAPITULO II MODELOS DE INTERVENCION EMPLEADOS EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN C/S HIPERACTIVIDAD (TDAH)

De acuerdo con la experiencia práctica, para poder intervenir a un paciente niño debe la edad establecida de este estudio, a quien correctamente se ha diagnosticado TDAH, la intervención y el tipo de tratamiento adecuado serán importantes para un buen pronóstico en su vida adulta.

Entonces como lo menciona Garza (en Ruiz 2007), la entidad clínica indispensable para instaurar un tratamiento en un niño con TDAH es:

1. Un diagnóstico clínico que cumpla con los requisitos enmarcados en el Manual diagnóstico y estadístico, de las enfermedades mentales en su cuarta edición revisada (DSM-IV-R), entre los que se incluyen de manera obligatoria: edad infantil de inicio de los síntomas, cronicidad e intensidad suficiente de los síntomas para causar trastornos sociales, escolares o familiares.
2. Un registro mediante cuestionarios, donde se describan síntomas inapropiados para la edad y que afecten el desarrollo del niño en diferentes ambientes.
3. Un análisis completo de la problemática psicosocial que rodea al niño (expectativas familiares, antecedentes de la psicopatología familiar, habilidades individuales, comorbilidad del problema, así como expectativas y exigencias escolares, etcétera)
4. Conocimiento y experiencia amplios del problema y su tratamiento (en especial de la eficacia y los riesgos de los fármacos) por parte del médico tratante.
5. Una familia que ha sido informada ampliamente de los beneficios de instaurar un tratamiento integral, además de los riesgos en materia escolar, social y conductual de la negativa de aceptarlo.

Establecer un diagnóstico clínico correcto, es realizar una investigación a fondo de lo que ocurre con el paciente, en todas las áreas afectadas de su vida, es decir, familia, escuela, relaciones sociales y el área afectiva; por ello la importancia de que el diagnóstico establecido de TDAH sea el adecuado, de aquí la eficacia del tipo de tratamiento terapéutico.

2.1 Intervención (Tratamiento multimodal)

El tratamiento Multimodal que propone la National Institute of Health de Estados Unidos y al Departamento de Educación, Olivera (2011) Realizó un estudio longitudinal por 14 meses con un grupo de 579 niños con TDAH, en el que combinó grupos de edades de siete a 10 años y se hicieron cuatro grupos, un primer grupo que recibió metilfenidato aplicado por investigadores con 3 tomas diarias, un segundo grupo con tratamiento cognitivo-conductual, un tercer grupo que recibió metilfenidato sin un control exhaustivo y un cuarto grupo que recibió tratamiento combinado, es decir, tratamiento con metilfenidato y tratamiento cognitivo-conductual, los resultados fueron que en los cuatro grupos se redujo síntomas de forma significativa y el tratamiento combinado fue el que ofreció modestas, pero importantes ventajas respecto al resto en reducir dosis de fármacos, reducir abandonos, en aumentar satisfacción de padres y profesores, mejorar las habilidades sociales del niño y mayor estabilidad y generalización de resultados.

El tratamiento multimodal requiere que se involucre a los padres, los profesores y al niño, para tener mayor probabilidades de éxito.

Peña, Barragán, Rhode, Patiño, Zavaleta, Ulloa, Isaac, Murgía, Pallía, & Larraguibel (2009), realizaron en un estudio para escolares latinoamericanos en el cual, apuntan que en la actualidad se consideran tres modelos de intervención:

1. Intervenciones familiares sobre las conductas perturbadoras del niño, que incluyen psicoeducación para padres y pacientes, con programas de entrenamiento a los primeros.
2. Intervenciones escolares: psicoeducación a profesores y/o alumnos, programas de entrenamiento a los maestros y asistencia académica.
3. Intervenciones para el paciente, que incluyen el entrenamiento en las habilidades sociales conductuales y emocionales del niño con TDAH.

Refieren también que la psicoeducación básica consiste en ofrecer, información científica sobre el padecimiento: síntomas y tratamiento a los padres y pacientes. A su vez, la psicoeducación ampliada ofrece información para los maestros y estrategias de afrontamiento para el control de las manifestaciones por los padres, maestros y pacientes. Los objetivos de la psicoeducación son:

1. Mejorar el conocimiento y entendimiento del TDAH, así como sus implicaciones en la vida diaria.

2. Ofrecer posibilidades de ajuste en el medio ambiente conforme al nivel de funcionamiento del paciente.

3. Ofrecer una guía para facilitar y promover una interacción y patrones de conducta positivos padre-hijo.

4. Ofrecer una introducción sobre cómo pueden aplicarse las modificaciones conductuales, en el manejo de los problemas de conducta.

5. Guiar e informar sobre los apoyos sociales, educativos y de salud disponibles. Es la primera intervención que debe realizarse una vez establecido el diagnóstico

2.1.1 Tratamiento cognitivo-conductual

Para mejores resultados para TDAH, la terapia cognitivo-conductual, ofrece una mejor alternativa de tratamiento para mejorar los síntomas de este trastorno, pues los pacientes requieren de estructura, organización, hábitos, anticipación, gratificaciones inmediatas, comprensión de que toda conducta tiene una causa y efecto, lo cual les ayudara autorregular las conductas impulsivas, hiperactivas e inatentas.

La terapia cognitivo-conductual prepara al niño a realizar las cosas en función a lo que recibe, pues se basa en trabajar con los procesos mentales y cognitivos que regulan la conducta, le proporcionará las estrategias que le ayuden, a manejar las consecuencias de la conducta para que el niño aprenda cómo tiene que hacer las cosas, resuelva asertivamente conflictos con sus pares y adquiera estrategias de autocontrol.

Fernández de Stéfano & Garza (en Ruiz 2007), refieren que el nacimiento del conductismo, suele centrarse en J.B Watson influido por Pavlov. Investigaciones de la Universidad John Hopkins, propusieron el uso de procedimientos experimentales para la observación de conductas (respuestas) en relación con el ambiente (estímulo), dando origen al conductismo.

Las técnicas conductuales, según Brown (2000, en Rickel y Brown 2007), son útiles en especial con los niños pequeños siendo las técnicas de excelencia en el manejo de los síntomas del TDAH dado que su línea de trabajo enfatiza la estructura y el refuerzo de conductas positivas; de hecho, Pelham y Wasenbusch (1999, en Rickel y Brown 2007), han insinuado que los efectos de un tratamiento conductual estrictamente controlado equivalen a dosis bajas/moderadas de medicamento estimulante.

La tabla 3 muestra algunas de las técnicas conductuales empleadas en el tratamiento de niños con TDAH.

Tabla 3.

Técnicas conductuales para niños con TDAH (Rickel & Brown, 2007).

Técnica	Descripción	Ejemplo
Refuerzo Positivo	Dos premios o privilegios dependiendo del rendimiento de los niños.	El niño completa una tarea y se le permite jugar con la computadora.
Tiempo fuera	Se quita el acceso al refuerzo positivo contingente por la realización de una conducta no deseada o un problema.	El niño golpea impulsivamente a un familiar y se le pide que se siente por 5 min en la esquina de la habitación.
Costo de respuesta	Retirar los premios o privilegios contingentes por la realización de una conducta no deseada o un problema.	El niño pierde los privilegios de esparcimiento por no terminar la tarea.
Bono Económico	El niño gana premios y privilegios contingentes por la realización de una conducta deseada. Este tipo de refuerzo positivo puede combinarse con el costo de respuesta, donde el niño puede perder privilegios debido a una conducta no deseada	El niño ganará estrellas por completar tareas y pierde estrellas por moverse de su asiento. El niño cambia las estrellas al final de la semana por un premio.

2.1.2 Tratamiento farmacológico

Frecuentemente los padres se plantean dudas o se sienten culpables ante el tema de la medicación, pues poseen la falsa idea que pueden “drogar” a sus hijos, es por esto que es función del médico informar acerca de las acciones farmacológicas de los psicofármacos que se utilizaran, de los efectos secundarios y la forma en que se evitan. Es labor del psicólogo llevar un registro conductual e informar al médico de los cambios conductuales del alumno.

Garza (en Ruiz 2007), refiere que recientemente, un grupo de profesionistas (neuropediatras y paidopsiquiatras) de instituciones mexicanas de prestigio, convocados por la Academia Mexicana de Pediatría, realizó un consenso sobre el tratamiento farmacológico del niño con TDAH, que servirá de recomendación para el Consejo Nacional para la Adicciones de la Secretaría de la Salud, de donde es posible extraer las siguientes conclusiones, enriquecidas por los parámetros prácticos para el tratamiento del TDAH de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y del Adolescente (AACAP):

1. Los medicamentos utilizados en el tratamiento del TDAH constituyen una herramienta útil y segura.
2. Los fármacos para el TDAH deben prescribirlos de manera exclusiva los médicos.
3. Todo niño que se encuentre en tratamiento farmacológico debe ser vigilado en su evolución por un médico.
4. El fármaco ha de elegirse de acuerdo al caso en particular, con especial atención en la comorbilidad (trastornos o enfermedades asociadas) y en las repercusiones escolares, sociales y personales.
5. Siempre debe iniciarse la sesión terapéutica con alguno de los medicamentos aprobados por las Secretaría de Salud para tal efecto (metilfenidato, atomoxetina y modafinil, en el caso de México).
6. Cuando la respuesta al medicamento es satisfactoria y normaliza el funcionamiento social, escolar y familiar, es innecesario otro tipo de intervención no farmacológica. En el caso contrario, la intervención con terapias conductuales o psicosociales están indicadas.

Es importante hacer énfasis que el medicamento no son la parte primordial del tratamiento, sino que entra dentro del conjunto del tratamiento general, en el que sin duda ayuda a mejorar parte del síntomas del TDAH junto con el resto de los demás tratamientos.

Spreen, Risser & Edgell (1995), refieren que el tratamiento más utilizado para minimizar los síntomas del TDAH es el estimulante Ritalin (metilfenidato). Los medicamentos estimulantes son utilizados desde 1930, para el tratamiento de la hiperactividad. Aproximadamente el 2% de los alumnos de primaria en los Estados Unidos, recibió medicamentos estimulantes para el tratamiento de la hiperactividad en los años 70. Así mismo se ha comprobado que los medicamentos estimulantes, reducen los niveles de hiperactividad e inatención.

Cook y colaboradores (1995, en Elías, 2009) llevaron a cabo un estudio en el cual reportaron una relación entre TDAH y un alelo de 480 pares de bases del transportador de dopamina. Los neurotransmisores de la dopamina y la noradrenalina se vincularon con el TDAH, razón por la cual el tratamiento del trastorno giró exclusivamente alrededor de los estimulantes (anfetaminas y metilfenidato). El metilfenidato suele preferirse para tratar el TDAH porque tiene el mismo efecto que las anfetaminas.

2.1.3. Tratamiento psicosocial

Dentro de dichas intervenciones se encuentran la psicoterapia, la orientación conductual, terapia familiar, reestructuración cognitiva, la psicoeducación y, las técnicas de relajación (Amador et al. 2010; Soloviera et al. 2002).

Brown (2003), destaca que las intervenciones psicosociales están enfocadas a personas diagnosticadas con TDAH (ya sean niños, adolescentes o adultos); a los familiares de los pacientes, a los maestros, amigos, entrenadores, cuidadores y a cualquier otra persona que pueda ayudar u obstaculizar el esfuerzo que hacen aquellos que padecen este trastorno por vivir con él.

CAPITULO III.PAPEL DE LA PSICOEDUCACIÓN Y EL ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN EL NIÑO CON TDAH

3.1 PSICOEDUCACIÓN

Benassini (2002), define la psicoeducación, como una modalidad de intervención terapéutica, mediante la cual se proporciona a los familiares del paciente información específica acerca de la enfermedad, así como entrenamiento en técnicas para afrontar los problemas derivados de ellas. Los programas psicoeducativos se imparten en cuatro modalidades de acuerdo a las características de la población: programas de orientación y apoyo familiar, manejo psicoeducativo familiar, manejo psicoeducativo multifamiliar, manejo psicoeducativo comunitario. Ahora bien, refiere que un programa educativo debe abarcar, cuando menos, los conocimientos y las competencias. En el campo de trastornos de atención el término se refiere a un conjunto de destrezas del comportamiento, variadas y flexibles, que contribuyen a promover, inducir y mantener la adaptación psicológica individual, familiar, laboral y social de los afectados. La familia y la escuela, son sin duda, ambientes significativos.

3.2 PSIOEDUCACIÓN PARA PROFESORES

La educación a los profesores, ha constituido una tarea que en gran medida requiere de paciencia, pero sobre todo de informar y de formar en el tema del TDAH, pues pocos son los que están dispuestos a realizar modificaciones en sus planeaciones, hacer adecuaciones curriculares y dedicar una mayor atención al alumno que padece TDAH, pues les requiere de mayor tiempo, organización que pocos están dispuestos a ofrecer por la demanda de los síntomas, en especial cuando la impulsividad y la hiperactividad dominan. En la actualidad con la nueva forma de enseñanza el de las competencias pareciera que los niños con TDAH serían beneficiados, pero hay profesores que se encuentran casados con el antiguo régimen, el tradicional, que no permite realizar adecuaciones curriculares para beneficiar el adecuado rendimiento escolar del alumno. Sin embargo, es de reconocer que existen pocos profesores en las que su vocación y labor profesional ayudan al desempeño del alumno, esto consiste y va de la mano con la correcta información que se les proporcione acerca del TDAH, es una labor del psicólogos en las Instituciones educativas, brindar de las estrategias que favorezcan el adecuado desenvolvimiento del alumno y su integración en el aula.

Peña et al (2009), mencionan que la intervención conductual, en la escuela consiste en el manejo conductual en clase. La revisión más reciente reportó 22 estudios con esta intervención y se concluyó que es un tratamiento bien establecido para el TDAH, pues reduce la conducta hiperactiva y promueve el ajuste social. En este programa se utiliza el manejo de procedimientos de contingencia como: implementación de programas de recompensa, sistema de puntos y tiempo fuera en el salón de clases. Todas las medidas revelaron una mejoría significativa en comparación con los controles. Algunos ejemplos de recompensas inmateriales utilizadas en clases serían: los elogios y estímulos del profesor, la atención de compañeros, tutores o padres, la práctica de un deporte y las excursiones. Éstas son fundamentales para mantener al niño interesado en las tareas y ayudan para que apoyándose en los éxitos del momento, los escolares adquieran más confianza y seguridad en sus propias aptitudes.

Garza (en Ruiz 2007), refieren que las escuelas en México han enfrentado el problema de dar apoyo a los niños con TDAH de diversas maneras. Los sistemas de apoyo más frecuentes de las escuelas del área metropolitana son:

- Grupos de apoyo: grupos de psicólogas y pedagogas que se transportan a las escuelas para dar apoyo a los niños identificados con TDAH o anomalías específicas de aprendizaje. Este sistema domina en las escuelas del sector público (Secretaría de Educación Pública [SEP]).
- Grupos paralelos: De menos de 15 niños, todos con TDAH o trastornos de aprendizaje e inteligencia normal, los cuales, una pedagoga con experiencia y una auxiliar brindan un programa, que cumple con los requisitos básicos de la SEP, además de algunos conocimientos básicos de idiomas extranjeros o religión.
- Grupos de inserción: Es un sistema frecuente en escuelas bilingües con sistemas de ingreso muy restrictivos. Los alumnos idóneos para el ingreso se valoran de modo minucioso y se seleccionan con base en sus habilidades; aquellos identificados como portadores del TDAH son incluidos en grupos regulares con una frecuencia de uno o dos por grupo, de tal modo que una maestra capacitada pueda manejarlo con medidas sistemáticas.
- Apoyo y descarte: Consiste en detectar las fallas en el aprendizaje o comportamiento, realizar una evaluación superficial con la psicóloga escolar y

enviar a un grupo de profesionales externo (habitualmente iniciando por una psicóloga).

- Talleres de apoyo: Corresponde a grupos de niños que acuden después o dentro de sus actividades escolares regulares a aclarar dudas o reforzar alguna materia de modo personalizado.
- Educación especial: Si bien es cierto que la minoría de niños con TDAH (con frecuencia aquellos asociados a trastornos de aprendizaje, o inteligencia normal bajo límite, o ambos) tal vez requieran educación especializada y personalizada para poder desarrollar su potencial, es inadmisibles que este grupo de sujetos conviva en la escuela con niños que padecen de verdaderas enfermedades o trastornos graves del comportamiento o del intelecto.
- Sin inclusión: Algunas escuelas privadas reconocen su incapacidad para adaptarse a las necesidades de los niños con TDAH y prefieren no aceptarlos en sus planteles, ante la posibilidad de afectar la dinámica de los grupos.

Así mismo Garza (en Ruiz 2007), hace referencia que los padres preguntan con frecuencia ¿Cuál es el sistema escolar ideal para un niño con TDAH?, a lo que suele contestarse: “ la mejor escuela es aquella que tiene la voluntad y la posibilidad de ayudar”; si se cuenta con un grupo de profesionistas motivados y capacitados en las necesidades particulares de este grupo de niños, si tienen la voluntad de adaptarse a situaciones personales, favorecer la participación de la familia y conservar la comunicación con otros profesionistas educativos y médicos, se estará en el lugar correcto.

El psicólogo educativo y clínico tiene una labor importante en la integración de un alumno diagnosticado con TDAH, pues dentro de sus actividades tendrá que formar a todas las personas involucradas en la formación del alumno en el escenario educativo, de ello dependerá la disposición de los profesores y de la misma Institución, no solo integrar al alumno, sino además favorecer un ambiente que fortalezca su autoestima. (De la Garza en Ruiz, 2007).

Fisher & Beckley (1998), hacen referencia a la ley de beneficios educativos, la IDEA, en la sección 504, está diseñada para *igualar las condiciones* para los individuos con discapacidades. Su propósito es asegurar que los individuos con discapacidades tengan el mismo acceso a la educación que los individuos sin discapacidades.

3.3 PSICOEDUCACION PARA PADRES

La aceptación de cualquier trastorno, se convierte en un proceso de duelo en los padres, pues creen que su hijo tiene una desventaja en relación a los niños de su edad. Sin embargo el involucrarlos en el tratamiento, hace que conozcan el trastorno y apliquen las estrategias adecuadas en casa. Así mismo en esta población los padres que ya tienen tiempo en el entrenamiento en este proceso ayudan a otros padres que comienzan, por ejemplo, pedir apoyo a la institución educativa, comparten experiencias en relación al medicamento, les dan estrategias para no perderse de las tareas académicas diarias y se convierten así en un apoyo para los padres a quienes recién reciben la noticia del diagnóstico de TDAH.

La importancia de involucrar a los padres en el tratamiento, ayuda tener un mejor conocimiento del trastorno y a disminuir los conflictos familiares en casa como lo menciona Garza (en Ruiz 2007), donde refiere que hay un grupo de niños que requerirán de “técnicas de modificación de conductual”, con la finalidad de proporcionar a los parientes (habitualmente la madre) una herramienta práctica para limitar las conductas indeseables de sus hijos. Menciona también que al menos una tercera parte de las madres que tienen hijos con TDAH manifiesta grados altos de frustración al tener que dedicar tiempo extra en las labores escolares y sociales de sus hijos. Este proceso empeora cuando el padre manifiesta síntomas residuales del TDAH y se identifica plenamente con las conductas del niño, defendiéndolas como comportamientos normales que no requieren de tratamiento alguno. Estas y otras circunstancias familiares complejas, vinculadas con la falta de comprensión del origen de las conductas del individuo (no rara vez del padre) motivan que la intervención familiar se retrase aunque sea indispensable.

Involucrar a los padres en el tratamiento es una de las partes más importantes del proceso para el adecuado pronóstico del niño, pues garantiza el avance en su desempeño académico, así como seguridad e incrementar su autoestima al relacionarse con sus pares, hay que hacerles participe del plan terapéutico, informar del trastorno, como se va a llevar el tratamiento, entrenar en técnicas de manejo de conducta para aplicar en casa. El entrenamiento conductual para padres, Peña et al (2009) reporta su eficacia en escolares. Los estudios comparativos de estos modelos conductuales, han mostrado mejorar muchas áreas del funcionamiento del niño y la familia, así como los síntomas de TDAH y problemas de conducta. Con estos programas de entrenamiento, los padres

aprenden a identificar y manejar los problemas de la conducta del niño, y también a monitorear las conductas problemáticas, fomentar las conductas prosociales y la atención con recompensas tangibles, así como a disminuir las conductas no deseadas, como ignorar al niño de forma planeada, utilizar la técnica de «tiempo fuera» y otras técnicas de disciplina sin agresión física. La mayoría de los estudios han empleado intervenciones grupales de ocho a doce sesiones, en las cuales se incluye psicoeducación acerca del padecimiento, teoría del aprendizaje social, técnicas de manejo conductual, entrenamiento en técnicas para dar órdenes, reforzamiento adaptativo y conductas sociales positivas del niño. Dentro de éstas, se debe considerar el entrenamiento en sistemas de recompensa, comprender conductas o faltas inapropiadas o menores para reducirlas y eliminarlas, practicar un entrenamiento para reforzar y establecer reglas.

Así mismo lo refiere Elías (2009), en el capitulo dedicado al tratamiento del trastorno por déficit de atención, en el que menciona que la educación y entrenamiento de los padres en el manejo del TDAH, son esenciales para el éxito del tratamiento. Es fundamental suministrar material de lectura abundante, donde se enfatice que el TDAH es un trastorno neurológico crónico, cuyos síntomas pueden atenuarse mediante un tratamiento adecuado. Los padres y profesores deberán intentar el uso de técnicas que modifiquen la conducta ante ciertas conductas particulares asociadas con el TDAH; por ejemplo, estrategias como la reeducación cognitiva conductual; la implementación de entrenamientos para desarrollar habilidades de conducta en el plano social, en grupo y en contextos naturales que ayudan a la preservación de la autoestima. Menciona también que la explicación de las bases neurobiológicas del trastorno, ayuda mucho a los padres a disminuir su sensación de culpa y a emprender acciones concretas en beneficio del niño.

La importancia de incluir a los padres en el tratamiento, como lo mencionan los autores antes citados, reduce en gran medida la preocupación que surge ante el diagnóstico de TDAH, en particular a las madres de familia, quienes permanecen la mayor tiempo en las actividades académicas dentro de casa de sus hijos, es necesario informarles acerca del trastorno, involucrarlas desde del inicio del tratamiento y su seguimiento académico de forma mensual con la profesora de su hijo, denota en el alumno avances académicos y una mejoría en las habilidades sociales. En gran medida los padres fortalecen la autoestima de sus hijos cuando se involucran con ayuda profesional en la mejora de los síntomas del TDAH.

3.4 HABILIDADES SOCIALES

Según Monjas (2000) las habilidades sociales son conductas y repertorios de conducta adquiridos a través del aprendizaje: No son rasgos de personalidad, se adquieren a través del aprendizaje y por tanto, se pueden cambiar, enseñar o mejorar mediante los mecanismos del aprendizaje.

Las habilidades sociales son específicas de la situación. Ninguna conducta en sí misma es o no socialmente habilidosa, sino que depende del contexto, de la situación y de sus reglas, de las personas con las que se interactúa, del sexo, de la edad, de los sentimientos de los otros, etc. Por ello, para que una conducta sea socialmente hábil, es necesario que la persona, además de motivación o metas sociales, tenga capacidad de percibir la información básica de dicho contexto o situación (percepción de indicadores verbales y no verbales, ambiente físico). Debe también ser capaz de procesar esa información en base a la experiencia, la observación, el aprendizaje y la maduración (interpretación de reglas de la situación, de los sentimientos y los deseos de los demás). Asimismo, ha de actuar sobre ella poniendo en acción secuencias adecuadamente ordenadas de conductas verbales y no verbales apropiadas. Por último, ha de evaluar, controlar y regular su conducta a través del feedback externo (verbal y no verbal) y de la evaluación interna (cogniciones, emociones).

3.5 APLICACIÓN DE LA PSICOEDUCACIÓN Y EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES PARA EL MANEJO DEL NIÑO CON TDAH DENTRO DEL AULA

Olivera (2011), refiere que en el niño se hace una intervención psicoterapéutica, para plantear la posibilidad de cambio, comprensión y apoyo, en la mayoría de los casos para intervenir sobre síntomas asociados a los trastornos comorbidos al TDAH que interfieren en el funcionamiento adecuado en el niño, por ejemplo, trastornos de ansiedad, trastornos de aprendizaje, depresivos, problemas de habilidades sociales, trastornos de conducta, etc.

Los beneficios y efectos positivos que tiene este tipo de terapia son: aumento de la conducta atencional y rendimiento académico, disminución de la actividad motora excesiva, mejora de la interacción social, mayor aceptación de los iguales, mayor control

de la impulsividad asociada a problemas escolares y mejora en los problemas comorbidos al trastorno nuclear del TDAH.

Fernández de Stéfano & Garza (en Ruiz 2007), apuntan que las bases de comportamiento se traslapan con el conocimiento de las habilidades, metacognitivas prefrontales que se encuentran afectadas en los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) con el fin de lograr un reforzamiento de las conductas deseables o favorecer un autocontrol de las indeseables, o ambas cosas.

Terapia de modificación de conducta: tiene como objetivo promover el cambio a través de técnicas de intervención psicológicas para mejorar el comportamiento y la habilidad adaptativa.

Esta labor se organiza en unidades de análisis (módulos) y de trabajo en relación con los estímulos y las respuestas; o sea que está formada por todos los elementos que intervienen en la interacción del sujeto con el campo conductual, por tanto, cada dimensión pueden contener el número de módulos que sean necesarios.

Terapia cognitivo-conductual: Ésta comparte con la terapia de modificación de conducta, los siguientes aspectos: poner énfasis en la verificación empírica, y duración breve; es directiva y requiere de una colaboración entre terapeuta, los padres y el paciente.

Señala que hay tres niveles de intervención: Intervenciones conductuales, Intervenciones cognitivas e Intervenciones combinadas.

Los procedimientos básicos utilizados son: el lenguaje o habla interna (entrenamiento en autoinstrucciones) y el entrenamiento de habilidades sociales, utilizando como modelo de intervención lo siguiente:

- Incrementar la sensibilidad del niño a problemas: se entrena al sujeto para adquirir la habilidad de percatarse de que pueden surgir problemas y que es capaz de reconocerlos cuando éstos suceden.
- Incrementar el razonamiento alternativo: se enseña al paciente la habilidad para idear una serie de posibilidades, con el propósito de resolver problemas interpersonales o sociales, que pueda verificar con la práctica de dicha habilidad.
- Aumentar el pensamiento por medios y fines: se trabaja con la habilidad para concebir estrategias en las que el niño aprenderá, el procedimiento de pasos, que lo lleven a obtener la solución, e incluye reconocer obstáculos potenciales que encuentre para la misma.

- Incrementar el razonamiento de consecuencias: el sujeto aprende a pensar en las consecuencias que son posibles o probables, en relación con las actividades sociales consideradas con respecto a sí mismo y a otros.
- Aumentar el pensamiento causal: refleja conciencia de la conducta, tiene una causa y es predecible, y que los sucesos interpersonales están vinculados con el pasado, permitiendo comprender mejor el significado del comportamiento presente. Es decir, el niño aprenderá a beneficiarse de la experiencia.

CAPITULO IV PROPUESTA

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El alumno con trastornos de déficit de atención con impulsividad e hiperactividad representa en muchas de las aulas una problemática para los maestros, debido al desconocimiento de abordaje y su manejo, ya que la mayoría de los profesores desconoce la sintomatología, las causas y las estrategias para el manejo e incorporación del alumno en la dinámica escolar.

Se observa al alumno que es retirado del aula cuando los síntomas de hiperactividad e impulsividad se exacerban con el reforzamiento de las conductas negativas, para el profesor representa un problema y optan por retirar, suspender y expulsar al alumno, no así con los síntomas de déficit de atención, estos alumnos reflejan un bajo rendimiento escolar y son menos problemáticos que los primeros.

Es por esto que se considera necesario, entrenar a los profesores que llegan a tener hasta 5 alumnos dentro del aula con trastorno de déficit de atención con hiperactividad e impulsividad que irrumpen con la clase por el inadecuado manejo del trastorno. Se considera necesario proporcionar de estrategias que regulen la conducta dentro del aula y autorregulación emocional para el profesor.

4.2 OBJETIVO GENERAL

Diseñar un taller de intervención para enseñar a los profesores en educación primaria que tienen alumnos con trastorno de déficit de atención con hiperactividad e impulsividad, el marco teórico, información, estrategias de autoregulación conductual y emocional para elevar el control de grupo dentro del aula.

4.3 JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con la OMS, el TDAH es uno de los problemas de salud mental que se presentan con mayor frecuencia en la población escolar. Es una alteración de origen neurobiológica reconocida a nivel mundial con repercusiones en la vida académica, social y de salud.

Particularmente en México, el TDAH ha incrementado en la población infantil, según datos de la Secretaria de Salud, 1 millón 500 mil niños presentan este trastorno y es la primer

causa de atención en la consulta externa del hospital Juan N. Navarro. (SESARME, 2002).

Esta cifra habla de dos situaciones, primera, en las aulas se desconoce el manejo de dicho trastorno, y dos, el diagnóstico tardío y no diferenciado de los demás trastornos del desarrollo.

Los profesores se encuentran día a día con el desafío de trabajar con alumnos que manifiestan conductas impulsivas e hiperactivas, inatentas y que terminan con un caos e irrumpen con la clase, pues no cuentan con las herramientas psicopedagógicas para ofrecer un adecuado manejo al alumno dentro del aula.

Los profesores en la mayoría de los casos desconocen el manejo que se le debe proporcionar a un alumno con TDAH y en muchos de los casos con trastornos comorbales como Trastornos de conducta y trastornos de aprendizaje.

Esta propuesta tiene como finalidad sensibilizar al profesor ante dicho trastorno, así mismo busca empatizar con los síntomas del TDAH que presenta su alumno, ya que de esta manera se logrará que la comprensión de la mayoría de las conductas que se suscitan dentro del salón de clases.

Así mismo el profesor tendrá una mayor comprensión de las características propias de la etapa de desarrollo en la que se encuentra su alumno.

Conocerá las emociones y sentimientos propios generados por la falta de conocimiento del TDAH y su manejo, por el cual se le proporcionara de las herramientas necesarias para aplicar técnicas de modificación de conducta dentro del aula.

De la evaluación psicopedagógica realizada, se le proporcionaran las áreas cognitivas en ventaja y desventaja para realizar las adecuaciones curriculares que ayuden a favorecer el aprendizaje en el alumno.

Finalmente, se ofrecerá un taller dirigido a padres como parte de la psicoeducación en el tratamiento del TDAH.

4.4 TITULO DEL TALLER

Taller de entrenamiento a profesores para el manejo de alumnos con trastorno por déficit de atención c/s hiperactividad e impulsividad (TDAH), en una escuela primaria.

4.5 PARTICIPANTES

Esta propuesta está diseñada en un taller para 15 profesores en educación primaria con alumnos de 6 a 12 años con o sin alumnos con Trastorno por déficit de atención c/s hiperactividad e impulsividad.

4.6 ESCENARIO

Para la realización de este taller se contará con el espacio establecido por la Institución, el cual deberá contar con las condiciones adecuadas de ventilación, mobiliario e iluminación y sin los menores distractores posibles.

4.7 MATERIALES

Nombre	Descripción	Cantidad
Proyector o cañón	Proyector de imágenes para conectar laptop	1
Sillas	Sillas de plástico o madera	17
Mesas	Mesa de plástico o madera	2
Laptop	Ordenador y material en power point del tema TDAH	1
Bocinas	Conectadas al ordenador	1
Cartulinas/papel bond	De colores y blanco	20
Plumones	De colores	50
Lapiceros	Tinta negra	20
Pizarrón	En blanco	1
Marcadores	Marcadores de agua en color negro, azul y rojo	3
Stickers	De colores, con figuras de estrellas, sonrisas, figuras alusivas a personas favoritos	20
Premios	Plumones, juego geométrico, gomas, lapiceras decorativas, dulces.	15

4.8 PROCEDIMIENTO

El taller de entrenamiento a profesores para el manejo con alumnos con Trastorno por Déficit de Atención (TDAH), se llevara a cabo en 8 sesiones de 120 minutos cada una, durante una semana con horario fijo. Dicho taller deberá ser dirigido por dos psicólogas.

Las actividades que se presentan son técnicas psicopedagógicas que serán una herramienta útil en el quehacer diario del profesor dentro del aula.

Dichas técnicas tienen como objetivo favorecer el desempeño académico a través de las estrategias que se implementen en las planeaciones educativas, teniendo en cuenta el criterio incluyente de estimular las áreas de atención, concentración, memoria, planeación y anticipación, así como las habilidades sociales de los alumnos con TDAH.

Al finalizar este taller se evaluarán los objetivos planteados en cada sesión con preguntas planteadas en un cuestionario detallado en el anexo 25.

4.9 CARTA DESCRIPTIVA

A continuación se presenta la descripción de las sesiones en la carta descriptiva.

Sesión 1

Tema: Presentación

Objetivo: Los participantes conocerán el objetivo del taller y su planteamiento. Así mismo se socializará el interés de cada uno con los demás participantes.

TEMA	OBJETIVO ESPECIFICO	TECNICA DE ENSEÑANZA	MATERIAL	DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD
PRESENTACION	Conocer el objetivo y los temas que se abordaran en el taller. Así mismo socializar a sus participantes	Presentación del taller	Cañón de proyección	10´
		Estira y afloja	Una silla para cada participante	30´
		Lo que me gusta	Hoja y bolígrafos	30´
		RECESO		20´
		Cuestionario	Cuestionario con síntomas emitidos por la APA.	30´
		Expectativas del taller	Hojas y bolígrafos	30´
		Cierre	ninguno	20´

Descripción de la sesión:

Al iniciar la sesión se les explicará a los profesores el objetivo y temario del taller, posteriormente se dará paso a la dinámica de “Estira y afloja” (Anexo 1) como método de rapport e incorporación al taller y la presentación posterior de cada uno de los participantes con la actividad “Lo que me gusta” en donde el docente escribirá en una hoja blanca acerca de las actividades que disfruta realizar en su labor.

Se ofrecerá un descanso de 20 minutos para tomar un refrigerio.

Al regreso del descanso, se proporcionará a los maestros un cuestionario con los síntomas y signos emitidos por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) acerca del TDAH, para identificar alumnos que porten dicho trastorno. (ver anexo 2)

Para finalizar se les pedirá en una hoja blanca que anoten las expectativas que tienen acerca del taller y en discusión se establecerán los compromisos y metas.

Sesión 2

Tema: Generalidades del trastorno de déficit de atención con hiperactividad e impulsividad (TDAH)

Objetivo: Al término de este curso los profesores identificarán los signos y síntomas, características, causas y factores del TDAH, así mismo conocerán el adecuado diagnóstico del TDAH

TEMA	OBJETIVO ESPECIFICO	TEMARIO	TECNICA DE ENSEÑANZA	MATERIAL	TIEMPO
		Introducción	Orden del día	Hoja carta	5´
Generalidades del TDAH	El profesor socializará con los antecedentes y marco teórico del TDAH.	Concepto general del TDAH	Lluvia de ideas	Rotafolio y plumones, cañón de proyección	10´
		Antecedentes del TDAH	Línea de tiempo	Pizarrón y plumones, cañón de proyección	10´
		Signos y síntomas	Descripción (discriminación de ideas)	Hojas y plumones, cañón de proyección	10´
		RECESO			20´
		Causas	Descripción	Pizarrón y plumones, cañón de proyección	10´
		Tratamiento multimodal	Descripción	Cañón de proyección	10´
		Cierre	“El Afiche”	Recortes de revistas/periódicos, hojas de colores, plumones.	30´

Descripción de la sesión:

Al iniciar la sesión se les da la bienvenida al taller y se les proporcionara a los profesores una hoja en tamaño carta en donde se describe el orden del día.

Posteriormente se motivara a los profesores a generar por medio de la dinámica de “lluvia de ideas” (ver anexo 3) a emitir mediante su interpretación el concepto de TDAH, las ideas serán escritas en un rotafolio con hoja de papel bond, ya generado el mayor número de ideas, el facilitador en este caso el psicólogo, proyectara en un pizarrón blanco el concepto emitido por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). En seguida a esta actividad, el psicólogo creará una línea de tiempo sobre el pizarrón para mostrar los antecedentes del TDAH. Posterior a esto, se invitara a discriminar signos y síntomas de TDAH, al finalizar la actividad se muestran en la proyección las características reales del Trastorno.

Se realiza un receso de 20 minutos. Posterior al descanso se explicara brevemente mediante la proyección las causas que originan el TDAH, así como su tratamiento.

Para finalizar se pedirá que se formen en equipos de 4 y se les invita a realizar la actividad “El afiche”. (Ver anexo 4)

Se realiza el cierre del taller con las conclusiones de cada equipo.

Sesión 3

Tema: Etapa de desarrollo cognitivo en la edad primaria

Objetivo: Al final de este taller el profesor conocerá las características cognitivas, psicológicas y sociales de cada etapa de desarrollo en la que se encuentra su alumno.

TEMA	OBJETIVO ESPECIFICO	TEMARIO	TECNICA DE ENSEÑANZA	MATERIAL	TIEMPO
Etapa de desarrollo en la edad primaria	El docente ubicará al alumno en la etapa de cognitiva, social y emocional en la que se encuentra.	Introducción	Orden del día	Orden del día en una hoja impresa	5´
		Etapa de las operaciones concretas (Según Piaget), en la edad escolar de 6 a 11 años.	“Phillips 6-6” Demostración gráfica	Plastilina, varillas de madera en diferentes tamaños, una jarra con vasos con agua.	40´
		RECESO			20´
		Características psicosociales del niño de 5 a 11 años edad (Según Erickson)	Lectura comentada	Rotafolio, papel bond, plumones	30´
		Características conductuales en el niño con TDAH en la edad primaria	“socio-drama”	Hojas y lapiceros	30´
		Cierre	Conclusión	Hojas y lapiceros	5´

Descripción de la sesión:

Se inicia con la bienvenida y la orden del día la cual se entrega en una hoja tamaño carta a los profesores. Se realizara la actividad "Phillips 6-6" (ver anexo 5), se les pedirá que se conformen en equipo de 4 y se les proporciona el material que corresponde para desarrollar los conceptos de la etapa concreta, según Piaget, el equipo desarrollara una demostración gráfica de cada concepto.

Se hace un descanso de 20 min para el desayuno.

Al regreso del descanso los profesores, seguirán en equipo de 4 personas para desarrollar la siguiente actividad en la cual se les otorga a cada equipo una hoja con la descripción teórica de la etapa de Erickson (ver anexo 6) la cual desarrollaran y explicaran mediante hoja de papel bond.

Posterior a esta actividad, se les explicara las características conductuales del TDAH en la edad primaria, se organizaran en equipos de 4 y eligieran un caso de su aula para dramatizar las características conductuales del Trastorno.

Para finalizar se les pedirá una conclusión de forma individual.

Sesión 4

Tema: Funciones cognitivas afectadas en el alumno con TDAH

Objetivo: Al final del taller el participante será capaz de identificar las áreas cognitivas afectadas en el alumno y así establecer las estrategias pedagógicas para establecer un planeación educativa de acuerdo a las competencias del alumno.

TEMA	OBJETIVO ESPECIFICO	TEMARIO	TECNICA DE ENSEÑANZA	MATERIAL	TIEMPO
Entrenamiento en la inteligencia emocional del profesor	Al finalizar el profesor será capaz de empatizar con los signos y síntomas del alumno con TDAH	Introducción	Bienvenida y orden del día	Hoja en carta	5´
		Funciones cognitivas afectadas en el alumno con TDAH	Descripción de caso.	Caso clínico	30´
		Lecto-escritura y TDAH	Estrategias para mejorar las habilidades de lecto-escritura	Hojas blancas y lapiceros	50´
		RECESO			20´
		Memoria y TDAH	Estrategias para mejorar las habilidades de memoria	Hojas blancas y lapiceros	40´
		Matemáticas y TDAH	Estrategias para mejorar las habilidades de matemáticas	Hojas blancas y lapiceros	40´
		Cierre	Ninguna	Ninguno	5´

Descripción de la sesión:

Al comenzar la sesión se realizara la bienvenida para los integrantes del taller, así como se dará lectura a la orden día.

Se proporcionara a los docentes una hoja impresa con el caso de un alumno con diagnóstico de TDAH y problemas de aprendizaje, se realiza explicación y desarrollo del caso. (Ver anexo 7).

Se realizara una breve explicación de las funciones cognitivas afectadas en el caso de un alumno diagnosticado con TDAH.

Posterior a esto, se le proporcionara las estrategias para fortalecer las habilidades de **lecto-escritura**, el profesor identificara el proceso de aprendizaje en el que se encuentra su alumno y elaborara estrategias adecuadas a las capacidades de su alumno. (Ver anexo 8).

Se proporcionara un tiempo de descanso

Así mismo se le suministrara las estrategias para fortalecer las habilidades de **memoria** y el profesor identificara el proceso de aprendizaje en el que se encuentra su alumno y elaborara estrategias adecuadas a las capacidades de su alumno (ver anexo 9).

Finalmente se proveerá al docente de estrategias para fortalecer las habilidades en **matemáticas** y elaborara estrategias adecuadas a las capacidades de su alumno (ver anexo 10).

Sesión 5

Tema: Estrategias para desarrollar habilidades de organización y mejorar la capacidad de atención del alumno con TDAH dentro del aula.

Objetivo: El profesor empleara las estrategias para tener una mejor comunicación con el alumno con TDAH

TEMA	OBJETIVO ESPECIFICO	TEMARIO	TECNICA DE ENSEÑANZA	MATERIAL	TIEMPO
Entrenamiento de habilidades	El profesor empleara las estrategias y las habilidades para establecer una adecuada comunicación con el alumno	Introducción	Bienvenida y orden del día	Hoja blanca	5´
		Control de distractores ambientales	Estrategias de localización	Hojas blancas Colores Lápices	30´
		Comunicación y relación del docente con el alumno con TDAH	El instructor expone el tema de una buena comunicación	Recomendaciones generales Cuestionario	30´
		RECESO			20´
		Planificación de tareas en clase	Metodología para dar clase.	Tarjetas con situaciones para llevar a la practica	30´
		Estrategias para el trabajo en clase		Tarjetas con situaciones diarias para el ensayo conductual	
		Relación con los padres: reuniones y reportes de conducta		Hojas blancas Lapiceros	30´
		Cierre			Ninguno

Descripción de la sesión:

Para abrir la sesión se realiza la bienvenida a los profesores y se da la lectura a la orden del día.

Posterior a esto, el facilitador realizara una introducción informativa de los distractores en el ambiente, se les pedirá que reflexionen acerca de los estímulos que se encuentran en el salón de clases y que afectan la capacidad de atención en sus alumnos. En otro orden, se les dará una hoja con las estrategias de localización descritas en el (ver anexo 12), en el cual analizaran, planearan y reorganizaran la ubicación del alumno en la clase.

En la siguiente actividad, se realizara una breve explicación sobre las ventajas de una buena comunicación en el salón entre el docente y el alumno con TDAH, (Ver anexo13). Posterior se pedirá conformen dos equipos y en turnos contestaran o realizaran la actividad que el facilitador disponga, las preguntas contestadas se marcaran en un cuadro en el que se encuentran unas casillas, cada pregunta que sea contestada validará al equipo el avance de las casillas siguientes hasta determinar un ganador.

Se realiza un descanso de 20 minutos para tomar el desayuno.

Al regreso, se iniciara con la actividad de planificación de tareas en clases, el psicólogo realizara una explicación de las recomendaciones generales (ver anexo 14) sobre la metodología para dar clases que facilitaran el proceso de atención y aprendizaje en el alumno con TDAH. Se les pedirá que se reúnan en equipos y se les proporcionara unas tarjetas que contienen diferentes situaciones para aplicar en clase.

Para la siguiente actividad, se realizara una explicación de los principios básicos de las estrategias de trabajo en clase. Tarjetas de ensayos, los profesores generaran estrategias para dar instrucciones de instrucciones y trabajo en clase. (Ver anexo 15)

En la última fase de la sesión, se analizará la importancia de la relación que los maestros deberán tener con los padres de familia, se plantearan diversas estrategias de comunicación y retroalimentación con ellos (ver anexo 16). Se les pedirá se reúnan en equipos y discutan las ventajas y desventajas que expondrán para el grupo, se discutirán las que resulten efectivas para el alumno.

Finalmente se realiza el cierre con las conclusiones de la sesión con los integrantes del grupo.

Sesión 6

Tema: Estrategias para disminuir los problemas de comportamiento y mejorar las habilidades sociales.

Objetivo: Al final de este taller el profesor aplicara estrategias dentro del aula para promover el uso adecuado de habilidades sociales en el alumno.

TEMA	OBJETIVO ESPECIFICO	TEMARIO	TECNICA DE ENSEÑANZA	MATERIAL	TIEMPO
Manejo de emociones dentro del aula	Al finalizar del taller el profesor conocerá las estrategias necesarias para el manejo de las emociones del alumno dentro del aula.	Introducción	Bienvenida y orden del día	Hoja y lapicero	5´
		Empatía con el alumno	“Los zapatos del otro”	Zapatos	10´
		Habilidades sociales básicas: -Saludar, presentarse y presentar a otros. -Pedir y hacer favores. -actuar con cortesía y amabilidad.	Role-playing Actividad 1	Ninguno	30´
		Habilidades relacionadas con los sentimientos, emociones y opiniones	Socio-drama Actividad 2	Ninguno	30´
		RECESO			20´
		Habilidades para solucionar problemas	Role playing Actividad 3	Ninguno	40´
		Cierre	Discusión del tema y conclusiones	Ninguno	10´

Descripción de la sesión:

Al iniciar la sesión se realizara la bienvenida a los integrantes del taller y se hace lectura de la orden día.

Se iniciara la actividad con una actividad sobre la empatía hacia sus alumnos y la dinámica “los zapatos de otros” (ver anexo 17).

Posteriormente se iniciaran con las actividades de habilidades sociales que estarán descritas en una hoja impresa para los docentes (ver anexo 18) para lo cual se formaran en equipos de cinco personas y realizaran la dinámica de “role-playing” o “socio-drama”. (Ver anexo 19)

Al regreso del descanso, se les pide a los integrantes hacer exposición de la actividad en el escenario.

Finalmente se realiza un cierre con las conclusiones del equipo.

Sesión 7

Tema: Técnicas de modificación de conducta y su aplicación en el salón de clases

Objetivo: Al final de este taller el profesor aplicara el uso del manejo de procedimientos de contingencias en el aula para el alumno con TDAH.

TEMA	OBJETIVO ESPECIFICO	TEMARIO	TECNICA DE ENSEÑANZA	MATERIAL	TIEMPO
M. de conduct a	Al finalizar el taller el profesor obtendrá el conocimiento de las técnicas de modificación de conducta que implementara en su aula	Introducción	Bienvenida y orden del día	Hoja de papel	5´
		Técnicas de modificación de conducta en el aula: economía de fichas, principio de premack	Descripción Plan de acción	Cartulinas de colores plumones, stickers, premios Formatos de registros y contratos	30´
		Receso			20´
		Procedimientos para aumentar la conducta: reforzadores negativos, positivos y sociales	Descripción Plan de acción	Cartulinas de colores plumones, stickers, premios	30´
		Procedimientos para disminuir la conducta: la extinción, retirada de la atención, el castigo, tiempo fuera, coste de respuesta.	Descripción Plan acción	Cartulinas de colores plumones, stickers, premios	30´
		Cierre	Conclusiones	Ninguno	5´

Descripción de la sesión:

Al iniciar la sesión se realizara la bienvenida y la lectura del orden del día a los integrantes del taller.

Posteriormente se iniciara con una breve explicación con cada una de las técnicas de modificación de conducta. (Ver anexo 20)

Se entregaran formatos con de registros y contratos de modificación de conducta en clase. (Ver anexo 21)

Se realiza un descanso.

Al regreso de su descanso, se les pedirá que se agrupen en 2 equipos, cada grupo realizar un plan de acción con una técnica de modificación de conducta que se les proporcionara al azar, finalmente se les pedirá a cada equipo que expliquen la técnica a implementar.

Se entregan fichas de explicación para cada equipo, el equipo numero 1 elaborara las estrategias para los procedimientos para aumentar la conducta (ver anexo 22) y el equipo 2 los procedimientos para disminuir la conducta (ver anexo 23)

Se realiza el cierre del taller con las conclusiones personales.

Sesión 8

Tema: Cierre del taller

Objetivo: Se realizara la evaluación final del taller y la retroalimentación.

TEMA	OBJETIVO ESPECIFICO	TEMARIO	TECNICA DE ENSEÑANZA	MATERIAL	TIEMPO
Cierre del taller	Al finalizar los profesores realizaran la retroalimentación del taller.	Introducción	Bienvenida y orden del día	Ninguno	5´
		FODA	Hoja impresa		40´
		RECESO			20´
		Evaluación del taller	Evaluación de los objetivos del taller Evaluación del taller y facilitador		30´
		Cierre		Ninguno	10´

Descripción de la sesión:

Al iniciar la sesión se realizara la bienvenida del taller y se dará lectura a la orden del día.

Posteriormente se les proporcionara a los integrantes un hoja con el esquema de “FODA” (ver anexo 24), se realiza una breve explicación de la actividad y se les pedirá que lo ejecuten.

Se realiza el descanso.

Al regreso, se les entrega a los profesores un cuestionario y la evaluación del taller (ver anexo 25)

Así mismo se entrega un formato con la evaluación sobre la pedagogía del taller y su instructor (ver anexo 26)

Al finalizar se realizara una retroalimentación del taller con las metas y compromisos que realizaran, se analizará el FODA y se agradecerá su participación.

ALCANCES Y LIMITACIONES

En la revisión teórica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad e impulsividad TDAH, conocimos que es un tema estudiado en diversos ámbitos, el clínico y educativo debido a la prevalencia que existe en las aulas y hospitales.

Sin un oportuno diagnóstico y un adecuado tratamiento, los alumnos con TDAH comienzan a presentar dificultades académicas y sociales que repercuten en la mayoría de los casos en su personalidad y autoestima.

Las implicaciones del TDAH afectan al paciente en diferentes áreas de su vida personal, en las relaciones con sus pares, el área educativa y familiar, sin embargo no solo ellos son los afectados por el trastorno sino también las personas con las que conviven en el entorno que les rodea.

Los niños con TDAH suelen presentar una mayor dificultad de adaptación dentro del aula, es por esto que surge la importancia de hacer del conocimiento a los docentes y padres de familia la información que les permita acercarse a la problemática que se enfrentan y de esta manera formar parte del tratamiento del alumno, favorecer su desarrollo, garantizar el adecuado pronóstico y mejora de los síntomas.

La integración del docente como parte del tratamiento en el alumno con TDAH será de trascendental dentro del aula, le permitirá al alumno favorecer su aprendizaje, es de suma importancia proporcionar a los maestros de las herramientas necesarias en materia psicopedagógica que le permitan diseñar metodologías de aprendizaje que beneficien los procesos de atención y concentración en el alumno.

Así mismo se debe ofrecer al alumno una educación adecuada a sus necesidades que le permitan facilitar el aprendizaje así como la formación en las habilidades sociales que les ayude a mejorar la interacción con sus pares.

Es importante informar y formar a los padres de familia en el tema para conocer el trastorno y plantear tácticas que les ayude a planificar, organizar y estructurar la vida de sus hijos.

De esta manera la propuesta realizada en forma taller, se encuentra dirigida a docentes en la educación primaria quienes son parte de su formación diaria en las aulas, el propósito es brindar al profesor de herramientas de intervención conforme al rol en el que participaran como parte del tratamiento transdisciplinario.

En esta propuesta se plantea un taller de ocho sesiones y cuenta con diversas actividades teóricas y prácticas que deberán ser dirigidas por profesionales en psicología clínica y/o educativa. En las primeras sesiones se especifica una revisión teórica del trastorno y la etapa del desarrollo del niño las cuales tienen el objetivo ubicar al docente en la etapa cognitiva y emocional que atraviesa el alumno, las siguientes sesiones proporcionaron al profesor de estrategias y formación en habilidades de comunicación, atención, concentración, habilidades sociales y técnicas de modificación de conducta que le permitirán establecer la metodología de su clase.

Dicho taller se encuentra elaborado para facilitar y dar estructura a las estrategias en el aula, sin embargo existen limitantes que se contemplan para llevarlo a cabo, por un lado la exclusión que existe de los alumnos con TDAH en las escuelas por lo que gran parte de los docentes siguen una organización con el método tradicional, aún con el señalado plan educativo basado en competencias, la mayoría de las Instituciones no se detiene a aceptar métodos que modifiquen su estructura tradicionalista pues desconocen de los beneficios que le brindarían tener conocimiento del trastorno y por ende aplicar las técnicas que se ofrecen en el taller.

Así mismo, la falta de formación en el tema de otros psicólogos quienes han deformado los síntomas en el TDAH y por ende establecer un diagnóstico erróneo, ya que no se detienen a efectuar la evaluación psicopedagógica que incluya explorar el desarrollo cognoscitivo del niño, aplicar pruebas psicométricas como herramientas para explorar sus habilidades y las dificultades cognoscitivas, emocionales y sociales en las que se ubica el alumno.

Sin embargo es de vital importancia reconocer a todos aquellos profesores quienes realizan adecuaciones curriculares para sus alumnos con TDAH y dificultades de aprendizaje, se informan en el tema y ayudan e integran a sus alumnos dentro de la dinámica escolar, empatizan con la frustración de un niño con TDAH y dificultades de conducta. Así mismo a los profesionales en psicología que apoyan y ofrecen herramientas a los padres de familia y docentes.

REFERENCIAS

- Alves, B. G. (2000). Trastorno hiperactivo. Historia y evaluación clínica del déficit de atención. En Grau & Meneghello, J. *Psiquiatría y Psicología de la infancia y la adolescencia* (pp 428) Madrid, E: Editorial Médica Panamericana.
- Amador, C. J. A., Forns I.S.M. & González, I.C.M (2010). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). España: Síntesis.
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª. ed.). Washintong, DC, EE.UU: Masson.
- American Psychological Association. (2010). *Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association* (2da ed. adaptada para el español por la editorial El Manual Moderno). México: El Manual Moderno.
- Asociación Mexicana para el Déficit de Atención, Hiperactividad y Trastornos Asociados. (2004). AMDAHTA. México.
- Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología. www.amapsi.org
- Banús, S. (s.f) *Modificación de conducta en el aula. Psicodiagnos. es: Psicología clínica y juvenil.* <http://www.psicodiagnos.es/areaescolar/tecnicasmoficacionconductaaula/index.php>
- Barkley, R. (1998). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment.* New York: Guilford.
- Barkley, R. (2002) *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales.* México: Editorial Paidós
- Barragán, E. (2007) *Diagnóstico Clínico.* En Ruiz, M. *Actualidades en el diagnóstico y tratamiento de trastornos por déficit de atención* (pp 69-81). México: Editores de Textos Mexicanos.
- Belloch, A. (2008), *Manual de Psicopatología.*(vol.2)Mcgraw-Hill/Interamericana de España
- Benassini, O (2002). *Trastornos de la atención. Origen, diagnostico, tratamiento y enfoque psicoeducativo.* México: Trillas.
- Biederman, Joseph, Milberger, Sharon, Faraone, Stephen V, Guite, Jessica. (1995) *Associations between childhood asthma and ADHD: Issues of psychiatric comorbidity and familiarity.* *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* Jul-Aug.; 33(6): 842-848.

- Brown T.E. (2003). Trastornos por Déficit de Atención y Comorbilidades en Niños, Adolescentes y Adultos. Barcelona. Masson.
- Centros de Integración Juvenil, A. C. (CIJ) (2002). Seminario Preventivo: Trastorno por Déficit de atención (Documento de circulación interna). México.
- De la Garza, F. (2007) Hiperactividad y déficit de atención en niños y adultos: Guía para médicos, padres y maestros. Trillas. México
- Eissman, P (2000). Psicología evolutiva: Las teorías del desarrollo infantil. En Grau & Meneghello, J. Psiquiatría y Psicología de la infancia y la adolescencia (pp 44-53) Madrid, E: Editorial Médica Panamericana.
- Elías C. Y. (2009), Trastorno por déficit de atención: bases neurobiológicas, modelos neurológicos, evaluación y tratamiento. México: Trillas.
- Esquivel y Ancona, F. Heredia y Ancona, M. C. Lucio, E. (2007). Psicodiagnóstico clínico del niño. (3da. ed). México: El Manual Moderno
- Fisher, B. & Beckley, R. (1998), Attention Deficit Disorder. Practical coping methods. New York: CRC Press
- Fernández de Stéfano, A. & Garza, S. (2007) Tratamiento cognitivo-conductual. En Ruiz, M. Actualidades en el diagnóstico y tratamiento de trastornos por déficit de atención (pp 269-279). México: Editores de Textos Mexicanos.
- Fernández-Jaén A, Calleja-Pérez B. (2001) Trastorno de déficit de atención con hiperactividad e hipomelanosis de Ito. Rev Neurol; 31: S680-681.
- Frade R. (2006). Déficit de atención e hiperactividad: Fundamentos y estrategias para el manejo docente en el salón de clases. (vol.1). Michoacán: Taller de producción gráfica, S.A. de C.V.
- Freides, D (2007) Trastornos del desarrollo. Un enfoque neuropsicológico. (2da ed). España: Ariel.
- Galindo, G. Molina, V (2007). Valoración Neuropsicológica y su aplicación clínica. En Ruiz, M. Actualidades en el diagnóstico y tratamiento de trastornos por déficit de atención (pp 225-240). México: Editores de Textos Mexicanos.
- Garza, S. (2007) Tratamiento Integral. En Ruiz, M. Actualidades en el diagnóstico y tratamiento de trastornos por déficit de atención (pp 253-267). México: Editores de Textos Mexicanos.

- Gutiérrez, J. (2007). Bases Neurobiológicas. En Ruiz, G. M. Actualidades en el diagnóstico y tratamiento de trastornos por déficit de atención (pp 9-26). México: Editores de Textos Mexicanos.
- Grau, A. Meneghello, J. (2000). Psiquiatría y Psicología de la infancia y la adolescencia. Madrid, España: Editorial Panamericana.
- Hartmann, T. (2003): The Edison Gene: ADHD and the Gift of the Hunter Child. Rochester, Vermont: Park Street Press.
- Grupo de expertos nacionales para el estudio del trastorno de déficit de atención. www.genpetdah.org.mx.
- Hechtman, L. (2003). Evolución del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en subgrupos de adultos. En Brown, T. Trastornos por déficit de atención y comorbilidad en niños, adolescentes y adultos. (pp 231-295). España: Masson
- Kaufman, A. Kaufman, N. (2001), Specific learning disabilities and difficulties in children and adolescents. Psychological assessment and evaluation. New York: Cambridge University Press.
- Larousse, *Diccionario Enciclopédico*, 2007.
- Livingstones, Ch. (2008), *Clasificación de los Trastornos mentales y del comportamiento: con Glosario y Criterios Diagnósticos de Investigación CIE-10*. Médica Panamericana.
- Lozano, A (2000). Aspectos evolutivos del déficit de atención. En Grau & Meneghello, J. Psiquiatría y Psicología de la infancia y la adolescencia (pp 458-466) Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Mayen, D. & Urraca, N. (2007) Genética. En Ruiz, G. M. Actualidades en el diagnóstico y tratamiento de trastornos por déficit de atención (pp 17-26). México: Editores de Textos Mexicanos.
- Miranda, C. Amado, L. Jorge, F. (2001) Trastornos por déficit de atención con hiperactividad. Una guía práctica. Málaga, España: Aljibe
- Medarde, C. Verdejo, C. & Verdejo, E. (2006). Maletín de campo: Una guía práctica para la capacitación y facilitación en procesos grupales. Veterinarios sin fronteras.
- Medina, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., et.al. (2003). Prevalencia de los trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26 (4).

- Mendoza, M. (2003), *¿Qué es el trastorno por déficit de atención? Una guía para padres y maestros*. México: Trillas.
- Monga, D. & Fournier, C. (1997), *Neuropsicología clínica infantil: Estudio de casos en edad escolar*. Madrid: Editorial Universitas, S.A.
- Monjas, I (2000). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social*. Madrid: CEPE
- Núñez, P. (2007). Metacognición y Aprendizaje. En Ruiz, G. M. *Actualidades en el diagnóstico y tratamiento de trastornos por déficit de atención* (pp 281-291). México: Editores de Textos Mexicanos.
- Olivera, X. (2011) *Tratamiento Multimodal en Niños con TDAH. I Jornada TDAH Teknon: respuestas que ayudan*. <http://www.centroguía.cat>
- Orjales, I. (2002). *Déficit de atención con hiperactividad: Manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE, S.L.
- Parrellada, M. (2009), *TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad de la infancia a la edad adulta*. Madrid: Alianza
- Peña, F. (2009). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en México y Latinoamérica: Avances y retos para el diagnóstico, tratamiento y la investigación. *Salud Mental*. Vol 32, supl. 1. pp (1-2). <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm32s01/sm32s101.pdf>
- Peña, F. Barragan, E. Rhode, L. Patiño, L. Zavaleta, P. Ulloa, R. Isaac, A. Murgía, A. Pallía, R. & Larraguibel, M. (2009). Algoritmo de tratamiento multimodal para escolares latinoamericano con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Vol. 32, supl 1. pp (17-29). <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm32s01/sm32s117.pdf>
- Philip R. (1997), *Desarrollo Humano: Estudio del ciclo vital*. (2ª. ed.). Pearson Prentice Hall
- Psicoactiva. La hiperactividad en los niños. [en línea] URL disponible en: <http://www.psicoactiva.com/arti/articulo.asp?siteIdNo=135> [Consulta 5-09-10]
- Rickel, A.U. & Brown, R. T. (2007). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos*. México: Manual Moderno.
- Ruiz G. M. (2007). *Psiquiatría contemporánea: Actualidades en el diagnóstico y tratamiento de trastorno por déficit de atención*. México: Editores de Tactos Mexicanos.

- Saffer D. y Kipp K, (2007), *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. (2da ed.) Thomson.
- Ruiz, G. M. & Sánchez, G. O. (2007). Antecedentes Históricos y Efectos Epidemiológicos. En Ruiz, G. M. Actualidades en el diagnóstico y tratamiento de trastornos por déficit de atención (pp 1-7). México: Editores de Textos Mexicanos.
- Santos, J. & Bausela, E. (2007). Propuesta psicoeducativa de evaluación y tratamiento en niños/as con TDAH. *Revista de psiquiatría y psicología del niño y del adolescente*, 7 (1), 110-124.
- Sattler, J. (1998). Evaluación de las incapacidades para el aprendizaje del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de conducta, trastorno general del desarrollo y alteraciones sensoriales. En *Evaluación de la inteligencia infantil y habilidades especiales*. México: El Manual Moderno.
- Servera, M; et. al. (2002). Hiperactividad infantil: conceptualización, evaluación y tratamiento. en: Caballo, V.E; Simón, M.A. *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- SESARME (2002), Programa específico de trastorno por déficit de atención, México: Secretaria de Salud.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). Código ético del psicólogo. México: Trillas
- Soloviera, Y. Q. (2002). Programa de corrección neuropsicológica del déficit de atención. Puebla: Colección Neuropsicología y Rehabilitación.
- Solloa L. M. (1993). *Trastorno psicológicos en el niño: Los. etiología características diagnóstico y tratamiento*. Ed Trillas: México.
- Spreen, O. Risser, A. Edgell, D (1995), *Developmental Neuropsychology*. New York: Oxford University Press
- Van-Wielkin (2004). Déficit de atención con hiperactividad. México: Trillas.

ANEXOS

ANEXO 1

- ESTIRA Y AFLOJA. Medarde, C. Verdejo, C. & Verdejo, E (2006)

Este ejercicio debe de practicarse en una silla, en una postura cómoda, con la columna recta y sin tensar las piernas. Se les pide a los participantes que tensen los músculos de los pies, que junten sus talones, luego las pantorrillas, las rodillas y que tensen la parte superior de las piernas. A continuación se les pide que tensen los glúteos, el abdomen, el pecho y los hombros, se les pide que aprieten los puños, las manos, que crucen los brazos, que tensen el musculo del cuello, sus mandíbulas, el rostro cerrando los ojos y frunciendo el ceño. Una vez que este todo el cuerpo en tensión, se les pide que tomen aire y lo retengan por 10 segundos y mientras tensan al máximo todo el cuerpo, después de los 10 segundos, se les pide que exhalen el aire aflojando todo el cuerpo.

ANEXO 2

- CUESTIONARIO APA (Asociación Psiquiátrica Americana)

Nombre del alumno: _____ Fecha: _____

Estimado Profesor, este cuestionario es confidencial por lo que se pide llenar este formato lo más cercano posible a la conducta de su hijo

A continuación marque cada una de las conductas que considera que presenta su alumno.

- A menudo no presta atención suficiente a los detalles o comete errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades, que no son del interés del niño.
- Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades de juego.
- Parece que no escucha cuando le hablan directamente.
- No sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo.
- Tiene dificultades para organizar sus tareas y actividades. A menudo evita, le disgusta o es renuente a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (trabajos escolares).
- Extravía objetos necesarios para tareas o actividades (juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- Es descuidado en las actividades diarias.
- Mueve en exceso manos y pies o se mueve continuamente de su asiento.
- Abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- Corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo o se siente muy inquieto. En adultos o adolescentes puede tener dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor por dentro.
- Habla en exceso
- Precipita respuestas antes de que terminen las preguntas.
- Tiene dificultades para esperar su turno.
- Interrumpe o se “mete” en las actividades de otros (se entromete en conversaciones o juegos).

ANEXO 3

- LLUVIA DE IDEAS. Medarde, C; et.al. (2006)

Es la estrategia más sencilla de generación espontánea y libre de ideas sin que medie debate o discusión grupal: el enunciado de los sentimientos y actitudes ante el tema lanzado por el animador se hace en voz alta y de forma desordenada. Se anotan todas las opiniones en una pizarra, a la vista de todos, y se da paso al análisis, debate y aceptación de las más valoradas, en un proceso de cierto consenso.

ANEXO 4

- EL AFICHE Medarde, C; et.al. (2006)

Es una dinámica de trabajo en grupo, donde cada cual mediante recortes de revistas/periódicos, dibujos o cualquier otro material, representan de manera gráfica sus ideas sobre tema de análisis. El cartel resultante es expuesto en plenaria y son los miembros de la plenaria quienes tratan de analizar las ideas que el grupo ha querido plasmar. Al final, el grupo explica su cartel.

ANEXO 5

- PHILLIPS 6-6. Medarde, C; et.al. (2006)

Se recurre a este método para facilitar la participación de todos los miembros de un grupo número (fórum comunitario o asamblea participativa). Consiste en dividir el grupo grande en subgrupos de seis personas que discuten sobre el tema planteado por el moderador durante seis minutos; después un portavoz de cada grupo expone las conclusiones a las que han llegado y el animador las anota en una pizarra.

ANEXO 6

ETAPA PSICOSOCIAL Saffer & Kipp (2007),

Citan las etapas de desarrollo cognitivo, analizadas por Erickson y Freud. La etapa psicosocial de Erickson comprendida en la edad de 6 a 12 años, conocida como Industriosidad vs Inferioridad, refiere que el niño debe dominar importantes habilidades sociales y académicas. En este periodo se compara con sus pares. Si es bastante industrioso, las adquirirá y se sentirá seguro. De lo contrario sobrevendrán sentimientos de inferioridad. Los profesores y los pares son importantes agentes sociales.

- ETAPA DE OPERACIONES CONCRETAS

Etapas de las operaciones concretas según Piaget (de 7 a 11 años)

Durante la etapa de las operaciones concretas, los niños muestran una mayor capacidad para el razonamiento lógico, aunque todavía a un nivel concreto. El pensamiento del niño sigue vinculado a la realidad empírica. En esta etapa pueden arreglar objetos en clasificaciones jerárquicas y entender relaciones de inclusión de clase (la inclusión de objetos en diferentes niveles de la jerarquía al mismo tiempo). Así mismo son capaces de seriación. La capacidad de agrupar las cosas en categorías permite que los niños expandan la extensión de su conocimiento mediante inducciones basadas en categorías. Son capaces de concluir que una propiedad que es cierta para los miembros de otra categoría, también puede serlo para los miembros de otra. La conservación se refiere al reconocimiento de que las propiedades de las cosas, como el peso o el volumen, no son alterados al modificar su recipiente o forma. Piaget (en Philip R. 1997),

ANEXO 7

- CASO CLÍNICO (Evaluación psicopedagógica)

CASO CLÍNICO
<p>NOMBRE: F EDAD: 08 Años SEXO: masculino ESCOLARIDAD: 2do primaria</p>
<p>DINÁMICA FAMILIAR: F es el producto del segundo embarazo de la madre, tiene dos hermanos. En la actualidad vive con su madre y la pareja de ella. F no ve a su padre desde hace dos años. Viven en una comunidad con situaciones económicas precarias.</p>
<p>ANTECEDENTES DEL DESARROLLO: Los datos más importantes se encuentran en el desarrollo y durante su gestación, se refieren en el sufrimiento fetal y retraso importante en la adquisición del lenguaje, así mismo denota dificultad al coordinar sus movimientos motores gruesos “se cae con frecuencia”.</p>

HISTORIA ESCOLAR:

En relación a su historia escolar, denota dificultad para seguir indicaciones, olvida lo que tiene que realizar con frecuencia, posee periodos de inatención cortos y frecuentes durante el día, constantemente abandona su asiento y tiende a molestar a sus compañeros (hace bolas de papel, revisa mochilas, sustrae sus objetos personales), desiste de realizar y finalizar sus trabajos en clase.

INSTRUMENTOS APLICADOS:

- Entrevista Clínica a padres (historia de desarrollo)
- Test Gestáltico Visomotor de Laurretta Bender
- Escala de Inteligencia para Niños de Weschler (WISC-R)
- Prueba informal de Lecto-Escritura
- Test Proyectivos
- Cuestionario de síntomas de TDAH según el Manual Diagnostico y Estadístico de los trastornos mentales.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS

HABILIDADES INTELECTUALES

Para medir el coeficiente intelectual de F se aplicó la Escala de Inteligencia para Niños de Weschler (WISC-R). Los resultados son los siguientes:

Se encontró que posee un C.I total de 101 el cual corresponde a una Inteligencia Normal Promedio, así mismo denota C.I verbal de 95 y CI de ejecución de 107, sin existir diferencias estadísticamente significativas entre las dos escalas, se observa dominio adecuado en ambas escalas.

FUNCIONES COGNITIVAS AFECTADAS

Sus habilidades en ventaja se encuentran en las tareas manipulativas y habilidades de percepción, pues es capaz de seguir secuencias, mecanizar y memorizar de forma inmediata. Así mismo denota adecuada facilidad en la capacidad de análisis y síntesis, estructura de lo general a lo particular, lo que se denota en el tipo de pensamiento, situándolo en un nivel abstracto.

Sus habilidades en desventaja se encuentran en la memoria a largo plazo, ya que se le dificulta evocar la información adquirida a través de la experiencia, por lo que refleja hostilidad a las tareas escolares que requieren de concentración y tiende a desistir fácilmente de ellas. Así mismo denota dificultad en la memoria inmediata a corto plazo y visual, pues se le dificulta prestar atención a los detalles. Es importante mencionar que

presenta dificultad para emplear el juicio lógico y sentido común, lo que se puede observar en las actividades cotidianas.

PERCEPCIÓN

Para realizar la evaluación visomotriz, se aplicó la prueba de Laurretta Bender donde obtuvo una edad mental MENOR a su edad cronológica correspondiente a 07 años 01 meses. El análisis cualitativo arroja datos de ansiedad e impulsividad.

ESTILO COGNOSCITIVO.

El estilo cognoscitivo de F es inatento, es decir, se le dificulta la concentración en las tareas que realiza, pierde la secuencia y difícilmente concluye lo que comienza.

LECTURA

En cuanto a la lectura, es capaz de decodificar grafemas y fonemas de manera correcta, al leer se dirige con el dedo, en ocasiones confunde "d" por "b", omite algunas letras al leer, influyen factores de atención.

Se encuentra en el nivel silábico.

ESCRITURA

Presenta una moderada dificultad en el programa motor para trazar las letras del alfabeto, utiliza la letra de molde. Se observa en su trazo impulsividad y letra irregular.

A la copia.- Presenta dificultad en la memoria visual inmediata, logra memorizar las oraciones cortas para luego transcribirlas.

ATENCIÓN.

F presenta una dificultad importante en mantener la atención por periodos largos (atención sostenida o concentración) por lo que no se logran los procesos siguientes para terminar una tarea y su trabajo se ve interrumpido. Se encuentra también una dificultad importante al discriminar de entre varios estímulos el más importante, por lo que esta habilidad (atención selectiva) no permite que elabore una jerarquía de estímulos y actúe en consecuencia.

DIAGNÓSTICO CLINICO

EJE I

1.- Trastorno Inicial: Trastorno por déficit con hiperactividad e impulsividad (TDAH) con predominio déficit de atención.

2.- Trastorno de lenguaje.

EJE II No presenta

EJE III No presenta

EJE IV relativos al grupo primario.

EJE V 70

ANEXO 8

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LAS HABILIDADES EN LA LECTO-ESCRITURA EN ALUMNOS CON TDAH	
Frade, L. (2006)	
LECTURA	
PROCESOS PERCEPTIVOS	Es necesario identificar cual es el problema, ya que o es auditivo (confunde los sonidos) o es visual (confunde las letras). Para estos casos, es necesario descartar la posibilidad de un problema auditivo y/o un problema de tipo visual.
DIFICULTADES AUDITIVOS PERCEPTUALES	En el caso de que el alumno confunda los sonidos es necesario realizar ejercicios con tarjetas en las que se muestran las palabras con dibujos como por ejemplo: tomar la “p” en la palabra “pato”, mostrar un dibujo de un pato y pronunciar la palabra frente al niño con la boca de frente, para que la vea y observe el movimiento de la boca.
DIFICULTADES VISUALES PERCEPTUALES	En la situación que el alumno confunda las letras, se necesitara apoyar a identificar porque son diferentes las letras. Se necesita buscar imágenes que tengan dichas letras a principio “perro” “berro”. Muestra al grupo en cartulinas grandes y haz saber las diferencias gráficas utilizando colores. Subraya “p” para abajo y luego la “b” para arriba.
DIFICULTADES EN LOS PROCESOS LEXICOS	Los niños con TDAH les cuesta trabajo ubicar el detalle. A lo mejor ya decodifican correctamente, pero al leer no encuentran las palabras que no entienden, no identifican una o más palabras que no entendieron. Entonces lo primero que hay que hacer es que aprendan a buscar, a encontrar lo que no entienden. En relación a la lentitud de la lectura, será necesario elaborar tarjetas con sílabas de todo el abecedario por familiar, sin el orden que llevan las vocales. Esto se realiza en tarjetas blancas bibliográficas, de tal manera que queden como barajas. Por ejemplo: L- la, lu, li, le, lo.
DIFICULTADES EN LOS PROCESOS	Para el alumno con TDAH que no observa los detalles que hacen la diferencia. Por ejemplo en una oración “ los perros y los gatos son

<p>SINTACTICOS Y SEMANTICOS</p>	<p>animales domésticos” el alumno lee: “Los perros o los gatos son animales domésticos”.</p> <p>Para la problemática en esta situación se recomienda que el profesor en clase realice lo siguiente: Se elige una lectura de un libro de texto. Posteriormente se les pide a los alumnos que lean en voz baja y que subrayen lo que no entiendan. Una vez que han subrayado, que le pregunten al profesor la palabra que no entendieron. Cuando terminan de leer, el docente retoma las palabras nuevas y les pide que levanten la mano a los que subrayaron cada palabra que preguntaron. Se dará el significado de la palabra y se les pedirá que vuelvan a leer. Posteriormente se les pedirá que plasmen por alguna vía (dibujo, escrito, obra de teatro) y lo presenten en público entonces el maestro preguntará: ¿qué te faltó?, ¿Qué le tienes que poner a tu dibujo o escrito?</p> <p>Es importante señalar que para desarrollar la metacognición en clase el docente tiene que utilizar la palabra: <u>pregúntate</u>.</p>
<p>DIFICULTADES CON LA COMPRESIÓN LECTORA Y FUNCIONES EJECUTIVAS</p>	<p>Se ve reflejado en el alumno con TDAH cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - no recuerda hechos fundamentales, no puede contestar las preguntas sobre el texto. - no recuerda la secuencia, que paso primero y que paso después. - no recuerda el tema principal. - no se concentra y se distrae en los primeros renglones <p>Es necesario brindar las siguientes estrategias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - planear lo que se va a leer - leer por párrafos y preguntar que entendió - que escriba lo que se leyó - comparar lo que se escribió con lo que se leyó, para identificar que faltó - pasar al siguiente de párrafo.
<p>ESCRITURA</p>	
<p>Para escribir correctamente las personas requieren de tres habilidades básicas:</p>	<p><i>Grafomotricidad:</i> la capacidad para escribir correctamente en un espacio determinado. El alumno debe llevar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un tamaño adecuado y con regularidad, o sea que de repente no se dispare una letra de las demás. 2. Una oscilación exacta, sin temblor. 3. Una precisión exacta, que no sea tan débil que no se vea, o tan fuerte que rompa un papel. 4. Líneas curvas y rectas que no estén fragmentadas, onduladas, que cuenten con la dirección correcta, de arriba abajo y de izquierda a derecha. 5. Una distribución de los trazos en ciertas zonas (alta, media,,

	<p>baja)</p> <p>6. Claridad, sin sobreponer una letra con otra, sin soldar.</p> <p><i>Ortografía:</i> capacidad que tiene el sujeto de codificar la palabra utilizando las normas y convenciones requeridas para escribir en su comunidad. Es fonética y reglada, es por esto que se debe observar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Que no haya sustituciones, o sea, que no se escriba una palabra por otra. 2. Que no se una las palabras que deben ir separadas 3. Que no haya fragmentaciones, que las palabras no se separen en pedazos cuando deben ir juntas. <p><i>Composición escrita:</i> capacidad que tiene el sujeto de expresar sus ideas, sentimientos mediante un texto escrito.</p>
<p>Postura, uso de lápiz y papel</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se debe utilizar un lápiz de manera correcta, utilizando la pinza entre el pulgar y el índice. 2. El alumno debe estar sentando de manera correcta, no se debe permitir que se sienten de otra forma. 3. Se debe poner el cuaderno un poco inclinado hacia la derecha para que pueda escribir correctamente, si el niño/a es derecho, con dirección de dentro del cuerpo hacia fuera y la mano tomando el lápiz como pinza entre el pulgar y el índice. Si es zurdo, es recomendable que escriban inclinados ligeramente el cuaderno hacia la izquierda.
<p>Indicaciones generales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si en tu salón de clases te enfrentas con alumnos que no desarrollaron bien dichas habilidades, entonces busca la manera de que lo puedan hacer, ponles ejercicios aparte de tal forma que puedan ponerse a la par que los demás. • Muchas veces los problemas del TDAH en la adquisición de la lecto-escritura son perceptuales, es decir, como no observa detalles,, no ve o no oye las diferencias entre las letras, hay que enseñarle dichas diferencias. • Si tu alumno/a tiene muchas faltas de ortografía, márcaselas con rojo o con algún color que sea significativo para que las vea. • Si se salta letras, pregúntale que le falta para que él o ella caigan en cuenta de su error, esto les ayudara más que si se los dicen.

ANEXO 9

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LAS HABILIDADES DE MEMORIA Frade, L (2006)

1. Para que un alumno recuerde algo se tiene que fijar en el estímulo. Para ayudar a al alumno a recordar es necesario supervisarlo en el sentido de verificar qué mete en la mochila diariamente, recordarle que tiene que hacer para no olvidar nada, será necesario utilizar recordatorios de colores, letreros por todo el salón de clases, en su mochila, en sus cuadernos, pegados con cinta adhesiva.
2. Emplea rutinas, horarios claros y establecidos de los todas las actividades que realizan con los alumnos.
3. Es necesario ignorar las conductas de olvido.
4. Realizar actividades que sean de interés para el alumno, por ejemplo si tiene que recordar la historia de Benito Juárez, tiene que ser importante.
5. Deja que se aprenda 5 elementos por día cuando están en 1°, 2°, 3° y 7 elementos cuando se encuentran en 4°, 5°, 6°. Es decir 5 combinaciones de las tablas, 5 elementos naturales, 5 sumas, etc.
6. Utiliza todos los estilos de aprendizaje para que los alumnos se aprendan aquellos conocimientos tediosos, como las tablas, las capitales de mundo, los meses del año, etc.
7. Utiliza juegos y otras técnicas de memoria para recordar lo aburrido, como loterías, crucigramas, mapas mentales.

ANEXO 10

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LAS HABILIDADES EN MATEMATICAS Frade, L. (2006)

1. Es necesario observar el avance matemático de los alumnos de acuerdo al nivel en el que van.
2. ¿Tiene problemas para copiar números? Entonces su problema es perceptual, ayúdalo poniéndolo a dibujar, que trate de copiar dibujos con detalles cada vez más difíciles.
3. ¿Tiene problemas para relacionar el número con la cantidad? Enséñalo a contar con objetos interesantes, como dulces, galletas, etc., luego con rompecabezas de números, de tal manera que aprenda a asociar número y cantidad.
4. ¿Tiene problemas para ver la diferencia entre un + y un –? Ayúdalo a observar la diferencia, primero que se aprenda un signo y luego otro. Lo puedes enseñar con masa en la arena, con plastilina, etc.
5. ¿Tiene problemas para entender conceptos matemáticos? No entiende por ejemplo que es una división, una resta. Explícalo con objetos, conchas de mar, galletas, palos, etc.
6. ¿Tiene problemas para hacer operaciones? Ayúdalo haciendo la operación con colores. Las unidades de un color, las decenas de otro, entonces caerá en cuenta de no puede poner todo en el mismo lugar.
7. Asegúrate que tus alumnos tengan los siguientes conocimientos al ingresar a primaria: los colores y sus tonalidades, los tamaños, sumar con los dedos, clasificar conjuntos de cosas por sus propiedades.
8. Para aprender los procesos matemáticos, puedes realizar pasos numerados y preguntas para resolver los problemas.
9. Proporciona de tiempo extra en los exámenes y las tareas que requieran de concentración.

ANEXO 11

A) ESTRATEGIAS DE LOCALIZACIÓN (De la Garza, 2007)

1. Ubicar al estudiante cerca del profesor sin excluirlo del grupo
2. Sentar al frente dando la espalda a sus compañeros para que evitar la distracción
3. Rodearlo con compañeros que sean modelos que deba seguir
4. Pedirle a alguno de ellos que ayude al alumno con TDAH cuando pueda ver que este tiene una dificultad.
5. Evitar estímulos que lo distraigan, por ejemplo, evitar sentarlo junto a las ventanas, nunca con otro niño con TDAH, ni cerca de la puerta.
6. Pedir a los padres que sigan rutinas de estudio en casa y que periódicamente organicen con el alumno la mochila, y le proporcionen un lugar tranquilo para estudiar.

ANEXO 12 (De la Garza, 2007)

VENTAJAS DE UNA BUENA COMUNICACIÓN ENTRE ALUMNO Y DOCENTE

Mantener cercanía: Tener cercanía permite una corrección conductual sin comentarios verbales negativos. Esta es una de las principales características para mantener la atención del niño.

Lenguaje corporal: Una sonrisa, un abrazo, guiñar un ojo, aprobar con la cabeza, etc. pueden hacer mucho por una persona con TDAH. Utiliza tus expresiones faciales y el contacto visual para aclarar tu objetivo. Los estudiantes tienden a prestar más atención a lo que haces que a lo que dices. Nunca fuerce a los estudiantes a verte a los ojos mientras tu estas corrigiéndolos. Si es necesario tómate un tiempo. El control en el tono de voz es un medio muy importante para el manejo de niños con TDAH.

ANEXO 14

ESTRATEGIAS GENERALES PARA ALUMNOS CON TDAH EN PRIMARIA (De la Garza, 2007)

1. Oportunidades de moverse en el cambio de clase es benéfico para estos estudiantes. También necesitan oportunidades de moverse en el salón de clases con algún propósito o un pequeño descanso al menos cada 20 min.
2. Los horarios podrían permitir alternativas maneras de pensar y trabajar. Por ejemplo, empezar con una clase en que se requieran actividades manipulativas y proseguir con las clases de español y matemáticas.
3. Coordinación de esfuerzos de maestros, director y padres es importante. El trabajo en equipo es crítico para integrar esfuerzos en este nivel.
4. Se sugiere que las tareas sean escritas en una agenda. así como mostrar las tareas visualmente.
5. Salones especiales de estudio con un equipo que les de asistencia a lo alumnos proveerá un mejor seguimiento de los alumnos.
6. Calificar flexiblemente es importante. Trabajar con padres de los alumnos es ideal para fijar metas y alcanzarlas. Por ejemplo: marca la respuesta correcta en lugar de la respuesta equivocada. Es mejor calificar por el número de respuestas correctas en lugar del número total de preguntas.
7. Reduce la duración del día proporcionando “tiempos libres”.
8. Clases de técnicas de aprendizaje al principio o al final del día ayuda a los alumno a aprender técnicas organizaciones que son esenciales para ellos, la organización no es fuerte y requieren mucho entrenamiento para adquirirlo.
9. Un compañero o un miembro del personal educativo que esté puede ayudar a estar al tanto del progreso que han tenido y de sus trabajos. Así como para asegurar que sus tareas estén completadas a su tiempo.
10. De igual manera puede ayudar a que asista a la clase correcta a tiempo. Dar créditos extra por que permanezca o llegue a tiempo a clase es un incentivo.
11. Permitirles usar apuntes de un buen estudiante les puede reducir el estrés de tratar de entender lo que dicen los maestros y además escribirlo en un papel.

12. Permitirles una grabadora en lugar de tomar notas es útil, o bien dar un resumen de los puntos más importantes y así sólo anote los detalles faltantes.
13. Anima a los alumnos a que tengan más eficiencia en el procesamiento de palabras
14. Puedes ser flexible y dejarles menos tarea.
15. Los maestros y el personal educativo debe tener un compromiso para ayudar a los estudiantes a ser exitosos. Trabajo en equipo, flexibilidad y proveer alternativas lleva a un mejor éxito.
16. A los estudiantes TDAH les ayuda que la información que les enseñan sea por todos los niveles sensoriales, visual, auditivo y kinestésico. Es tres veces más efectivo.
17. Se creativo, breve y usa una variedad de buenas técnicas de enseñanza.
18. Las transiciones son difíciles, dales la noticia, anticipa el evento. Por ejemplo “ en cinco minutos vamos a escuchar lo que tu grupo discutió”
19. Permite a los alumnos tomar exámenes orales, o alguna otra forma que le ayude a demostrar lo que el o ella realmente han aprendido.
20. Es importante proveer un servicio interno para ayuda.
21. Promueve que los padres se involucren.

ANEXO 15

TARJETAS CON SITUACIONES PARA ENSAYO

A) ENSAYO DE INSTRUCCIONES

DAR INSTRUCCIONES PARA CONTESTAR UN EXAMEN	DAR INSTRUCCIONES PARA UNA ACTIVIDAD EN EQUIPO DURANTE LA CLASE
DAR INSTRUCCIONES PARA UNA ACTIVIDAD DE LECTURA	DAR INSTRUCCIONES PARA INFORMAR EL ORDEN EN QUE SE CALIFICARAN LAS TAREAS

B) ENSAYO DE TAREAS

UNA TAREA A ENTREGARSE AL DÍA SIGUIENTE	UNA TAREA A ENTREGARSE AL FINAL DEL MES
UNA TAREA QUE INCLUYE RECORD DE LECTURA	UNA TAREA QUE INCLUYE INSTRUCCIONES PARA ELABORAR MARGEN EN LAS LIBRETAS

C) LISTA DE RECOMENDACIONES (De la Garza, 2007)

- Para dirigirse a alumno
 - Mantener control visual cuando se está hablando
 - Dar instrucciones, claras, concisas y diarias
 - Cuando las instrucciones son complejas y largas, simplificarlas o racionarlas.
 - Dar confianza al alumno para que pueda pedir ayuda
 - Si es necesario revisar diariamente el libro de tareas
 - Vigilar que el alumno lleve la tarea asignada de forma escrita.

- Para llevar a cabo dentro del aula
 - Realizar un trabajo a la vez
 - Modificar las clases si es necesario, incluir las modificaciones en las planeaciones académicas.

- Consultar si es conveniente desarrollar un plan educativo de acuerdo a la competencia del alumno.
- Ofrecer un tiempo extra para los exámenes y tareas, ya que por factores de distracción no les alcanza el tiempo establecido.
- Evitar presionarlos ya que tienden a reaccionar con frustración o pérdida del autocontrol.
- Manejo de conductas inadecuadas , impulsivas e hiperactivas
 - Acercarse al estudiante hasta su asiento
 - Tocar del hombro de forma amable
 - Decirle al oído que se calme
 - Enviar un pequeño recado como aviso (que solo tenga conocimiento el alumno)
 - Tener un acuerdo previo de que con ciertas señales se le está previniendo de un mal comportamiento
 - La comunicación puede ser no verbal, pero el estudiante debe saber su significado
 - Si después de estas advertencias claras continúan las malas conductas se implementa un castigo menor: quitar el tiempo a una actividad favorita, quitar acceso a algo que le guste (material, patio, lecturas).
- Hablar excesivo
 - Establecer reglas claras de cuando es aceptable o no hablar en clase.
 - Conversar con el alumno el porqué no es apropiado hablar en ciertos momentos. Explíquese que el hablar en exceso interfiere con el desempeño de la clase.
 - Exija levantar la mano para pedir permiso de hablar
 - Si a pesar de estas estrategias continua la conducta, advierta que se impondrán sanciones.
- Cuando no sigue instrucciones
 - Involucrar al alumno a la clase, por ejemplo: “José creo que la actividad que vamos a hacer enseguida te va a gustar”.
 - Mantenga un contacto visual con el estudiante.
 - Pregúntele más frecuentemente que a otros, de manera que lo mantenga conectado y activo.
 - Al iniciar la clase diga: “ su atención por favor, lo que sigue es muy importante”
 - Antes de seguir asegúrese de que todos están poniendo atención.
 - Además de las instrucciones orales, estas también pueden ser escritas en el pizarrón

- Ofrecer reforzamientos positivos como: “ gracias por escuchar”

- Para los alumnos que les dificulta realizar tareas
 - El profesor deberá proponer tareas cortas.
 - Establecer fechas límite
 - Estar seguro que el estudiante entendió lo que se le pide
 - Pedir que haga parte de la tarea en la escuela
 - Llevar un calendario o una agenda donde escriba cuales son las asignaturas y fechas de entrega.
 - Recordar que debe revisar su agenda para no olvidar su material del día siguiente.
 - Llevar una contabilidad de tareas no entregadas

ANEXO 16

ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN Y RETROALIMENTACION CON LOS PADRES (De la Garza, 2007)

- Establecer comunicación con los padres diariamente a través de notas en el cuaderno donde se les indique que ejercicios académicos deberá reforzar en casa.
- Establecer comunicación personal con los padres de forma mensual para conocer dificultades o dudas de tipo académicas.
- Establecer comunicación con los padres para conocer cualquier dificultad en la casa y que intervenga con la entrega de tareas.
- Si es necesario, pedir a los padres buscar apoyo o ayuda externa con algún especialista.

ANEXO 17

- LOS ZAPATOS DEL OTRO Medarde, C. et. al. (2006)

Al empezar la sesión se pone al grupo en círculo y todos tienen que sacarse un zapato y ponerlo en el medio (la clase anterior se puede avisar sin dar muchas pistas que todos deben venir con lindas medias).

Los líderes toman un zapato de la montaña al azar y explican que cuando se de la señal (con silbato, a la cuenta de tres o al bajar la mano) todos tienen que correr al medio y ponerse un zapato.

Al correr alguno de los participantes se va a quedar sin zapato. ¿Dónde llevarlo desde aquí? Ponerse en el zapato de otros es muy difícil A veces cuesta mucho y en realidad no hay mucha gente que quiera hacerlo.

Este rompe hielo es ideal para llevar al grupo a siempre tratar de entender la situación de los demás.

ANEXO 18

ACTIVIDAD 1

PROGRAMACION DE HABILIDADES SOCIALES BÁSICAS Monjas, I. (2000)
TEMA: Saludar, presentarse y presentar a otros
Paso 1 : <ul style="list-style-type: none">• Los docentes evalúan si tienden a comunicarse saludando como algo natural.• Definen en sus palabras ¿Qué es saludar, presentarse a un grupo?• Que debemos transmitir a las personas cuando nos presentamos• Ser amable servirá para comunicarnos y pedir un favor a otros.• Responder con cortesía hace que las personas se acerquen a nosotros?
Paso 2 : Estrategias para <ul style="list-style-type: none">• Componentes y pasos específicos para saludar, ser cortés, pedir favores ayudar a otros.• La presentación personal y la expresión verbal y corporal.• Cómo solicitar que alguien haga algo por ti (pasos específicos).
Paso 3 : Parte practica : <ul style="list-style-type: none">• Ensayos -role play–dramatización–dinámica
Pedir 2 favores a personas conocidas de confianza. <ul style="list-style-type: none">• Pedir 1 favor a un vecino (a) o a un compañero del aula al que no le tengas mucha confianza, recuerda usas los pasos correctos.• Hacer al menos 3 favores a tus compañeros y 3 a tus familiares.

ACTIVIDAD 2

PROGRAMACIÓN DE HABILIDADES PARA HACER AMIGOS Monjas, I. (2000)
TEMA: Pedir ayuda y ofrecer nuestra ayuda
Paso 1 : <ul style="list-style-type: none">• Definen en sus palabras ¿Qué es pedir ayuda ¿ y ¿Qué es prestar ayuda a otra persona? , recoger ejemplos y evaluar el cómo, cuándo y ¿por qué?• Porque es importante que podamos usar estas habilidades.• Motivarles indicándoles que vamos a aprender a pedir a alguien ayuda y a Ofrecerla si el caso lo requiera.
Paso 2 : <ul style="list-style-type: none">• Componentes y pasos específicos para pedir y dar ayuda.• Saber decir NO cuando las peticiones son poco razonables y consecuencias de las mismas.

- Defender los propios derechos.

Paso 3: Parte practica :

- Ensayos Modelado -role play – dramatización –dinámica
- Los docentes preparan sus propios guiones para la práctica.

ACTIVIDAD 3

PROGRAMACIÓN DE HABILIDADES RELACIONADAS CON EL MANEJO DE EMOCIONES, SENTIMIENTOS Y OPINIONES Monjas, I. (2000)

TEMA: expresar emociones y estados de ánimo.

Paso 1 :

- Definen en sus palabras ¿Qué es iniciar una conversación? ¿Qué es mantener una conversación con otra persona? ¿Qué es terminar una conversación?, recoger ejemplos y evaluar el cómo, cuándo y ¿por qué?
- Porque es importante que podamos usar estas habilidades ¿Qué sucede a las personas que no saben utilizar estas habilidades?
- Motivarles indicándoles que vamos a aprender a pedir a alguien ayuda y a ofrecerla si el caso lo requiera.

Paso 2 :

- Componentes y pasos específicos para iniciar, mantener y finalizar una conversación.
- Que hacemos cuando no podemos o no debemos iniciar ni mantener una conversación.
- Formulas verbales para iniciar una conversación.

Paso 3 : Parte practica :

- Ensayos Modelado :
- Desarrollo de un plan: ¿Qué tengo que hacer?, ¿Cómo puedo hacerlo?. ¿Estoy usando mi plan? y finalmente evaluaremos: ¿Cómo lo hice?
- role play – dramatización –dinámica.

ACTIVIDAD 4

PROGRAMACIÓN DE HABILIDADES PARA SOLUCIONAR PROBLEMAS Monjas, I. (2000)
TEMA: -Identificar y buscar soluciones para solucionar conflictos interpersonales. -Anticipar las consecuencias de nuestros actos y prever a los demás -Tomar una decisión, elegir una solución ante el problema interpersonal.
Paso 1 : <ul style="list-style-type: none">• Definen en sus palabras ¿Qué es un conflicto? ¿Qué lo genera ?¿Quién ha tenido un conflicto el día de hoy? Analicémoslo ¿Qué sucedió?, ¿Por qué reaccionaste así? , ¿por qué crees que la otra persona actuó así?,¿ cómo te sentiste? , ¿cómo crees que se sintió el otro?, ¿Qué pensabas tu?, ¿a alguien le paso algo parecido?, recoger ejemplos y evaluar el cómo, cuándo y por qué?• Por qué es importante que podamos usar estas habilidades ¿Qué sucede a las personas que no saben utilizar estas habilidades?• Motivarles indicándoles que vamos a aprender a identificar el problema, que quieren lograr cuál es el objetivo, su meta, las posibles soluciones.
Paso 2 : <ul style="list-style-type: none">• Componentes y pasos específicos:Cuál es el problema, por qué reacciono así, cómo te sientes, cómo se siente la otra persona, que quieres logra, ¿por qué?• Que hacemos cuando nos falla la solución al problema.
Paso 3: <ul style="list-style-type: none">• Identificar y anticipar las consecuencias en un problema interpersonal, estas pueden ser positivas o negativas ¿Cuáles son las consecuencias para uno mismo y para los otros implicados? , si tienes un problema ¿Qué crees que pasará después?, ¿Qué sucede si tomas una decisión sin considerar las posibles consecuencias?, recoger ejemplos y evaluar el cómo, cuándo y por qué?• Por qué es importante que podamos usar estas habilidades ¿Qué sucede a las que no saben utilizar estas habilidades? Motivarles indicándoles que vamos a aprender a evaluar las consecuencias ante un problema y escoger la mejor solución.
Paso 4 : Parte practica : <ul style="list-style-type: none">• Desarrollo de un plan: ¿Qué tengo que hacer?, ¿Cómo puedo hacerlo? ¿Estoy usando mi plan? y finalmente evaluaremos: ¿Cómo lo hice?• role play – dramatización –dinámica

ANEXO 19

- SOCIO-DRAMA. Medarde, C. et. al. (2006)

Es una pequeña representación teatral y permite mostrar elementos para el análisis de cualquier tema, basándonos en situaciones de la vida real. Las personas que van a hacer el sociodrama dialogan un rato sobre lo que conocen del tema, cómo lo viven y cómo lo entienden. Después empiezan a preparar la historia o argumento: Ordenan todos los hechos y situaciones que han discutido, definen los personajes de la historia y a quienes les toca representarlos, así como el momento en que debe actuar cada uno. Cuando esté lista la historia es bueno hacer un pequeño ensayo antes de la representación ante el grupo. A continuación se reflexiona sobre la obra.

ANEXO 20

1. ECONOMIA DE FICHAS

Ámbito de aplicación:	Su principal objetivo es motivar al niño en la ejecución de determinados aprendizajes y también fomentar la aparición de conductas positivas, controlando o eliminando las disruptivas.
Edad:	Cambiando los reforzadores y adecuándolos a la edad evolutiva correspondiente, podemos utilizarlo en prácticamente todos los niveles de edad. Muy útil en Educación Especial y también en la escuela ordinaria para conseguir objetivos específicos.
Puntos fuertes:	Técnica simple, de fácil comprensión por los niños y altamente motivante (si se construye y utiliza adecuadamente).
Limitaciones:	Hay que saber escoger los reforzadores en función del niño o del grupo. Los niños que no alcancen el premio pueden frustrarse o desistir del método. Hay que asegurar, al menos al principio, unos primeros éxitos.

2. PRINCIPIO DE PREMACK

Ámbito de aplicación:	Su uso más común es para incrementar (reforzar) aquellas conductas deseables de baja ocurrencia: incrementar el tiempo de trabajo en clase, potenciar el aprendizaje de una materia concreta o, también, reducir conductas disruptivas en clase cuando éstas no son de excesiva gravedad.
Edad:	Puede aplicarse en todas las edades cambiando las formas y los refuerzos. Tanto en Educación Ordinaria como en la Especial.
Puntos fuertes:	Es una técnica poco intrusiva en la que es el niño el que tiene el propio control de las consecuencias. Es decir, si efectúa la conducta que le solicitamos tendrá contingentemente a su disposición la situación reforzante.
Limitaciones:	Para que funcione es necesario conocer cuales son las conductas más reforzantes para cada niño. Su aplicación en grupo puede ser complicada debido a que las áreas de interés de cada alumno pueden variar.

3. ESTRATEGIA PARADOJICA

Ámbito de aplicación:	Estas técnicas se suelen utilizar puntualmente en casos concretos y especialmente cuando otros recursos más habituales no han funcionado. Puede utilizarse para contrarrestar conductas disruptivas de desobediencia, negativismo o de tipo desafiante-oposicionista. Principalmente cuando estas conductas suponen además intentos para acaparar la atención de los demás sean compañeros o maestros.
Edad:	Puede utilizarse a cualquier edad con los ajustes pertinentes. En alumnos de escuela ordinaria y de educación especial que tengan el nivel cognitivo suficiente.
Puntos fuertes:	Supone un recurso alternativo cuando otras estrategias más convencionales no han acabado de funcionar. Introducen elementos nuevos no esperados en las consecuencias de las conductas disruptivas y provocan en los niños o jóvenes un cortocircuito en el círculo habitual acción-reacción.

Limitaciones:

No hay patrones fijos a seguir. Depende de la creatividad de la persona que lo utiliza y la elección del momento y la situación. Puede provocar, si no se utiliza adecuadamente, un efecto reforzador de la conducta que intentamos controlar. Una vez utilizada una estrategia determinada ésta deja de ser sorprendente y no tendrá un efecto tan contundente como cuando se utilizó por primera vez.

ANEXO 21

FORMATO DE REPORTE Y CONTRATO

REPORTE

REPORTE SEMANAL		
ALUMNO: _____ GRADO: _____ FECHA: _____		
MAESTRO: _____ MATERIA: _____		
CONDUCTA	ESFUERZO	PROGRESO
Positivo	Bien	Satisfactorio
Satisfactorio	satisfactorio	No satisfactorio
Poco problemático	Mínimo	Mejorando
Muy problemático	Mejorando	Sin mejora
TAREA	EXAMEN	CALIDAD
Bueno	Bueno	Muy buena
Casi completo	Regular	Buena
Sin tarea	Pobre	Pobre

OBSERVACIONES: _____

CONTRATO

CONTRATO

Yo _____ estudiante del Instituto _____
de la sección _____ y del grado _____.

Declaro que me comprometo a _____.

Yo, el profesor _____
de _____ me comprometo que a cambio de que
_____ cumpla con su promesa arriba escrita, se le
otorgará _____.

En presencia del testigo firmamos de acuerdo.

Alumno

Profesor

Testigo

ANEXO 22

PROCEDIMIENTOS PARA AUMENTAR LA CONDUCTA Orjales, I. (1998)

Por **reforzador positivo** entendemos cualquier estímulo que aumente la probabilidad de una conducta o respuesta a la que le sigue temporalmente. Se trata, pues, de aumentar conductas positivas o deseadas (estudiar, obedecer al maestro, no hablar en clase).

No está especificado el tiempo que tiene que tardar el reforzador en seguir a la respuesta con el fin de aumentar su probabilidad de ocurrencia; sin embargo, normalmente se supone que la efectividad de un reforzador decae rápidamente conforme aumenta el tiempo que transcurre entre la respuesta y el reforzador. Esto es especialmente cierto a medida que los niños son más pequeños o presentan déficits cognitivos más severos (retraso mental, autismo, etc.)

Un reforzador puede ser verbal en forma de halago (“*lo has hecho muy bien*”; “*estoy muy contento de tu comportamiento*”...) o puede concretarse con la entrega de algún objeto del agrado del niño (golosinas, pequeños juguetes, cromos, etc.). Muchas veces no es suficiente sólo con las palabras pero éstas siempre deben acompañar la entrega de un reforzador.

En clase, la entrega de reforzadores debe estructurarse ya que se suelen introducir para controlar a los niños más problemáticos pero es todo el grupo el que debe tener acceso a ellos.

Hay otros tipos de reforzadores que también podemos utilizar en la escuela (dependiendo del perfil de los alumnos) como son el negociar un aumento extra de la nota, disponer de más tiempo en ciertas actividades de su interés, etc.

El “parte positivo” puede ser también un buen reforzador. Se trata de una comunicación escrita del maestro y/o educador dirigida normalmente a la dirección de la escuela y en la que se explican conductas positivas llevadas a cabo por un niño o grupo. Estas comunicaciones pueden también, a criterio de cada colegio, comportar algún tipo de beneficio extra para los alumnos que los obtengan.

De todas formas, debemos tener muy claro que un reforzador lo es en función de que motiva a la persona o grupo que lo recibe a modificar su conducta en el sentido deseado.

Existe también el denominado **reforzador negativo**. Se trata de cualquier estímulo cuya

eliminación después de una respuesta aumenta la probabilidad de esa respuesta. Normalmente se trata de un estímulo aversivo o no deseado que no se presenta si se produce la respuesta adecuada. *Por ejemplo, si un niño ha provocado una pelea puede escapar de un castigo más severo si muestra arrepentimiento y pide perdón. Podemos también pedir a un niño que ha insultado en clase a su maestro que le pida perdón delante de todos para evitar un expediente sancionador.*

En general, siempre es más aconsejable la utilización del reforzador positivo que el negativo ya que este último implica la inclusión de elementos aversivos, sin embargo, muchas veces es necesaria su utilización para el control de conductas disruptivas en el aula.

No siempre los reforzadores positivos o negativos están controlados por la voluntad de las figuras educativas o parentales. Hay situaciones en la que se pueden presentar reforzadores positivos no controlados y que pueden mantener las conductas desadaptadas. Es el caso de ciertos niños que con sus conductas logran ser el centro de atención de los demás. El sentirse protagonista, aunque sea de forma no adecuada, puede tener cierta capacidad de reforzamiento para ese niño que no puede lograrlo por otros medios. Una forma de actuar en estos casos es mediante la técnica de la **Retirada de atención**.

ANEXO 23

PROCEDIMIENTOS PARA DISMINUIR LA CONDUCTA Orjales, I. (1998)	
LA EXTINCION	<p>La extinción es probablemente el método operante más utilizado para disminuir la conducta.</p> <p>El procedimiento pasa, en primer lugar, por averiguar qué es lo que está reforzando a la conducta objetivo y luego eliminar ese reforzador.</p>
LA RETIRADA DE ATENCIÓN	<p>Esta técnica supone una aplicación del principio de extinción, en especial para aquellas conductas que se manifiestan con</p>

	<p>desobediencia, desafío o también (en niños más pequeños) con rabieta, pataletas, lloros, etc. pero sin llegar a ser manifestaciones excesivamente agresivas.</p> <p>Muchos niños en clase pueden desarrollar recursos desadaptados para llamar la atención del maestro/a. En caso de conseguirla éste quedará muy reforzado. Es posible que se trate de niños con carencias afectivas y que demanden mayor atención sin saber manifestarlo de otra forma. La mejor solución es obviar las conductas no deseadas (dentro de lo posible) con la retirada de atención para ir dándosela a medida que la conducta vaya mejorando.</p>
EL CASTIGO	<p>El castigo es uno de los métodos tradicionales que antes asoman en la mente de personas que tienen ante sí la necesidad de reducir o eliminar conductas en niños.</p>
TIEMPO FUERA	<p>Esta técnica supone una retirada física del niño a un lugar que esté exento de cualquier tipo de reforzador. Cuando un maestro expulsa del aula a un alumno o lo ubica en un lugar de la clase separado de sus compañeros está utilizando esta técnica.</p> <p>Lo que se intenta con este modo de proceder es retirar al niño a un espacio poco interesante y alejado de otras actividades. Lo ideal sería que fuera un lugar en el que el niño no tuviera ningún otro tipo de posibilidad que no fuera</p>

	<p>aburrirse soberanamente.</p> <p>Por lo general, no se recomienda más de 15/20 minutos para niños en escuela ordinaria.</p>
COSTE DE RESPUESTA	<p>Es una forma de introducir consecuencias negativas ante una conducta no deseada. El principio es simple: Contingentemente a la aparición de la conducta se aplica una consecuencia inmediata (la conducta va a tener un coste para el niño).</p> <p>A diferencia del castigo, aquí no introducimos un estímulo aversivo sino que retiramos total o parcialmente un reforzador. La consecuencia para el niño que efectúa la conducta es la pérdida de algo positivo y que ahora ya no está disponible.</p>

ANEXO 24

Actividad 1

- FODA . Medarde, C. et.al. (2006)

Es una herramienta muy potente de análisis de problemas en profundidad. Consiste en una cuadrícula donde se analizan los factores “FODA” y su procedencia interna o externa. Se puede hacer repartiendo un número determinado de tarjetas de distintos colores para cada cuadrante, o tomando nota de las aportaciones orales. Se completa poniendo las cosas en positivo, como paso previo a la elaboración de un plan de acción.

	NEGATIVAS “FACTORES DE RIESGO	POSITIVAS “FACTORES DE ÉXITO”
CIRCUNSTANCIAS INTERNAS (Lo que depende más de nuestras posibilidades)	DEBILIDADES	FORTALEZAS
CIRCUNSTANCIAS EXTERNAS (Lo que depende de otros factores que no controlamos)	AMENAZAS	OPORTUNIDADES

ANEXO 25

EVALUACIÓN DEL TALLER

- CUESTIONARIO

Estimado profesor, con el fin de evaluar el resultado de los objetivos de este taller, le solicitamos contestar este cuestionario.

1. Menciona tres síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad en el alumno con TDAH.
2. ¿De qué manera el TDAH sin tratamiento afecta la vida del alumno?
3. De acuerdo a los autores citados, desarrolla una etapa del desarrollo cognitivo en la edad escolar.
4. Señale que funciones cognitivas se encuentran afectadas en el alumno con TDAH
5. Describa algunas estrategias dentro del aula para mejorar las habilidades de organización y de atención en el alumno con TDAH.
6. Desarrolla las habilidades sociales que deben estimularse en el alumno dentro del aula.
7. Detalle tres técnicas de modificación de conducta en el salón de clases.

ANEXO 26

EVALUACIÓN DEL TALLER Y FACILITADOR

Con el objetivo de evaluar este taller, le solicitamos evaluar los objetivos del mismo por lo que le pedimos leer cuidadosamente cada una de los ítems, según la escala.

EVALUACION DEL DESEMPEÑO DEL FACILITADOR

ITEMS	ESCALA				
	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
1. Demostró dominio en el contenido del taller.					
2. Presentó el contenido de manera clara y precisa.					
3. Resaltó las aplicaciones prácticas del contenido del curso en la vida profesional.					
4. Fomentó la reflexión y el espíritu crítico.					
5. Mantuvo el interés y la atención de los participantes durante el taller.					
6. Utilizó lenguaje, un ritmo de exposición y tono de voz apropiados.					

7. Promovió la formulación de conclusiones.					
8. Verificó el logro de aprendizaje.					
9. Mostró receptividad ante los planteamientos y sugerencias de los participantes.					
10. Trato a los participantes respetuosamente.					

EVALUACION DEL TALLER

ITEMS	ESCALA				
	Siempre	La mayoría de la veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
1. Los temas revisados son aplicables a su actividad como docente.					
2. Los temas revisados respondieron a sus intereses y expectativas.					
3. Las dinámicas de trabajo le permitieron ser activo.					
4. Las actividades variaron de acuerdo al contenido del curso					
5. El uso de recursos didácticos durante el desarrollo de la clase (ilustraciones, ejemplificaciones, material visual, etc.) fue variado y apropiado					
6. El desarrollo de la clase, evidenció una cuidadosa					

planificación.					
7. Se utilizaron estrategias metodológicas para el logro de los aprendizajes.					
8. Considera que le puede ser útil el aporte de las experiencias de otros docentes.					
9. La higiene, ventilación, iluminación y mobiliario de las instalaciones permanecieron limpias durante el taller					
10. Se respetaron las fechas y tiempos establecidos.					

Gracias por tu participación!!!