

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

UNIDAD 096 NORTE

**“ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS DE INCLUSIÓN
EDUCATIVA DE NIÑOS CON CONDUCTAS
DISRUPTIVAS Y POSIBLE TDAH A NIVEL
PRIMARIA”**

LÓPEZ LÓPEZ SONIA

Propuesta pedagógica

Licenciada en Educación Preescolar

Dr. Héctor Gaspar del Ángel

Ciudad de México, enero de 2023

INDICE

	<i>Página</i>
INTRODUCCIÓN	4
JUSTIFICACIÓN	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
OBJETIVO GENERAL	8
OBJETIVOS ESPECIFICOS	8
CAPITULO 1. INTEGRACIÓN EDUCATIVA, DISCAPACIDAD Y EDUCACION ESPECIAL EN MÉXICO	9
1.1 Integración Educativa	10
1.2 Discapacidad	13
1.3 Educación Especial en México	17
CAPITULO 2. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	22
2.1 Desarrollo del niño	25
2.2 Conductas disruptivas	31
2.3 Conceptualización del TDAH	32
2.4 Hipótesis sobre la Etiología	38
2.5 Signos y Síntomas	44
2.6 Principales ámbitos de repercusión: Familiar y Escolar	44
CAPÍTULO 3. ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS DE INCLUSIÓN EDUCATIVAS DE NIÑOS CON CONDUCTAS DISRUPTIVAS ...	54
3.1 Tipo de estudio	54
3.2 Escenario	54
3.3 Estrategias pedagógicas para conductas disruptivas	54
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	65
REFERENCIAS	
ANEXOS	
Cuadro comparativo	
Lista de instituciones	
Instrumentos	
Glosario	

RESUMEN

El tema de la conducta en niños ha capturado el interés de los investigadores a lo largo de las últimas décadas y actualmente es una de las principales causas infantiles con mayor problema no solo en el hogar; sino también en la escuela y todo aquel contexto en el que se desenvuelva, afectando en muchas ocasiones la interacción con sus iguales y ser acreedor a un sin número de etiquetas. Es por ello por lo que se ha convertido en uno de los temas más estudiados y controvertidos. En México de acuerdo con cifras de la OMS las conductas disruptivas y el TDAH en específico afecta a un millón y medio de niños(as) en edad escolar.

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

A lo largo de esta investigación se desarrollan estrategias pedagógicas que apoyen al docente del nivel primaria a la inclusión educativa de niños con conductas disruptivas y cuando llegan a ser rebasadas considerando un posible TDAH.

Para este trabajo se realizó una investigación referente a aquellas conductas que pudieran afectar de forma directa cualquier área de desarrollo o aprendizaje en los niños en edad escolar.

INTRODUCCION

Este trabajo aborda la dificultad psicoeducativa de todas aquellas conductas disruptivas y un posible Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad TDAH, enfocado principalmente a la necesidad de proporcionar a los(as) docentes herramientas metodológicas y estrategias pedagógicas que ayuden en la inclusión educativa de alumnos a nivel primaria.

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

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

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

En el segundo capítulo se contemplan las etapas de desarrollo del niño, de acuerdo con los principales autores, diferentes trastornos que afectan la conducta de un niño principalmente dentro del aula, conductas disruptivas y la evolución teórica del término TDAH, ya que a lo largo de las últimas décadas se han dado diferentes denominaciones a dicho síndrome hasta llegar a la definición más actual. Además, se mencionan diferentes hipótesis sobre la etiología del TDAH: es decir, diversas hipótesis que han surgido acerca de las causas que dan origen a la dificultad. También se hace referencia a las principales características que presenta el síndrome y los ámbitos de repercusión de éste.

En el tercer capítulo se menciona el método que se siguió para la realización de este trabajo en el que se incluye el tipo de investigación, los sujetos, el escenario y los instrumentos a realizar.

JUSTIFICACIÓN

Es común que dentro de las aulas se encuentren alumnos que presenten algún tipo de conducta disruptiva; así como prácticamente todos(as) han oído y utilizado más de una vez el término hiperactivo, por lo general, como un calificativo común con el que se refiere a aquellos niños que presentan una actividad motriz por encima de lo normal. Este uso popular del término ha hecho que se asocie al niño(a) hiperactivo(a) con un niño(a) malcriado(a), travieso(a) o con graves problemas de conducta. Es por ello que se debe tener especial cuidado en no confundirlo con conductas disruptivas y poner atención a aquellas características que rebasan el nivel de lo permitido o normal.

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

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

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

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con información adecuada acerca de las conductas disruptivas y del TDAH él(la) docente podrá realizar una pronta identificación de conductas no apropiadas, así mismo realizar una canalización de niños(as) que lo requieran y a su vez poner en práctica dentro del aula algunas estrategias pedagógicas que favorezcan la inclusión educativa según sea el caso.

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

El ámbito educativo es el lugar donde regularmente se pueden identificar las dificultades que tienen los(as) niños(as): en este contexto, él(la) docente desempeña un papel fundamental, ya que cada que inicia un nuevo ciclo escolar, la mayoría de ellos(as) comienzan a realizar observaciones a través del diagnóstico inicial para conocer al grupo en sus diferentes facetas lúdicas, sociales, cognitivas, etc. primero de manera grupal y después centrándose al niño(a) o niños(as) que presentan dificultades escolares, cognitivos, sociales, motrices o comunicativos con la finalidad de armar un plan de atención que cubra sus necesidades específicas y se puede trabajar de forma integral para favorecer sus áreas de oportunidad.

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

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

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

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

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

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

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ✓ Proponer estrategias pedagógicas de inclusión educativa para integrar a alumnos con conductas disruptivas y posible TDAH a nivel primaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Revisar literatura sobre la integración educativa, la educación especial en México y la discapacidad.
2. Revisar literatura enfocada al trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
3. Proporcionar herramientas informativas e instrumentos que ayuden a los(as) docentes de nivel primaria a saber más acerca del TDAH.
4. Diseñar estrategias pedagógicas de inclusión educativa de niños(as) con conductas disruptivas.

CAPÍTULO 1. INTEGRACIÓN EDUCATIVA Y EDUCACIÓN ESPECIAL EN MÉXICO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1 INTEGRACION EDUCATIVA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cuando la escuela adopta esta posición se fortalece, crece, se vuelve un centro de apoyo en el que todos(as) los(as) actores del proceso están comprometidos. Esta es la mejor ganancia para cualquier institución. La mayor riqueza de una escuela es su diversidad.

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

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

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

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

1.2 DISCAPACIDAD

Se puede decir que una de las discapacidades más abordadas a lo largo de la historia y con grandes dificultades para ajustar su denominación, es el de la Discapacidad llámese intelectual o física, sobre todo porque su estudio se ha dado desde diversos enfoques (médicos, religiosos, educativos, familiares, sociales, etcétera). Esto ha llevado a que las personas con esta discapacidad se les haya referido como: “idiotas”, “tontos”, “imbéciles”, “limítrofes”, “subnormales”, “deficiente mentales”; lo que tiene que ver no sólo con el lenguaje, sino además con el gran desprecio, etiquetas y discriminación de lo que implica una discapacidad.

De 1995 al 2000, por recomendación de la ONU, en el país se formuló el Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad, con la finalidad de garantizar una integración digna para toda persona que tenga o no discapacidad y para promover su integración social y laboral en búsqueda de un desarrollo pleno y con respeto a sus derechos humanos, sociales y políticos. Lo que implicó contar con las mismas oportunidades de salud, educación y cultura. Un programa que: ...comprendió también la difusión de la nueva cultura de la integración basada en el

respeto y la dignidad, considerando que la participación plena de las personas con discapacidad enriquece a la sociedad en su conjunto y fortalece los valores y la unidad de la familia (SEP, 2010, p. 185). Para el 2000 surge el Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de Integración Educativa, en el que se estableció la visión y misión de los servicios de Educación Especial, como los servicios educativos orientados a: ...favorecer el acceso y permanencia y el egreso en el sistema educativo de los niños, niñas y jóvenes que presentan (NEE), otorgando prioridad a aquellos con discapacidad, proporcionando los apoyos indispensables dentro de un marco de equidad, permanencia y calidad, que les permita desarrollar sus capacidades al máximo e integrarse educativa, social y laboralmente (SEP, 2002, p. 27).

Para este mismo año, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición revisada del manual (DSM-IV-TR por sus siglas en inglés) refiere a la Discapacidad Intelectual como:

- A. Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un Coeficiente Intelectual (CI) aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente (en el de niños pequeños, un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio).
- B. Déficit o alteraciones de ocurrencia en la actividad adaptativa actual (eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y su grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.
- C. El inicio es anterior a los 18 años (APA, 1995, p. 41).

Para el año 2002 se publica, la décima edición del manual de clasificación y diagnóstico: Retraso Mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo de la AAMR, aquí, Luckasson et al. definen la DI como: “[...] una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años” (Como se citó en Verdugo & Jenaro, 2002, p. 9). En este aspecto, la DI se considera multidimensional, la cual considera todos los aspectos del sujeto (sus capacidades intelectuales, su conducta adaptativa, su salud y la interacción con el contexto social). Es decir, se dejó la idea de que el problema estuviera en la persona sino que ahora se consideraría la interacción entre la persona con limitaciones en dos o más áreas de habilidades adaptativas y el entorno, asimismo, se dejó de considerar un aspecto estático sino que sería una condición que dependía de los

apoyos recibidos hacia la persona con DI, de tal manera que de acuerdo al apoyo adecuado recibido la persona podía avanzar en su proceso del funcionamiento intelectual y de su conducta adaptativa.

Para el 2006 la ONU organizó en New York la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, con la finalidad de que:

1. Los Estados [reconozcan...] el derecho de las personas con discapacidad a la educación. Con miras a hacer efectivo este derecho sin discriminación y sobre la base de igualdad de oportunidades, los Estados asegurarán un sistema de educación inclusivo a todos los niveles así como la enseñanza a lo largo de la vida,

con miras a:

a) Desarrollar plenamente el potencial humano y el sentido de la dignidad y la autoestima y reforzar el respeto por los derechos humanos, las libertades fundamentales y la diversidad humana;

b) Desarrollar al máximo la personalidad, los talentos y la creatividad de las personas con discapacidad, así como sus aptitudes mentales y físicas;

c) Hacer posible que las personas con discapacidad participen de manera efectiva en una sociedad libre.

2. Al hacer efectivo este derecho, los Estados asegurarán que:

a) Las personas con discapacidad no queden excluidas del sistema general de educación por motivos de discapacidad, y que los niños y las niñas con discapacidad no queden excluidos de la enseñanza primaria gratuita y obligatoria;

b) Las personas con discapacidad pueden acceder a una educación primaria y secundaria inclusiva, de calidad y gratuita, en igualdad de condiciones con las demás, en la comunidad que vivan.

c) Se hagan ajustes razonables en función de las necesidades individuales.

d) Se preste el apoyo necesario a las personas con discapacidad, en el marco del sistema general de educación, para facilitar su formación educativa;

e) Se faciliten medidas de apoyo personalizadas y efectivas en entornos que fomenten al máximo el desarrollo académico y social, de conformidad con el objetivo de la plena inclusión (Como se citó en Pabón, 2011, pp.11-12).

Para explicar las causas de la Discapacidad Intelectual se utiliza un enfoque multifactorial, es decir, se

trata de un proceso en el que pueden estar involucrados múltiples factores. Según la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo, la etiología de la DI se puede deber a cuatro grupos de factores:

a) biomédicos, los cuales corresponden a biológicos como desordenes genéticos y nutricionales; b) conductuales, los cuales tienen que ver con los

comportamientos potencialmente causales como el abuso de sustancias en el embarazo o acciones peligrosas; c) sociales, correspondientes a la interacción social y familiar; y d) educacionales, referentes a la disponibilidad de apoyos que promuevan el desarrollo intelectual y de habilidades adaptativas (Rodríguez & Blanco, 2004, p. 35).

En el caso de los factores biomédicos pueden deberse a:

- Síndrome de Down.
- Síndrome X frágil.
- Síndrome de Edwards.
- Síndrome de Williams.
- Espina bífida.
- Hidrocefalia.
- Hipoglucemia.
- Epilepsia.

Los factores conductuales corresponden a aspectos como:

- Alcoholismo.
- Drogadicción.

Los factores sociales:

- Malnutrición.
- Trastornos psiquiátricos.
- Abuso infantil.
- Desventajas Socioeconómicas.

Cabe destacar que hay personas que muestran su Discapacidad Intelectual, en los procesos educativos.

Por ello, hay niños que: ...en su apariencia física no parecen sufrir problemas, pero manifiestan una discapacidad intelectual severa, moderada o leve en su aprendizaje, lenguaje, forma de relacionarse, atención, comprensión y retención, lo que se traduce en necesidades educativas especiales que requieren satisfactores adecuados al nivel de esas necesidades (SEP, 2010a, p. 17).

Cabe mencionar la Ley General Para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, esta ley hace constar que la Secretaría de Educación Pública, promoverá el derecho a la educación de las personas con discapacidad, prohibiendo cualquier discriminación en centros educativos.

- I. Ejecutar y evaluar el programa para la educación especial y del programa para la educación inclusiva de las personas con discapacidad.

- II. Impulsar la inclusión de las personas con discapacidad, en todos los niveles, aplicando normas y reglamentos que eviten su discriminación y condiciones de accesibilidad.
- III. los niños con discapacidad gocen del derecho a la admisión gratuita y obligatoria, así como la atención especializada.
- IV. Incorporar a los docentes que intervengan directamente en la integración de personas con discapacidad, al Sistema Nacional de Formación y actualización para maestros de educación básica.
- V. Establecer que los programas educativos televisivos, incluyan tecnologías para texto, audio descripciones, o intérpretes de Lengua de Señas Mexicana.
- VI. Proporcionar a los estudiantes con discapacidad, materiales y ayudas técnicas que apoyen su rendimiento académico, con libros en braille, materiales didácticos de apoyo para una educación de calidad.
- VII. Incluir la enseñanza del Sistema de Escritura Braille y la Lengua de Señas Mexicana en la educación pública y privada.
- VIII. Establecer un programa nacional de becas de capacitación para personas con discapacidad en todos los niveles del sistema Educativo Nacional.
- IX. Impulsar toda forma de comunicación escrita que facilite al sordo hablante, sordo señalante o semilingüe, el desarrollo y uso de la lengua en forma escrita.
- X. Impulsar programas de investigación, y desarrollo de la Lengua de Señas Mexicana, de las personas con discapacidad auditiva y visual.
- XI. Incorporar en el Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología lineamientos que permitan la investigación y el desarrollo de bienes, servicios, equipo e instalaciones de diseño universal.
- XII. Promover que los estudiantes presten apoyo a personas con discapacidad que así lo requieran, a fin de que cumplan con el requisito del servicio social.

La educación especial tiene como objetivo, la formación de vida independiente y la atención de necesidades educativas especiales entre otras; dificultades severas de aprendizaje, comportamiento, emocionales, discapacidad múltiple, aptitudes sobresalientes, que les permita a las personas tener un desempeño académico equitativo, evitando así la desatención, deserción, rezago o discriminación.

1.3 EDUCACIÓN ESPECIAL EN MÉXICO

Los antecedentes de la educación especial en México se remontan a la segunda mitad del siglo XIX cuando se crearon escuelas para sordos(as) y ciegos(as). En 1915 se fundó en Guanajuato la primera escuela para atender a niños(as) con deficiencia mental y

posteriormente se diversificó la atención a niños(as) y jóvenes con diferentes discapacidades, sobre todo por medio de instituciones como la Universidad Nacional Autónoma de México, la Escuela de Orientación para Varones y Niñas, y la Oficina de Coordinación de Educación Especial (Escandón,2001).

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

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

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

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

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

Los propósitos de reorientar los servicios de educación especial fueron, en primer lugar, combatir la discriminación, la segregación y la “etiquetación” que implicaba atender a los niños con discapacidad en dichos servicios, separados del resto de la población infantil y de la educación básica general. En esos servicios, la atención especializada era principalmente de carácter clínico-terapéutico, pero atendía con deficiencia otras áreas del desarrollo; en segundo lugar, dada la escasa cobertura lograda, se buscó acercar los servicios a los(as) niños(as) de educación básica que los requerían. Promover el cambio en la orientación de los servicios de educación especial tiene antecedentes desde la década de los ochenta, pero cobró particular impulso con la promulgación de la Ley General de Educación en 1993.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Integrar a los(as) niños(as) con conductas disruptivas y posible TDAH en los procesos de enseñanza – aprendizaje lejos de ser una obligación se convierte en un gran reto para los(as) docentes, es por esto por lo que a través de esta investigación se pretende que él(la) docente adquiera la información necesaria para poder identificar a un(a) niño (a) con probable TDAH, sus principales características, que nos permitirá conocer a profundidad dicha dificultad de aprendizaje. Así como canalizarlo de forma oportuna y aplicar estrategias pedagógicas de inclusión educativa propuestas por el especialista.

CAPÍTULO 2. CONDUCTAS DISRUPTIVAS Y TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Una de las más grandes complicaciones a las que nos enfrentamos como sistema educativo, es la falta de articulación en cada uno de los niveles formativos comenzando desde nivel preescolar hasta secundaria principalmente. Rompiendo con una secuencia y continuidad de aprendizaje para los alumnos impidiendo que se favorezcan cada una de sus etapas de desarrollo, repercutiendo de forma directa en dificultades en su proceso de enseñanza-aprendizaje e incluso culminando en un fracaso escolar.

Uno de los principales factores que dan explicación a esta complicación, es la atención centrada únicamente a primaria, dejando a un lado y descuidando a los demás niveles educativos que le anteceden y siguen a la primaria, haciéndose notorio en la estructura de los diferentes programas tanto de preescolar, como secundaria.

Es bien sabido que, para los niños menores de 6 años, lo más importante es la socialización a través de la convivencia entre pares, el trabajo psicomotor con la finalidad de favorecer la coordinación motriz fina y gruesa, entre otras. Es por ello que para que se logre realizar una articulación adecuada entre los niveles educativos de formación básica, se debe conocer con claridad cómo se aprende y cómo se enseña, con la finalidad de entender para qué se aprende y para qué se enseña.

2.1. DESARROLLO DEL NIÑO

Parte primordial es conocer y entender la teoría del desarrollo, el aprendizaje y los procesos de enseñanza aprendizaje, visto desde diferentes teorías.

Algunas de las teorías más conocidas que retomare son: la teoría psicoanalítica de Freud, centrada en el aspecto sexual del desarrollo, la de Erikson que determina el desarrollo de la personalidad, la de Vygotsky que se centra en la influencia social en el aprendizaje y el desarrollo y la de Piaget, en la cual afirma que el niño construye su conocimiento a través de la transformación. Considero de suma importancia, entender las diferentes teorías del desarrollo con la finalidad de comprender como repercuten en el pensamiento pedagógico.

FREUD (DESARROLLO PSICOSEXUAL)
<ul style="list-style-type: none">• Etapa oral: Comprende entre los 0 a 12 meses o de 0 a 18 meses de vida, y en ella aparece la primera manifestación del placer sexual, está asociada a la excitación de la cavidad bucal y de los labios que acompaña a la alimentación.

- **Etapa anal:** Corresponde desde los 18 meses a los 3 años. El niño en esta fase obtiene satisfacción mediante la retención y expulsión de sus heces (y el valor simbólico de las mismas) a medida que el niño aprende a controlar su evacuación.
- **Etapa fálica:** Corresponde desde 3 a los 6 - 7 años). En esta fase las pulsiones parciales están bajo la primicia de los órganos genitales, en esta fase se describe el Complejo de Edipo y los fenómenos asociados de la envidia del pene y miedo a la castración.
- **Etapa de latencia:** (6 años a pubertad). Este es un periodo de aparente calma entre la declinación de la sexualidad infantil y el comienzo de la pubertad.
- **Etapa genital:** Aparece con la pubertad y esta etapa representa la sexualidad adulta madura donde las corrientes confluyen tiernas y sensuales.

ERIKSON

(DESARROLLO PSICOSOCIAL)

A diferencia de Freud Erikson no estudia etapas; sino estadios.

- **Infancia confianza vs desconfianza:** (0 a 12 o 18 meses). Virtud la esperanza.
- **Niñez temprana:** (18 meses a 3 años). Virtud: el deseo.
- **Autonomía vs vergüenza:** (3 a 6 años). Virtud: el propósito.
- **Edad de juego:** (6 a 12 años). Virtud: La habilidad
- **Iniciativa vs culpa:** (desde pubertad hasta la adultez temprana). Virtud: Fidelidad.
- **Edad escolar:** (Desde pubertad hasta la adultez temprana). Virtud: Fidelidad
- **Adolescencia:** (desde pubertad hasta la adultez temprana). Virtud: Fidelidad
- **Adultez:** (Adultez). Virtud: el cuidado

- **Generatividad vs estancamiento:** (senectud). Virtud: la sabiduría.
- **Vejez Integridad vs desesperanza:**

VYGOTSKY

Vygotsky considera cinco conceptos fundamentales:

- **Funciones mentales:** Las inferiores y las superiores. Las funciones mentales inferiores son aquellas con las que nacemos, son las funciones naturales y están determinadas genéticamente.
- **Habilidades psicológicas:** Las funciones mentales superiores se desarrollan y aparecen en dos momentos, en un primer momento las habilidades psicológicas o funciones mentales superiores se manifiestan en el ámbito social y, en un segundo momento, en el ámbito individual.
- **Herramientas del pensamiento:** En forma parecida a Piaget, Vygotsky definió el desarrollo cognoscitivo en función de los cambios cualitativos de los procesos del pensamiento.
- **Lenguaje y desarrollo:** El lenguaje es la herramienta psicológica que más influye en el desarrollo cognoscitivo.
- **Zona de desarrollo proximal:** Incluye las funciones que están en proceso de desarrollo pero que todavía no se desarrollan plenamente.

PIAGET

(DESARROLLO COGNITIVO)

- **Periodo Sensoriomotor:** (0 a 2 años) niño activo. La capacidad de adaptación en este momento se basa en dos herramientas fundamentales: la percepción y la motricidad.
- **Periodo Preoperacional:** (2 a 7 años) niño intuitivo. El niño se enfrenta ya no solo a un universo Físico, sino que a un mundo social y de representaciones interiores.
- **Operaciones Concretas:** (7 a 11 años) niño práctico. Cuando las formas de representación del mundo calcadas sobre la propia actividad (formas egocéntricas) comienzan a declinar, surgen nuevas formas de explicación.
- **Operaciones Formales:** ((11 a 12 años) niño reflexivo. Mientras las operaciones la Inteligencia infantil son concretas, es decir, se refieren a objetos tangibles, manipulables y sometibles a experiencia efectiva.

Es de suma importancia considerar la etapa de desarrollo en la que se encuentran los niños, una vez que se escolarizan debido al sinnúmero de situaciones que se dan dentro del contexto escolar y que pudiesen llegar a afectar su aprendizaje, conducta o incluso su contexto social principalmente con sus iguales. Llámense conductas disruptivas o alguna otra condición específica que padezcan este diagnosticada o no.

2.2 CONDUCTAS DISRUPTIVAS

Son aquellos comportamientos perturbadores o agresivos por parte de los niños y adolescentes que interfieren de forma directa en la armonía del grupo dificultando el proceso de enseñanza-aprendizaje. Tomando en consideración 3 principales factores que interfieren.

🚦 FAMILIARES:

Sin lugar a duda la familia es el contexto de crianza más importante a lo largo de los primeros años de vida, en el cual se desarrollan y adquieren habilidades, hábitos, reglas, todos ellos para lograr independencia, autonomía y conductas favorables para su vida cotidiana. Es por ello que los padres sobreprotectores, abandono, violencia, malos tratos y con problemas psicopatológicos, pueden repercutir en que un niño presente conductas disruptivas.

Sin embargo, también factores como la ansiedad materna o la sobreprotección pueden influir en el desarrollo de alteraciones cognitivas y emocionales en los hijos (Pereira, Barros, Mendonça y Muris, 2014).

Varias investigaciones han comprobado que los padres de niños con alteraciones de conducta proporcionaban, involuntariamente, refuerzos positivos a las conductas disruptivas de sus hijos (DiGiusseppe, 1988; Patterson, 2002).

Según la teoría de la coerción de Patterson (1982, 2002), las prácticas de crianza son el principal determinante del comportamiento antisocial en el niño, basadas en un mecanismo básico denominado condicionamiento de escape, según el cual un niño aprende a responder de forma aversiva para dar fin a los comportamientos agresivos de sus padres o hermanos.

🚦 ESCOLARES:

En los últimos años han aumentado significativamente las dificultades para impartir clases, debido a lo que se conoce como disrupción de clase. Sin embargo, la experiencia ha demostrado que no es fácil abordar el tema sobre la negativa convivencia escolar en los niños, aunque, es

común y urgente de solucionar. Hoy en nuestra sociedad es necesario que alumno sea capaz de convivir en forma armoniosa, trabajar en equipo, resolver los problemas a los que se vaya enfrentando en su vida cotidiana, manejar sus emociones y comunicarlas a las personas a través del dialogo con respeto y tolerancia. Por esto se hace necesario preparar desde pequeños a los niños para vivir en conjunto con más personas. Sin duda alguna repercuten factores fuera del alcance del menor que acentúan dichas conductas: fracaso escolar, falta de apoyo en las NEE y rigidez.

Como se mencionó anteriormente la familia y la escuela tienen un papel crucial en las relaciones interpersonales de los niños en su primera infancia, la familia porque es aquí donde nacen las primeras relaciones sociales y si estas no han sido adecuadas es muy posible que el niño o la niña no pueda relacionarse de forma armoniosa con sus pares y adultos. Por otra parte, la escuela es donde se establecen normas y reglas para poder relacionarse de forma respetuosa con los demás y es aquí cuando el niño o la niña ingresan al colegio por primera vez, donde se evidencian los primeros problemas de convivencia.

🚦 CLINICOS:

TDAH, causas socioeducativas, carencias emocionales, falta de autoestima y falta de habilidades sociales.

En la actualidad es cada vez más frecuente encontrar a niños que presentan dificultades para integrarse y adaptarse a las escuelas, de los cuales, algunos presentan conductas disruptivas, lo que preocupa a los actores que intervienen en el proceso educativo.

Los comportamientos disruptivos se refieren a aquellas conductas que dificultan los aprendizajes y distorsionan la relación individual, y la dinámica del grupo clase, afectando tanto al individuo que la provoca como a los que reciben las consecuencias. Su manifestación es observable en el aula. (Santos, 2015).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, 2013) incluyen afecciones que se manifiestan con problemas en el autocontrol del comportamiento y las emociones, las conductas disruptivas se presentan con agresiones, destrucción de la propiedad, entre otras, que llevan al individuo a conflictos importantes frente a las normas de la sociedad o figuras de autoridad. Estas conductas se dan con mayor frecuencia en los hombres y van asociadas al trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), estos suelen darse cuando existen factores biológicos y/o ambientales, como: consumo de sustancias, entornos desestructurados, experiencias de bullying, problemas socioafectivos o antecedentes familiares.

Dentro de las conductas disruptivas encontramos el trastorno oposicional desafiante (TOD) también conocido como trastorno negativista desafiante (TND), se caracteriza por presentar un patrón recurrente de conducta hostil, desafiante y desobediente ante padres y figuras de autoridad. El inicio del trastorno se da durante la infancia y está caracterizado por la dificultad en el desarrollo social, emocional y académico, al igual que en el ámbito familiar. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DMS-V) explica el trastorno negativista desafiante dentro de los trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta (Psiquiatría, 2013.), el cual se caracteriza por presentar un patrón de enfado, actitud desafiante o vengativa, que dura por lo menos seis meses.

En lo que concierne a las causas de estas conductas disruptivas no solo responden a un factor etiológico, por el contrario, intervienen diferentes factores de riesgo que las desencadenan, pueden ser genéticos. Estudios han demostrado que la similitud en la presentación de comportamientos disruptivos entre padres e hijos, los niños evocan respuestas de los padres como consecuencia de rasgos influenciados genéticamente o por factores hereditarios. También existen factores ambientales donde las familias presentan conflictos conyugales, maltrato, defunción familiar, condiciones precarias, hacinamiento y rol social limitado. Factores psicológicos relacionados con el apego inseguro, así como patrones de crianza deficientes o de dura disciplina, que tienen como consecuencia la aparición de estas conductas disruptivas (Peña F, Palacios L., 2011)

Desde el punto de vista epidemiológico, los comportamientos disruptivos son la razón más común por la cual se remite a los estudiantes a los servicios de salud mental, sobre todo en edad preescolar. Quienes han evidenciado que en la edad preescolar los niños entre los tres y los cuatro años manifiestan conductas agresivas que impactan en un 10 a 20% los entornos educativos y familiares en los que participan. Para los niños que experimentan condiciones de vulnerabilidad, estas tasas aumentan sustancialmente y oscilan entre el 20 y el 30% (Monsalves A, 2017;15(1):105-107)

Cabe resaltar, que un aspecto importante del tratamiento es la consideración de la vida ocupacional, incluyendo actividades de tipo grupal, debido a que facilitan la interacción social, modelan conductas y estimulan comportamientos positivos a través de tareas acordes a la edad del niño que proporcionan oportunidades para recibir retroalimentación de sus comportamientos; de igual forma, se realizan modificaciones o adaptaciones en el aula de clase para regular el comportamiento de los niños a través de la modulación y organización de las sensaciones. (Begoña Polonio López, María Cruz Castellanos Ortega, Inés Viana Moldes, 2008)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3. CONCEPTUALIZACIÓN DEL TDAH

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

➤ Hipótesis de un factor hereditario

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

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

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

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

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

➤ Hipótesis neuro atómicas

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

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

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

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

➤ Hipótesis neurofisiológicas.

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

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

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

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

A partir de estos hallazgos se aceptó el llamado efecto paradójico de los estimulantes sobre la conducta del niño(a) hiperactivo. El error de conceptualizar el efecto

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

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

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

➤ Otras hipótesis.

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

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

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

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

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

Los párrafos anteriores ilustran algunas causas que actúan como posibles factores que propician el TDAH, sin embargo, todas quedan como teorías que aún están en discusión, muchas de ellas con fundamento teórico y otras cuyas explicaciones no se

han podido comprobar con claridad científica. En lo que sí están de acuerdo la mayoría de los estudiosos es que el TDAH es un síndrome variado y que no hay dos personas que lo manifiesten de igual forma.

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

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

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

2.5 SIGNOS Y SINTOMAS

Tomando en cuenta las investigaciones realizadas por profesionales del Centro Nacional de Niños y Jóvenes Discapacitados Barkley (1999), que afirman que el TDAH afecta del 3

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

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

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

➤ Hiperactividad

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

La hiperactividad es una forma de conducta que tiene como característica principal la inquietud, la cual provoca un constante movimiento de pies y manos, no se tiene paciencia para esperar en determinadas situaciones que lo requieran, provocando que el(la) niño(a) con TDAH entre y salga de un lugar a otro, corra y suba escaleras excesivamente, trepe árboles y otros objetos, no se adapta a las exigencias, reglas o normas de juego, lo que limita su socialización tanto en eventos de juego como de

trabajo. Estas características pueden ser identificadas desde los tres años; sin embargo, en la mayoría de las veces es hasta el período escolar o cuando las exigencias del mismo ambiente son cada vez mayores y no se puede responder a éstas de manera correcta (Mendoza, 2003).

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

➤ Inatención

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

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

Basándose Taylor (1999, p.72), la atención se determina como “procesos por los cuales un organismo utiliza las estrategias metódicas para identificar la información del entorno”, conforme a esta definición cuando no se logra enfocar la atención en trabajos o actividades que lo requieran se ve limitada su realización de los mismos, ya que no se

puede llegar a una permanente organización y comprensión de éstos. Por lo que se puede decir que la atención es un proceso activo que implica un comportamiento enfocado y orientado a una tarea o acción.

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

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

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

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

referencia a dificultades de atención o a la inversa que el distraerse siempre se hace con la idea de buscar, inventar o recrear nuevas ideas (Soutullo,2004).

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

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

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

➤ Impulsividad

Según (Calderón, 1999) la impulsividad tiene dos significados distintos que no se deben confundir, ya que se hace referencia a una conducta incontrolable en niños(as) imprudentes, que no piensan en las consecuencias que se pueden dar mediante su conducta impulsiva y que además demandan gratificaciones inmediatas. Esta conducta manifiesta un proceso rápido y espontáneo para dar una respuesta pero que en la mayoría de las veces puede ser incorrecta esto se debe a un impulso por hacer rápido las cosas, aunque de manera irreflexiva para atender otras de mayor importancia o interés.

Sin embargo la impulsividad que se desarrolla en el TDAH es más crítica, ya que ésta realmente estanca el aprovechamiento académico del(a) niño(a) y tiene los siguientes síntomas: el(la) niño(a) regularmente no piensa antes de actuar, no termina de

escuchar lo que se le dice para dar una respuesta, constantemente trata de llamar la atención mediante conductas inapropiadas, de la misma forma cambia de una actividad a otra dejándolas inconclusas, presentan dificultades para poder integrarse a juegos con otros(as) compañeros(as) o amigos(as), es impaciente por lo que no es capaz de esperar su turno para comenzar o participar en una actividad con otras personas (Camels, 2002).

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

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

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

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

c) Interacción Social. Él(la) niño(a) impulsivo(a) normalmente tiene una conducta inapropiada que le impide integrarse a actividades sociales ya que con frecuencia es rechazado(a). Las relaciones con los padres y madres son un constante estire y afloje, se centra en los tópicos disciplinarios, pues el(la) niño(a) es incapaz de hacer todo lo

que se le pide o de frenar sus impulsos inmediatos. En la adolescencia esta conducta antisocial lleva al individuo impulsivo a aislarse más de la sociedad por lo que se puede desarrollar una conducta delincuente o inapropiada que atraiga la atención.

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

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

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

2.6 PRINCIPALES AMBITOS DE REPERCUSIÓN: FAMILIAR Y ESCOLAR

El TDAH al igual que otros padecimientos dan origen a distintas repercusiones en las personas que lo padecen, a lo largo de este capítulo se mencionan las secuelas que pueden llegar a tener los(as) niños(as) con TDAH y cómo estas afectan los diferentes ámbitos en donde éste(a) se desenvuelve, tomando en cuenta principalmente a la familia y a la escuela, poniendo mayor énfasis en el ámbito escolar, ya que esta investigación está enfocada a ello.

De acuerdo con Hernández (2000) el TDAH tiene diversas consecuencias como son los trastornos de conducta, ansiedad, afectivos, dificultades de aprendizaje; estos trastornos tienen a su vez consecuencias ya que los niños que padecen TDAH encuentran dificultades en sus relaciones interpersonales no solo de amistad incluso familiar, ya que esta última en algunos casos se muestra insensible ante la problemática,

repercutiendo directamente en el área de conducta generando una depresión él(la) niño(a) niño(a) por lo que en general repercute en el desarrollo integral del(la) niño(a).

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

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

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

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

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

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

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

➤ En la familia

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

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

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

circunstancias, pero, es respetado que una de ellas puede ser que la propia familia no sabe cómo sobrellevar esta situación.

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

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

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

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

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

➤ En la escuela

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

El fracaso escolar es una de las dificultades que se presentan constantemente en él(la) niño(a) con TDAH y es que con frecuencia se ha asociado el fracaso escolar a la hiperactividad. De hecho, el 40 o 50% de estos(as) niños(as) tienen un bajo rendimiento escolar. Aunque existen numerosos estudios hechos por medio de test que revelan que el nivel de inteligencia de un(a) niño(a) con TDAH es alto. Pero se debe tener muy en cuenta que el test de inteligencia mide el nivel de desarrollo en distintas áreas, como la memoria, la comprensión de situaciones sociales, la percepción visual o el vocabulario. Él (la) niño(a) hiperactivo(a) tiene poca tendencia para mostrar un desarrollo intelectual desigual, es decir, un(a) niño(a) puede tener determinada capacidad, adecuada para su edad sin embargo otra muy por debajo de lo que debería de poseer.

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

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

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

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

Acceso al léxico. La naturaleza de la asociación entre TDAH y los diferentes tipos de dislexia todavía es incierta, aunque diferentes investigaciones empíricas señalan que las habilidades fonológicas son procesos neurológicamente disociados del control ejecutivo y que los déficits en el procesamiento fonológico y las deficiencias lingüísticas constituyen un fuerte predictor de la dislexia, pero no del trastorno de la atención (Riccio y Jemison, 1998 citado en Miranda, 2001). Tales datos sugieren que las dificultades en el acceso al léxico no son una consecuencia directa del TDAH, sino de deficiencias lingüísticas importantes que interfieren negativamente el establecimiento de asociaciones que implica el aprendizaje de un sistema simbólico.

Sin embargo, la adquisición de una velocidad adecuada en la lectura puede ser particularmente problemática para muchos estudiantes con déficits atencionales por dos razones. En primer lugar, porque las dificultades fonológicas iniciales de un pequeño subgrupo de ellos afectaran negativamente a la automatización. Pero, sobre todo, porque

la automatización que posibilita una lectura rápida se va adquiriendo progresivamente a través de la práctica. Esto exige atención activa y una focalización exclusiva en la tarea, condiciones que son difíciles, generalmente para los(as) niños(as) con TDAH en cualquier dominio.

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

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

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

Estos procesos conllevan enormes dificultades para los(as) niños(as) con TDAH, ya que los déficits en el control inhibitorio que les caracterizan inciden de forma negativa en el proceso de planificación y supervisión de sus escritos, y afecta negativamente a los

resultados finales. Como consecuencia, se resisten a escribir y desarrollan actitudes negativas, que se traducen en la negación a tomar el lápiz, en componer historias escritas muy cortas, en las que omiten alguno de los componentes fundamentales del esquema de la historia, y en la utilización de términos poco sofisticados.

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

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

El desarrollo de las matemáticas como tal implica considerar todas las partes del cerebro que al estar involucradas y articuladas pueden alcanzar mejores resultados. No basta con la resolución de problemas, es necesario el cálculo y viceversa. Cuando se es niño(a) y no aprende a hacer cálculos aritméticos se le llama discalculia. Si esto sucede puede obedecer a varias dificultades en el desarrollo de las habilidades por lo que hay que desarrollarlas de manera gradual mediante ejercicios que sean significativos, que les gusten y utilizando materiales manipulativos.

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

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

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

*No escriben las cosas en el orden que corresponde.

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

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

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

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

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

Las dificultades cognitivas asociadas al TDAH interfieren de distintas maneras en el aprendizaje de las matemáticas. El aprendizaje de la numeración y del cálculo mental, al depender de procedimientos de repetición de asociaciones, exige control e implicación activa del aprendiz para mantener la información en la memoria. Por desgracia, conseguir los niveles de activación que conlleva la repetición es difícil para los(as) niños(as) hiperactivos(as).

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

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

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

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

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

CAPÍTULO 3. ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS DE INCLUSIÓN EDUCATIVAS DE NIÑOS CON CONDUCTAS DISRUPTIVAS

OBJETIVO GENERAL

- ✓ Proponer estrategias pedagógicas de inclusión educativa para integrar a alumnos con conductas disruptivas y posible TDAH a nivel primaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Revisar literatura sobre la integración educativa, la educación especial en México y la discapacidad.
- ✓ Revisar literatura enfocada al trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
- ✓ Proporcionar herramientas informativas e instrumentos que ayuden a los (as) docentes de nivel primaria a saber más acerca del TDAH.
- ✓ Diseñar estrategias pedagógicas de inclusión educativa de niños(as) con conductas disruptivas.

3.1 TIPO DE ESTUDIO.

El presente estudio fue considerado de investigación.

3.2 ESCENARIO

Se eligió una escuela primaria de la delegación Gustavo A. Madero, considerando que es mi centro de trabajo desde hace 4 años. Por lo tanto, se pretende beneficiar a los alumnos identificados con dichas características.

3.3 ESTRATEGIAS PEDAGOGICAS PARA CONDUCTAS DISRUPTIVAS

Se propondrá un plan de trabajo basado en estrategias que mejoren el nivel de desarrollo de las habilidades sociales básicas en los niños, con actividades y recursos lúdicos especialmente con los estudiantes que presentan conductas disruptivas.

Se pretende que los alumnos con el entrenamiento de las habilidades sociales serán capaces de ir adquiriendo competencias básicas para mejorar su capacidad de sociabilizar, de percibir, comprender y regular sus propias emociones y las de los demás,

mejorar su autoestima, solucionar conflictos de manera pacífica y mejorar su rendimiento académico, entre otras.

Las estrategias pedagógicas pretenden desarrollar aquellas habilidades nuevas que no existen en las características propias de conducta de los alumnos y que son necesarias para saber convivir con los demás de forma adecuada y de esta forma disminuir conductas disruptivas. Será una herramienta que permita la prevención de dificultades interpersonales para mejorar el ambiente escolar y el desarrollo del alumno como también se pretende intervenir en los problemas que surgen en el aula como; relaciones conflictivas, conductas agresivas, baja autoestima y rechazo.

Ya que, en muchas ocasiones, las conductas inadecuadas o disruptivas presentes en alumnado con TDAH con su respuesta inmediata cuando el entorno no se adapta a su necesidad de movimiento o de motivación. Es por ello por lo que un ajuste metodológico puede ayudar a gestionar de manera adecuada.

En respuesta a todas aquellas características específicas de niños con conductas disruptivas, tales como:

- ✚ No deja hablar a los demás.
- ✚ Muestra una actitud negativa.
- ✚ Se niega a cooperar.
- ✚ Falta al respeto constantemente.
- ✚ Pierde el control.
- ✚ Comportamientos agresivos.
- ✚ Llama constantemente la atención.
- ✚ Inicia peleas.
- ✚ Dificultades de integración social.
- ✚ Agresión.
- ✚ Encubrimiento.

Se sugiere antes de diseñar y llevar a cabo cualquier estrategia pedagógica, tomar en cuenta las siguientes actividades permanentes dentro del aula principalmente, como parte de un plan acción de reforzamiento.

1. Normas de clase: que sean simples, bien definidas y claras.
2. Recompensar y reforzar los comportamientos positivos.
3. Fortalecer el vínculo entre estudiantes y profesores del entorno.
4. Expresar expectativas de comportamiento y motivar la participación entre pares y profesores.
5. Proporcionar apoyos según sean las necesidades de los estudiantes y favorecer la inclusión.

6. Preestablecer consecuencias al mal comportamiento y comunicarlas.
7. Tratar a cada estudiante, independientemente de su comportamiento con respeto, generando confianza y complicidad.
8. En dado caso de que las conductas rebasen la capacidad de control del alumno, consultar con un profesional y así evitar afectar aún más; ya que como se ha mencionado a lo largo del presente trabajo pudiera tratarse de TDAH o cualquier otro trastorno que requiera la intervención, canalización oportuna y tratamiento adecuadas.

A continuación, se proponen 10 actividades que ayuden al docente a comprender los diferentes casos especiales que pueda tener dentro de su grupo; así mismo qué logre especificar de la manera en la cual debe abordarlas para que obtenga resultados satisfactorios. Cabe mencionar que cada una de ellas cuenta con su objetivo específico para favorecer algunas conductas que no benefician principalmente la integración y socialización al aula regular.

TITULO	OBJETIVO
1. "Descubriendo conductas"	Comprender que algunas de sus acciones y decisiones respecto al desarrollo de juegos y proyectos colectivos, influyen en las de sus pares.
2. "La historia del personaje"	Desarrollar la habilidad de controlar las propias emociones; así como prevenir los efectos negativos dentro del aula.
3. "Soy valioso"	Reconocer progresivamente requerimientos esenciales de las prácticas de convivencia libre, tales como: escucha de opiniones diversas, el respeto por los demás, de los turnos, de los acuerdos de las mayorías.
4. "Que nadie se quede sin silla"	Participar en actividades y juegos colaborativos, planificando, acordando estrategias para un propósito común y asumiendo progresivamente responsabilidades en ellos.
	Reconocer y progresivamente hacer

5. "Te acompaño"	respetar el derecho a expresarse libremente, a ser escuchado y a que su opinión sea tomada en cuenta.
6. "La torre más alta"	Participar en actividades y juegos colaborativos, planificando, acordando estrategias para un propósito común y asumiendo progresivamente responsabilidades en ellos.
7. "El estuche"	Participar en actividades solidarias, que integran a las familias, la comunidad educativa y local.
8. "Respetando las diferencias"	Apreciar la diversidad de las personas y sus formas de vida, tales como: singularidades fisonómicas, lingüísticas, religiosas, de género, entre otras.
9. "Escondida de objetos"	Reconocer y progresivamente hacer respetar el derecho a expresarse libremente, a ser escuchado y a que su opinión sea tomada en cuenta
10. "Monster box"	Reconocer y progresivamente hacer respetar el derecho a expresarse libremente, a ser escuchado y a que su opinión sea tomada en cuenta.
11. "Cuenta cuento en familia"	Manifestar empatía y solidaridad frente a situaciones que vivencian sus pares, o que observa en textos, dramatizaciones o Tics, practicando acciones de escucha, apoyo y colaboración.

ACTIVIDAD 1: “DESCUBRIENDO CONDUCTAS”

Objetivo:

Comprender que algunas de sus acciones y decisiones respecto al desarrollo de juegos y proyectos colectivos, influyen en las de sus pares.

Habilidades por desarrollar:

-  Saber diferenciar entre los tipos de comportamientos.
-  Comprender y practicar el asertividad y fomentar conductas.

Desarrollo de la actividad:

La profesora, con apoyo de dos personas más harán una breve representación de tres niños, uno tendrá comportamiento asertivo, otro indiferente y otro disruptivo, el resto del curso deberá reflexionar e identificar cuál de las tres conductas es la más adecuada y por qué.

Es importante mencionar que a partir de esta primera actividad se maneja como instrumento de apoyo una bitácora, para detectar a aquellos alumnos que rebasen el límite de una conducta disruptiva y deba ser canalizado para un diagnóstico más preciso.

ACTIVIDAD 2: “LA HISTORIA DEL PERSONAJE”

Objetivo:

Desarrollar la habilidad de controlar las propias emociones; así como prevenir los efectos negativos dentro del aula.

Habilidades por desarrollar:

-  Adoptar una actitud positiva
-  Identificar las emociones de los demás.

Desarrollo de la actividad:

Seleccionar una historia representativa de las emociones, a través de un vídeo, película, títeres, obra teatral o cuento. Dialogar sobre la historia de uno o más personajes, acerca de:

- ¿Qué emoción tuvo el personaje?
- ¿Qué situación lo llevó a experimentar esa emoción?
- ¿Qué es lo que hizo cuando estaba con esa emoción?
- ¿Cómo resolvió su situación?
- ¿Si estuvieras ahí cómo lo ayudarías, qué le dirías, qué harías?
- ¿Te ha sucedido a ti alguna vez algo parecido?

ACTIVIDAD 3: “SOY VALIOSO”

Objetivo:

Reconocer progresivamente requerimientos esenciales de las prácticas de convivencia libre, tales como: escucha de opiniones diversas, el respeto por los demás, de los turnos, de los acuerdos de las mayorías.

Habilidades por desarrollar:

- ✚ Practicar y entender la importancia del lenguaje positivo en las relaciones sociales.
- ✚ Mejorar la autoestima.

Desarrollo de la actividad:

La docente comenzará una dinámica diciendo en voz alta la siguiente frase “me gusta...” y “soy buena para...” luego un alumno podrá decir que es lo que le gusta de la docente, esto seguirá un orden donde participen todos los niños de la clase diciendo para que son buenos y que les gusta de ellos.

ACTIVIDAD 4: “QUE NADIE SE QUEDE SIN SILLA”

Objetivo:

Participar en actividades y juegos colaborativos, planificando, acordando estrategias para un propósito común y asumiendo progresivamente responsabilidades en ellos.

Habilidades por desarrollar:

- ✚ Cooperación de grupo.
- ✚ Mejorar las relaciones.
- ✚ Resolución de problemas.

Desarrollo de la actividad:

Juego colaborativo, es una versión de la sillita musical, los niños bailan alrededor de las sillas al compás de la música, cuando esta pare todos deberán sentarse en una silla y el que quede sin silla deberá ser protegido por un compañero en su sitio de modo que nadie quede sin silla, finalmente deberán reflexionar sobre que les pareció este juego donde ninguno pierde y donde todos deben ayudar al compañero que quedó sin puesto.

ACTIVIDAD 5: “TE ACOMPAÑO”

Objetivo:

Reconocer y progresivamente hacer respetar el derecho a expresarse libremente, a ser escuchado y a que su opinión sea tomada en cuenta.

Habilidades por desarrollar:

<ul style="list-style-type: none"> ✚ Escuchar. ✚ Habilidades asociadas: hablar en público, tomar iniciativa y acompañar a su compañero.
<p>Desarrollo de la actividad:</p> <p>Para el desarrollo de este juego se necesita organizar a los alumnos en parejas. A cada pareja se le proporciona una pañoleta para que uno de ellos sea vendado. Cuando se terminó de vendar al niño, la docente coloca sobres de colores por toda el aula, el niño que no está vendado debe elegir el color de uno de los sobres colocados para guiar a su compañero hasta el sobre elegido, utilizando como único instrumento de guía la voz. Al llegar al sobre deben abrirlo y encontraran una imagen que describe una emoción con la cual los niños deben narrar un hecho donde se evidencio esa emoción. Posteriormente se invierte los papeles dentro de la pareja.</p>

ACTIVIDAD 6: “LA TORRE MÁS ALTA”
<p>Objetivo:</p> <p>Participar en actividades y juegos colaborativos, planificando, acordando estrategias para un propósito común y asumiendo progresivamente responsabilidades en ellos.</p>
<p>Habilidades por desarrollar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Compartir. ✚ Escuchar. ✚ Tomar iniciativas. ✚ Aceptar decisiones del grupo.
<p>Desarrollo de la actividad:</p> <p>Este juego consiste en que los niños en forma individual deberán hacer uso de sus legos e intentar construir la torre más alta evitando que se destruya. Posteriormente los alumnos forman grupos y deberán hacer el mismo ejercicio que en la primera fase, pero ahora de manera grupal.</p>

ACTIVIDAD 7: “EL ESTUCHE”
<p>Objetivo:</p> <p>Participar en actividades solidarias, que integran a las familias, la comunidad educativa y local.</p>
<p>Habilidades por desarrollar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Compartir. ✚ Tomar iniciativa.

✚ Escuchar.

Desarrollo de la actividad:

Este juego consiste en agrupar a los niños en pequeños grupos; cada alumno debe proporcionar los útiles de su mochila para que en sus grupos de trabajo intenten formar la figura que la docente menciona, esta puede ser una estrella, una casa, etc. El grupo ganador es aquel que forma las figuras de manera más rápida.

ACTIVIDAD 8: “RESPETANDO LAS DIFERENCIAS”

Objetivo:

Apreciar la diversidad de las personas y sus formas de vida, tales como: singularidades fisonómicas, lingüísticas, religiosas, de género, entre otras.

Habilidades por desarrollar:

- ✚ Participación en una actividad grupal.
- ✚ Reflexión sobre las diferencias y aceptación y respeto de estas.
- ✚ Unión dentro del grupo de alumnos.
- ✚ Respeto.
- ✚ Tolerancia.
- ✚ Crear un pensamiento común en contra de la discriminación sea cual sea su motivo.

Desarrollo de la actividad:

Esta actividad comienza con los niños sentados en el suelo formando un círculo, la docente introduce a los niños en el tema comentando sobre la importancia de respetar las características propias de cada uno, que no es bueno burlarse ni molestar a sus compañeros u otras personas, luego realizará preguntas para que los niños puedan comentar sus impresiones y experiencias: ¿Por qué es bueno llevarse bien con sus compañeros?, ¿Qué significa ser buen compañero?, ¿Por qué tenemos que respetar a nuestros compañeros y a todas las personas?, ¿somos todos iguales?, ¿en qué nos diferenciamos físicamente?, ¿todos pensamos igual?, ¿Qué significa tener una buena convivencia con las personas?, etc. Una vez finalizada la conversación se invita a los niños a colorear una lámina donde aparecen niños jugando alegremente, contra una donde aparecen peleando.

ACTIVIDAD 9: “ESCONDIDA DE OBJETOS”

Objetivo:

Reconocer y progresivamente hacer respetar el derecho a expresarse libremente, a ser

escuchado y a que su opinión sea tomada en cuenta

Habilidades por desarrollar:

- ✚ Hablar en público.
- ✚ Escuchar.
- ✚ Tomar iniciativa.
- ✚ Trabajar en equipo.

Desarrollo de la actividad:

El juego consiste en elegir voluntariamente a un alumno que saldrá junto a un apoyo fuera del salón unos segundos, para que los compañeros escondan un objeto del alumno que salió. Al ingresar al aula, se le explicara que algo suyo desapareció y que todos sus compañeros lo ayudarán a encontrarlo, pero debe escuchar la siguiente canción que le dará pistas de donde se encuentra su objeto perdido, con música de la canción popular “tengo una muñeca vestida de azul” cantarán lo siguiente: “Tienes un problema, /nosotros tenemos la solución/busca, busca, busca, /que te ayuda esta canción. La canción sonara muy suave si el niño se encuentra alejado del objeto y cuando este cerca del objeto sonara muy fuerte hasta que lo encuentre. Finalmente, la docente los llevará a reflexionar sobre lo bonito y divertido que es ayudar a un compañero cuando lo necesita y comentará que es bueno ayudar a los demás

ACTIVIDAD 10: “MONSTER BOX”

Objetivo:

Reconocer y progresivamente hacer respetar el derecho a expresarse libremente, a ser escuchado y a que su opinión sea tomada en cuenta.

Habilidades por desarrollar:

- ✚ Hacer amistad.
- ✚ Participación en una actividad grupal.
- ✚ Reflexión sobre las diferencias y aceptación y respeto de estas.
- ✚ Unión dentro del grupo de alumnos.
- ✚ Respeto.
- ✚ Tolerancia.
- ✚ Crear un pensamiento común en contra de la discriminación sea cual sea su motivo.

Desarrollo de la actividad:

La docente invitará a los niños a sentarse en sus sillas formando un semicírculo para observar un corto metraje Monster box, educación emocional, el cual habla sobre la importancia de la amistad, luego de esto se preguntará la opinión al grupo en relación

con las amistades que pudo observar en el video, luego ¿quiénes son sus amigos?, ¿con quienes les gusta jugar?, ¿porque es importante tener amigos?, entre otras. Para finalizar invitará a los alumnos a hacer un dibujo de regalo para un compañero de clase, procurando que ninguno quede sin dibujo.

ACTIVIDAD 11: “CUENTA CUENTO EN FAMILIA”

Objetivo:

Manifestar empatía y solidaridad frente a situaciones que vivencian sus pares, o que observa en textos, dramatizaciones o Tics, practicando acciones de escucha, apoyo y colaboración.

Habilidades por desarrollar:

- ✚ Desarrollo del lenguaje, la imaginación y la creatividad.
- ✚ Expresión de ideas propias, sentimientos e intercambio comunicativo entre los alumnos, con proyección a entrelazar diferentes ideas y la participación grupal.

Desarrollo de la actividad:

En esta actividad se pretende integrar a la familia de tres alumnos para preparar el cuento “ Pedrito y el Lobo” con sus hijos y lo presentarán en forma de dramatización al curso, dejando claro la moraleja del cuento sobre no mentir, luego de observar y escuchar la dramatización, la familia junto a la docente se encargara de hacer preguntas a los niños con respecto al cuento para que ellos puedan participar y dar sus impresiones frente al valor de decir la verdad, finalmente en equipos de 4 niños cooperativamente modelan con plastilinas el cuento.

El objetivo de aplicar dichas estrategias pedagógicas de inclusión educativa para niños con conductas disruptivas principalmente, es desarrollar sus habilidades sociales con el fin de optimizar sus relaciones interpersonales para una buena convivencia disminuyendo dichas conductas en ellos, relacionarse con los demás y adquirir progresivamente pautas elementales de convivencia y relación social, así como ejercitarse en la resolución pacífica de conflictos, diseñar un plan de trabajo basado en actividades que mejoren el nivel de desarrollo de las habilidades sociales básicas en los niños, con estrategias y recursos lúdicos especialmente con los estudiantes que presentan conductas disruptivas.

Es por ello tener claras cuales son las características de dichas conductas disruptivas; y no dejar pasar cualquier otro posible diagnostico; que altere su conducta como lo pudiera ser el TDAH; ya que el tener este padecimiento, implica demasiada carga emocional y social para quien lo padece y más aún cuando se trata de un(a) niño(a) en edad escolar que se comporta de forma impulsiva, actúa antes de pensar,

tiene dificultades para concentrarse en una sola actividad y cambia de una tarea a otra constantemente. Todos estos aspectos le pueden llevar a conflictos con sus padres, madres, profesores(as) y compañeros(as) repercutiendo directa e indirectamente sobre su rendimiento escolar.

Es por ello por lo que en respuesta a la necesidad de obtener más información y apoyo a los(las) docentes de nivel primaria para la oportuna, adecuada identificación e inclusión educativa para alumnos con posible TDAH y ya no conductas disruptivas, como parte de una propuesta y estrategia institucional, se propone aplicar los siguientes instrumentos confiables emitidos por distintas instituciones que ayuden a identificar y canalizar de forma oportuna y segura a niños con posible TDAH o alguna otra situación específica que amerite.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Podemos concluir que, al desarrollar esta propuesta pedagógica de inclusión educativa, los estudiantes evidenciaran habilidades sociales adquiridas a través de la implementación, aunque el aprendizaje está en vías de adquisición ya que estos procesos de entrenamiento y evaluación de las habilidades sociales requieren de un seguimiento y ser llevados, acompañados o guiados en las siguientes etapas de desarrollo escolar. Cabe destacar que siempre será necesario estar realizando actividades donde existan debates en el grupo y tratar aspectos de la convivencia en el aula.

El proceso de elaboración de este trabajo ha sido enriquecedor ya que se abarcó desde la selección del tema y comienzo de la investigación, hasta la selección de las estrategias pedagógicas para ser aplicadas dentro del aula, puedo decir que fue un proceso fructífero, al estar en contacto incluso con especialistas, que lleva a concluir lo siguiente:

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

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

Visualizando esta dificultad y con la finalidad de crear condiciones que favorezcan a las personas que padecen este síndrome y aun no son diagnosticadas,

uno de los objetivos de la investigación fue proponer herramientas informativas e instrumentos que ayuden a los docentes de nivel primaria a saber más acerca del TDAH.

La realización de este trabajo permitió tener un contacto más cercano con algunos especialistas lo que permitirá transmitir, a través de información y las estrategias pedagógicas, la importancia de la identificación oportuna de síntomas del TDAH para que así los(as) niño(as) que lo presentan puedan ser atendidos por los especialistas, y que sean estos últimos los que determinen si el niño(a) padece TDAH y así mismo estipulen el tratamiento más adecuado según sea el caso. Es por ello por lo que el trabajo y apoyo de ellos es de suma importancia puesto que el docente no se ve solo a lo largo de un proceso tan delicado como lo es el diagnóstico; sin embargo, el titular de grupo sabiendo que no está capacitado para eso, al finalizar una capacitación si lo estará para realizar una identificación oportuna a niños con este tipo de conductas.

El brindar a los(as) docentes la información teórica básica sobre lo que es el TDAH será fructífero ya que al poseer dichos datos aclararan sus dudas. Además, se les proporcionaran herramientas que facilitaran su desempeño profesional ante una problemática de dicha índole. Dicha información les será de utilidad en su labor diaria y beneficiará a los(as) mismos(as) alumnos(as). Sin embargo, es importante destacar que una vez que el docente se da cuenta que algunas características de conductas disruptivas sobrepasan el nivel que las consideran dentro de este término, el profesor deberá autoevaluarse, tomar capacitación pertinente para contar con las herramientas necesarias y poder abordar de la mejor manera un caso específico dentro del aula.

Hacer visible lo invisible y ver al TDAH como lo que es una discapacidad que merece ser atendida y diagnosticada oportunamente es un gran reto para quien lo padece, sus familiares, docentes e incluso para la misma escuela; la labor docente es una tarea que exige una constante capacitación en las muy diversas problemáticas que pudieran presentarse dentro del aula: cuando una escuela adopta una postura de apertura para la impartición de círculos de reflexión y de actividades de análisis, se fortalece, crece y se vuelve un centro de apoyo en el que todos(as) los(as) actores del proceso están comprometidos(as).

Para complementar lo abordado a lo largo de esta investigación y realizar una mejora a la práctica docente sugiero lo siguiente:

- ✓ Se deberá tomar en cuenta que el TDAH es una discapacidad invisible por lo que el comportamiento del niño(a) no es intencional.
- ✓ Implementar en el centro educativo pláticas, talleres y conferencias sobre conductas disruptivas y TDAH dirigidas a docentes, padres y madres de familia y alumnos(as) con la finalidad de conocer y así mismo entender más acerca de este tema.
- ✓ Establecer mayor vínculo con aquellos(as) padres y madres de niños(as) en los que exista sospecha de TDAH.
- ✓ Visitar algunas instituciones y páginas Web, especializadas para obtener más información sobre el tema.
- ✓ Crear espacios para que los(las) docentes intercambien experiencias sobre dichos problemas de conducta.
- ✓ Llevar a cabo alguna de las estrategias propuestas para niños(as) con conductas disruptivas y atender al especialista para abordar actividades específicas para niños con TDAH con la finalidad de obtener mejores resultados en el aula.

REFERENCIAS

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

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

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

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

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

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

Microsoft Encarta 2007. 1993-2006 Microsoft Corporation.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANEXOS

Anexo 1 “Cuadro comparativo”

Anexo 2 “Lista de instituciones”

Anexo 3 “Instrumentos”

Anexo 4 “Glosario”

CUADRO COMPARATIVO

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

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

INSTITUCIONES

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

➤ INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION Y COMUNICACIÓN HUMANA
"INCH"

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

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

**PSICOLOGIA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA*

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

Ext. 18307

**TERAPIA DE APRENDIZAJE*

(Lecto - escritura)

Ext. 18304, 18306

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

Página Web exclusivamente

Nota: Es importante registrar eventos significativos de su alumno; le solicitamos que dentro sus observaciones considere también aquellos aspectos positivos que se apreciaron durante las actividades escolares y que favorecen el desarrollo de habilidades.

SEMANA 1 Fecha: _____

Recibido: _____

SEMANA 2 Fecha: _____

Recibido: _____

SEMANA 3 Fecha: _____

Recibido: _____

SEMANA 4 Fecha: _____

Recibido: _____



centro
integral
de
salud
mental
secretaría de salud

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CUESTIONARIO PARA MAESTROS

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____

DOMICILIO: _____

FECHA: _____ AÑO ESCOLAR: _____

NÚMERO DE ALUMNOS DEL GRUPO: _____ GRADO: _____

MARQUE CON UNA CRUZ LA RESPUESTA QUE USTED CONSIDERE ADECUADA PARA CADA PREGUNTA

CONDUCTA	Nunca	Ocasional	Frecuente	Muy frecuente
DISTRAÍDO: Dificultad para concentrarse, se distrae con cualquier cosa.				
DESIDIOSO: No termina las cosas que inicia, tareas, trabajos, etc.				
DESCUIDADO: Mal arreglo personal, no cuida su ropa, sus útiles, juguetes, etc.				
DESMEMORIADO: Olvida fácilmente lo aprendido.				
IMPULSIVO: No mide las consecuencias de sus actitudes.				
DESAFIANTE: No obedece las instrucciones del maestro o las autoridades escolares y los reta.				
MENTIROSO				
GRITÓN				
DESORGANIZA AL GRUPO				
INTRANQUILO: Constantemente se levanta de su asiento.				
EGOCÉNTRICO: Busca llamar la atención.				
Toma objetos que no le pertenecen de sus maestros o compañeros.				
BAJA AUTOESTIMA: Se expresa mal de sí mismo.				
Es necesario sacarlo del salón de clases.				
Ha sido necesario suspenderlo temporalmente.				
TENDENCIA A LA FANTASÍA: Inventa historias.				
SOMNOLENTO: Se duerme en clases o bosteza.				
AGRESIVO: Molesta a otros niños y busca pleito.				
DESTRUCTIVO: Rompe útiles o materiales escolares.				
CRUEL: Con sus compañeros o con los animales.				
IMPÚDICO: Hace señas obscenas, vocabulario soez, practica conductas de desinhibición sexual.				
REBELDE: No obedece a las normas escolares, es terco, testarudo, etc.				
TORPE: Para sus trabajos manuales, los ensucia, rompe materiales.				
Dificultades para desarrollar algún tipo de ejercicio o juego.				
Se cae con frecuencia.				
Tropieza con muebles				
No espera su turno en los juegos.				
Es tramposo.				
No sabe perder en los juegos.				
INFANTIL: Se comporta como un niño más pequeño.				
ANTIPÁTICO: Es rechazado por los demás niños.				
Nada lo satisface.				
EGOÍSTA				

ESTADO DE ANIMO	Nunca	Ocasional	Frecuente	Muy frecuente
TRISTEZA				
ALEGRÍA				
ENOJO				
OTROS, ESPECIFIQUE:				

Tiene dificultad para expresar lo que siente o piensa.
 EN SU CRITERIO EN CUÁL LUGAR COLOCARÍA A ÉSTE NIÑO:

- () El niño que más dificultades le causa en la clase
- () El segundo lugar
- () En otro lugar

¿Cuántos niños como éste tiene usted en el salón? ()

	MAL	REGULAR	BIEN
APRENDIZAJE			
DICTADO			
COPIA			
LECTURA			
PRONUNCIACIÓN			
MATEMÁTICAS			
ESPAÑOL			
CIENCIAS NATURALES			
CIENCIAS SOCIALES			
IDIOMA Especifique			
EDUCACIÓN FÍSICA			
EDUCACION ARTÍSTICA			
CÓMO VE			
CÓMO ESCUCHA			

USTED CONSIDERA QUE EL NIÑO TIENE UNA INTELIGENCIA

Por debajo del promedio () Promedio () Arriba del promedio ()

COOPERACIÓN DE LA FAMILIA	Nunca	Ocasional	Frecuente
Los padres se comunican con usted.			
Hace mal las tareas por falta de supervisión.			
Falta a clase.			
Llega con retardos.			
Los padres acuden a las citas que la escuela determina.			
Los padres solicitan juntas extraordinarias con usted.			

Otras observaciones:

NOMBRE Y FIRMA DEL MAESTRO (A)



**HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL
"DR. JUAN N. NAVARRO"
SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA
CUESTIONARIO PARA MAESTROS**



NOMBRE DEL ALUMNO _____

NOMBRE DE LA ESCUELA _____

DOMICILIO _____

FECHA _____ AÑO ESCOLAR _____

NUMERO DE ALUMNOS DEL GRUPO _____ GRUPO _____

MARQUE CON UNA CRUZ LA RESPUESTA QUE USTED CONSIDERE MAS ADECUADA PARA CADA PREGUNTA

CONDUCTA	NUNCA	OCASIONAL	FRECUENTE	MUY FRECUENTE
DISTRAIDO: Dificultad para concentrarse, se distrae con cualquier cosa.				
DESIDIOSO: No termina las cosas que inicia, tareas, trabajos, etc.				
DESCUIDADO: Mal arreglo personal, no cuida su ropa, sus útiles, juguetes, etc.				
DESMEMORIADO: Olvida fácilmente lo aprendido				
IMPULSIVO: No mide las consecuencias de sus actitudes				
DESAFIANTE: No obedece las instrucciones del maestro o las autoridades escolares y los reta.				
MENTIROSO				
GRITON				
DESORGANIZAAL GRUPO				
INTRANQUILO: Constantemente se levanta de su asiento.				
EGOCENTRICO: Busca llamar la atención de los demás niños y maestros.				
Toma objetos que no le pertenecen de sus maestros o compañeros				
BAJA AUTOESTIMA Se expresa mal de él mismo				
Es necesario sacarlo del salón de clases				
Ha sido necesario suspenderlo temporalmente				
TENDENCIA A LA FANTASIA: Inventar historias				
SOMNOLIENTO: Se duerme en clases o bosteza				
AGRESIVO: Molesta a otros niños y busca pleito				
DESTRUCTIVO: Rompe los útiles o materiales escolares				
CRUEL: Con sus compañeros o con los animales				
IMPUDICO: Hace señas obscenas, vocabulario soez, practica conductas de desinhibición sexual				
REBELDE: No obedece las normas escolares, es terco, testarudo, etc.				
TORPE: Para sus trabajos manuales, los ensucia, rompe materiales				
Dificultades para desarrollar algún tipo de ejercicio o juego				
Se cae con frecuencia				
Tropieza con muebles o con sus compañeros				
No espera su turno en los juegos				
Es tramposo				
No sabe perder en los juegos				
INFANTIL: Se comporta como un niño más pequeño				
ANTIPATICO: Es rechazado por los demás niños				
Nada lo satisface				
EGOISTA				

G L O S A R I O

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Inatención: Falta de atención y concentración.

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

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

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

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

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

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

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

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