

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

Curso-taller para el reconocimiento de las manifestaciones psicológicas del déficit de atención con hiperactividad. Dirigido al equipo interdisciplinario de un centro de atención múltiple de educación especial: una propuesta

Autor: Alejandra Patricia Paniagua Bastien

**Tesina presentada para obtener el título de:
Lic. En Psicología**

**Nombre del asesor:
María del Carmen Manzo Chávez**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

“CURSO-TALLER PARA EL RECONOCIMIENTO DE
LAS MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS DEL
DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.
DIRIGIDO AL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE
UN CENTRO DE ATENCIÓN MÚLTIPLE DE
EDUCACIÓN ESPECIAL: UNA PROPUESTA.”

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

ALEJANDRA PATRICIA PANIAGUA BASTIEN

ASESORA DE TESINA

MTRA. MARÍA DEL CARMEN MANZO CHÁVEZ

MORELIA, MICH.
ABRIL, 2007



LA T816



UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

“CURSO-TALLER PARA EL RECONOCIMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD. DIRIGIDO AL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE UN CENTRO DE ATENCIÓN MÚLTIPLE DE EDUCACIÓN ESPECIAL: UNA PROPUESTA.”

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

PRESENTA:
ALEJANDRA PATRICIA PANIAGUA BASTIEN

ASESORA DE TESINA
MTRA. MARÍA DEL CARMEN MANZO CHÁVEZ

MORELIA, MICH.
ABRIL, 2007

Introducción	4
1. “ Algunas veces los sueños tardan en cumplirse, pero al final...con esfuerzo y dedicación, la satisfacción es mayor por haberlos hecho una realidad”	7
2. Conclusión	8
3. Dedico este trabajo:	9
A mi Madre, por su constante motivación .	10
A mi esposo Aurelio, por todo su apoyo y comprensión.	11
A mis dos hijas: Natalia y Perla que son dos fuerzas de amor que inspiran mi superación.	17

4. Desarrollo psicológico en la etapa infantil	20
1.6 El niño y la escuela	23
1.8 Calentamiento en el siglo XXI	34
2.1 Definición	77
2.2 Etiología	78
2.3 Síntomas, ciclo	80
2.4 Prevención	83
2.5 Diagnóstico	84
2.6 Diagnóstico diferencial	87
2.8 Tratamiento farmacológico en TDAH	89
2.7 Psicología	95

INDICE.	
Resumen	1
Introducción	2
Justificación	4
Objetivos	6
Importancia del curso - taller	7
Capítulo I . Marco Teórico	8
1. Infancia	8
1.1 Clasificación de la infancia	8
1.2 Infancia Intermedia	9
1.3 Desarrollo del niño durante la infancia intermedia	10
1.3.1 Desarrollo Físico	10
1.3.2 Desarrollo Cognitivo	11
1.3.3 Desarrollo Emocional	13
1.3.4 Desarrollo Social	15
1.3.5 Desarrollo Psicosexual	17
1.4 Desarrollo psicológico en la etapa intermedia	20
1.5 El niño y la escuela	23
1.6 Dificultades en el aprendizaje	24
2. Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad	27
2.1 Definición	27
2.2 Etiología	28
2.3 Sintomatología	30
2.4 Prevalencia	33
2.5 Diagnóstico	34
2.6 Diagnóstico Diferencial	37
2.6.1 Trastornos asociados al TDAH	39
2.7 Pronóstico	45

2.8 Tratamiento	47
2.8.1 Intervención interdisciplinaria	55
Capítulo II. Curso-taller para el reconocimiento de las manifestaciones psicológicas del Déficit de Atención con hiperactividad dirigido al equipo interdisciplinario del C.A.M. de la Piedad, Michoacán.	58
1. Centro de atención Múltiple de Educación Especial de la Piedad, Michoacán	58
1.1 Antecedentes históricos	58
1.1.2 Misión	60
2. Curso-Taller para el reconocimiento de las manifestaciones Psicopedagógicas del Déficit de atención con hiperactividad , dirigido al equipo interdisciplinario del C.A.M de la Piedad, Michoacán .	61
2.1 Objetivos	61
2.2 Indicaciones generales para el curso taller	62
2.3 Sesión 1. Conociendo el desarrollo de mi alumno en la etapa escolar (6 a 12 años) .	62
2.3.1 Descripción general de actividades	62
2.3.1.2 Descripción específica de actividades	63
2.3.2 Sesión 2. Conociendo el TDAH	65
2.3.2.1 Descripción general de actividades	65
2.3.2.2 Descripciones específicas	66
2.3.3 Sesión 3. Conociendo el TDAH 2ª parte	67
2.3.3.1 Descripción general de actividades	67
2.3.3.2 Descripción específica de actividades	68
2.3.4 Sesión 4 . Conociendo al alumno con TDAH	69
2.3.4.1 Descripción general de actividades	69
2.3.4.2 Descripción específica de actividades	69
2.3.5 Sesión 5. Identificando al alumno con TDAH	71
2.3.5.1 Descripción general de actividades	71
2.3.5.2 Descripción específica de actividades	71

2.3.6 Sesión 6. Conociendo el TDAH y su Diagnóstico Diferencial	73
2.3.6.1 Descripción general de actividades	73
2.3.6.2 Descripción específica de actividades	73
2.3.7 Sesión 7 Apoyando al alumno con TDAH	75
2.3.7.1 Descripción general de actividades	75
2.3.7.2 Descripción específica de actividades	75
2.3.8 Sesión 8 Apoyando al alumno con el TDAH 2ª parte	76
2.3.8.1 Descripción general de actividades	76
2.3.8.2 Descripción específica de actividades	77
2.3.9 Sesión 9 Abordaje interdisciplinario	78
2.3.9.1 Descripción general de actividades	78
2.3.9.2 Descripción específica de actividades	78
2.3.10 Sesión 10 Sugerencias en la atención del alumno con el TDAH	79
2.3.10.1 Descripción general de actividades	79
2.3.10.2 Descripción específica de actividades	80
2.3.11 Sesión 11 cierre	81
2.3.11.1 Descripción general de actividades	81
2.3.11.2 Descripción específica de actividades	81
Capítulo III Conclusiones	84
Limitaciones y sugerencias	90
Referencias	91
Anexos	95
Anexo 1. Registro de asistencia de los participantes al curso-taller	96
Anexo 2 . Gafete para los asistentes.	97
Anexo 3. Carpeta.	98
Anexo 4. Guía para tema de discusión : Conociendo el desarrollo del alumno de 6 a 12 años de edad.	99
Anexo 5 .Guía para tema de discusión : Conociendo el desarrollo del alumno de 6 a 12 años de edad. 2ª parte.	101

Anexo 6. Pensamiento de Mariano Osorio. “ Nunca Juzgues a los demás “ Canción: “ Somos especiales “	104
Anexo 7. Guía para tema de discusión; Conociendo el Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad.	105
Anexo 8 Guía para tema de discusión: conociendo el trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad 2ª parte.	108
Anexo 9. Guía para tema de discusión: Conociendo al alumno con TDAH.	110
Anexo 10 Cuestionarios. (Interrogatorio clínico para padres y maestros).	112
Anexo 11. Guía para tema de discusión; Identificando al alumno con TDAH. Test de Diamantes	138
Test del número 592	139
Escala de evaluación para el TDAH	140
Anexo 12. Sombreros.	141
Anexo 13. Guía para tema de discusión: Conociendo el TDAH y su Diagnóstico Diferencial	142
Anexo 14 . A jugar con sombreros	145
Anexo 15. Guía para tema de discusión . Prevalencia, Tratamiento del TDAH.	146
Anexo 16. Guía para tema de discusión: Tratamiento del TDAH 2ª.	149
Anexo 17. Lectura de reflexión: Asamblea de Herramientas.	151
Anexo 18. Guía para tema de discusión: Abordaje interdisciplinario.	153
Anexo 19 .Lectura : “Amigos seamos gansos”.	155
Anexo 20 . Guía para tema de discusión : Sugerencias para Profesores.	157
Anexo 21. Guía para tema de discusión : Sugerencias para padres.	160
Anexo 22. Derechos de los niños con TDAH.	162
Anexo 23. Diploma de reconocimiento.	163

RESUMEN

RESUMEN

En el presente trabajo se hablará de las manifestaciones que presentan los niños que sufren el Trastorno por Déficit de Atención (TDA) sin hiperactividad o con ella (TDAH) y que pueden confundir al especialista, maestro, trabajador social, médico, psicólogo, maestro de comunicación que laboran en el Centro de Atención Múltiple de Educación Especial (CAM), ubicado en La Piedad, Michoacán. Cuando se presenta la hiperactividad en el niño, se observa en él una incapacidad para mantener la atención de manera continua y una excesiva actividad que le impide solucionar problemas. El niño está corriendo, subiendo y bajando cosas, tiene dificultad para permanecer sentado, se mueve en exceso durante el sueño y siempre está eufórico o actuando como impulsado por un motor, a veces en situaciones peligrosas. Estas manifestaciones son catalogadas muchas veces como características del TDAH, sin embargo el diagnóstico no siempre es correcto. Ante tal situación, se pretende informar y analizar, las expresiones psicológicas del TDAH, a través de un curso- taller con la finalidad de incitar y apoyar el trabajo del equipo multidisciplinario del CAM, para conseguir, así, una mejor atención durante el proceso de evaluación y tratamiento del niño. Por ello, el trabajo está diseñado de tal manera que sea informativo y práctico.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es una deficiencia que a menudo es confundida con otras irregularidades en la conducta. Los niños son inquietos, distraídos, incapaces de terminar una tarea, trabajo escolar, concentrarse en una cosa y que continuamente están en movimiento o perdiendo cosas, reaccionan y hablan sin pensar, esto ocasiona que presenten dificultades en su aprendizaje y esto los lleva a ser rechazados por compañeros y maestros de escuela.

El TDAH no es fácil de detectar. Su naturaleza biológica y social hace importante la colaboración de varios especialistas trabajando en conjunto para su diagnóstico correcto desde un punto de vista interdisciplinario y no de manera aislada. El TDAH implica causas que residen en la genética, en deficiencias nutricionales y del mismo ámbito social en que se desenvuelve el niño.

Este taller pretende reunir los métodos y técnicas que faciliten el diagnóstico y tratamiento del TDAH al equipo interdisciplinario del Centro de Atención Múltiple de Educación Especial (CAM) de La Piedad, Michoacán. Este trabajo contiene en los siguientes aspectos:

En el Capítulo 1, Marco teórico, se abordarán las etapas del desarrollo psicológico del niño, enfocándose a la infancia intermedia, que abarca de los 6 a los 12 años de edad, y de la cual se abordará la situación del niño en la escuela y sus dificultades en el aprendizaje. Así mismo se presentará el Trastorno del Déficit de Atención con Hiperactividad, presentando su cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento.

En el Capítulo 2 se presenta el procedimiento para la elaboración del taller que se le proporcionará al equipo interdisciplinario del CAM de Educación Especial.

El Capítulo 3 se refiere a las conclusiones de este trabajo. Por último, se presentan las limitaciones y sugerencias, las referencias y anexos de este trabajo.

JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN

- Mejorar el nivel de comprensión lectora
- Mejorar la comunicación
- Terapia lúdica
- Trabajo manual
- Proceso de aprendizaje
- Desarrollo de la personalidad

Por lo tanto, es necesario que el docente sea capaz de diseñar estrategias de enseñanza que permitan a los estudiantes desarrollar sus habilidades cognitivas y emocionales.

JUSTIFICACIÓN

El Centro de Atención Múltiple de Educación Especial (CAM) es un centro dedicado a atender personas con necesidades educativas especiales. Ubicado en La Piedad, Michoacán, a él concurren infantes de la región que presentan problemas de conducta o aprendizaje escolar.

Sin embargo, entre estos niños existen algunos que son canalizados por problemas de conducta y esto confunde al profesor y al especialista, ya que son niños que difícilmente sostienen la atención y esto no es suficiente para interpretarlo como un posible trastorno, ya que pueden existir diferentes razones que impiden la fijación de la atención y la concentración. Estas dificultades suelen conducir a interpretaciones erróneas por parte de quien realiza el diagnóstico.

Es evidente que este diagnóstico se da en la mayoría de las ocasiones de manera aislada por parte de los especialistas, dejando a un lado el diagnóstico interdisciplinario donde se integren todos los resultados, de cada una de las áreas y se elabore un diagnóstico y programa de atención integral.

El equipo interdisciplinario en el Centro de Atención Múltiple está conformado por:

- Profesor especialista en dificultades en el aprendizaje.
- Profesor de comunicación.
- Terapeuta físico.
- Trabajador social.
- Psicólogo.
- Director de la institución.

Por lo anterior, es importante que todo el equipo interdisciplinario conozca muy bien las manifestaciones del TDAH en la infancia intermedia para su mejor

atención dentro de lo que es el apoyo en educación especial y así se contribuya a mejorar la calidad de vida de estos niños.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

GENERAL

El presente trabajo tiene como objetivo general analizar las características del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad dirigido al personal del Centro de Atención Médica de Educación Especial (CAM) ubicado en La Paz, Michoacán, con la finalidad de apoyar el diagnóstico y el tratamiento del niño que presenta dicho trastorno.

Específicos

1. Identificar las principales características del síndrome psicopatológico que afecta a la infancia.
2. Distinguir las características del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad para elaborar un diagnóstico diferencial.
3. Analizar los síntomas que confirman el diagnóstico y tratamiento de forma integral y colaborativa en el contexto del CAM.
4. Ejercer el rol de psicólogo en el aula.

OBJETIVOS

GENERAL:

Elaborar un curso-taller sobre las características del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, dirigido al personal del Centro de Atención Múltiple de Educación Especial (CAM) ubicado en La Piedad, Michoacán, con la finalidad de apoyar el diagnóstico y tratamiento del niño que presenta dicho trastorno.

ESPECÍFICOS:

- 1) Identificar las principales características del desarrollo psicológico del niño de 6 a 12 años.
- 2) Distinguir las características del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad para elaborar un diagnóstico interdisciplinario.
- 3) Analizar los aspectos que conforman el diagnóstico y tratamiento de forma interdisciplinaria para este trastorno en el CAM.
- 4) Obtener el título de Licenciada en Psicología.

IMPORTANCIA DEL CURSO - TALLER

IMPORTANCIA DEL CURSO – TALLER

El fracaso escolar, la agresividad y otros problemas de conducta derivados de la condición biológica conocida como Déficit de Atención con Hiperactividad provocan una importante alerta entre padres y maestros de todos los niveles educativos. Ante la necesidad de conocer sobre este problema, se consultan frecuentemente libros, artículos en revistas científicas o se visitan páginas de internet.

Sin embargo, en lugar de aclararse dudas, la información recabada provoca mayor confusión entre los profesionales, debido a la mezcla de conocimientos y creencias sobre el tema. Esta razón es la que conlleva a difundir una investigación fundamentada teóricamente entre los especialistas que laboran en el CAM de La Piedad, Michoacán, con la finalidad de que puedan brindar la mejor ayuda posible a los niños que acuden a dicho centro en busca de apoyo.

Este trabajo está diseñado para impartirse como Curso-Taller, pretende ser una guía de información básica sobre el TDAH para conocer la información más actual sobre las características de los niños que presentan este trastorno y, así, tener referencias seguras que permitan tomar las decisiones adecuadas que coadyuven en el tratamiento del alumno; tratando siempre que el diagnóstico y tratamiento sea interdisciplinario y no aislado.

1.1. INTRODUCCIÓN

El presente capítulo tiene como objetivo principal establecer el marco teórico que sustentará el estudio de la infancia en el contexto de la familia. Se abordarán los conceptos básicos de la infancia, la familia y el rol de la familia en el desarrollo del niño. Se explorarán también los factores que influyen en el bienestar y el crecimiento del niño, así como los desafíos que enfrenta la familia en la actualidad.

1.2. LA INFANCIA EN LA FAMILIA

CAPITULO I.

MARCO TEÓRICO

La infancia es el período de la vida que hay que dedicar a la formación y desarrollo de la personalidad y a la adquisición de los conocimientos y habilidades que le permitan al niño enfrentarse a la vida adulta. La familia es el primer y principal agente de socialización del niño, por lo que el rol de la familia en la infancia es fundamental.

Primero se abordará el concepto de familia y su evolución a lo largo de la historia. Se analizará el rol de la familia en el desarrollo del niño, tanto en términos de cuidado y protección, como de socialización y transmisión de valores. Se explorarán también los factores que influyen en el bienestar y el crecimiento del niño, así como los desafíos que enfrenta la familia en la actualidad.

La infancia es un período de la vida que se caracteriza por el rápido crecimiento y desarrollo físico, intelectual y emocional. Durante esta etapa, el niño adquiere los conocimientos y habilidades que le permitirán enfrentarse a la vida adulta. La familia es el primer y principal agente de socialización del niño, por lo que el rol de la familia en la infancia es fundamental.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1. INFANCIA.

“La infancia es un periodo comprendido entre el momento del nacimiento y los 12 años, aproximadamente. Esta primera etapa de vida es fundamental en el desarrollo, pues de ella va a depender la evolución posterior, y sus características primordiales serían los cambios físicos, motrices, capacidades lingüísticas y socioafectivas.”¹

1.1. CLASIFICACIÓN DE LA INFANCIA.

Según Erikson (2000) la infancia se divide en cuatro fases :

- Infancia que abarca de los 0 meses a los 2 años de vida, donde hay que resolver la crisis de confianza vs. Desconfianza y desarrollar la virtud de la esperanza. En esta etapa la relación significativa que tiene el bebé es con la madre y el contacto físico de la madre con el niño es la base del desarrollo de la confianza.
- Primera infancia, dicha etapa abarca de los 2 y 3 años, la crisis de esta etapa es de autonomía vs. Vergüenza y duda, y desarrollará la virtud de voluntad. En esta etapa una vez adquirida la confianza, el niño comienza hacer cosas por sí mismo y no permite que nadie le ayude
- La etapa de juego, que abarca de los 3 a 5 años, donde la crisis que hay que resolver es la de la iniciativa vs. Culpa y se desarrolla la virtud de determinación. La importancia de esta etapa es que el niño aprenda a

¹ Infancia (2001). Enciclopedia Encarta. Microsoft CD-ROM.

planear y lleve a cabo sus actividades, sin temor a que algo le salga mal y sienta culpa por ello o temor al castigo.

- Edad escolar que abarca de los 6 a 12 años, la crisis que ha de resolverse aquí es la de laboriosidad vs. Inferioridad y se desarrolla la virtud de la competencia. El niño en esta etapa suele darle más importancia amigos, maestros y padres; los niños se sienten importantes si tienen responsabilidades u obligaciones, ya que en esta etapa es la prioridad de los infantes hacer las cosas bien. La edad escolar también es conocida como infancia intermedia.

A continuación se describirán los principales aspectos de ésta, dado que el curso - taller esta enfocado en esta etapa.

1.2 INFANCIA INTERMEDIA.

De acuerdo con el tema de investigación, se abarcará la infancia intermedia ya que el curso está enfocado a esta etapa únicamente.

Los años intermedios desde los 6 hasta cerca de los 12 suelen llamarse los años de la escuela, porque es la experiencia central que viven en esta época de su vida, los puntos centrales en este periodo es el desarrollo físico, cognitivo y psicosocial. Los niños logran una mayor competencia en todas las áreas. Crecen más, aumentan de peso y de fuerza; adquieren motricidad para participar en juegos, hay un considerable progreso en el pensamiento lógico y creativo, juicios morales, memoria y lectoescritura.

“Aunque los padres todavía tienen un impacto importante en la personalidad, lo mismo que en los demás aspectos del desarrollo, el grupo de

compañeros influye más que antes. Los niños se desarrollan física, cognoscitiva, emocional y socialmente, a través de los contactos con chicos de su edad.”²

1.3 DESARROLLO DEL NIÑO DURANTE LA INFANCIA INTERMEDIA

El período de desarrollo que va de los seis a los doce años, tiene como experiencia central el ingreso al colegio. A esta edad el niño debe salir de su casa y entrar a un mundo desconocido, donde aquellas personas que forman su familia y su mundo hasta ese momento, quedan fuera. Su éxito o fracaso en este período va a depender en parte de las habilidades que haya desarrollado en sus seis años de vida anteriores. Este hecho marca el inicio del contacto del niño con la sociedad a la que pertenece, la cual hace exigencias que requieren de nuevas habilidades y destrezas para su superación exitosa, y es, a través del colegio, que se le van a entregar las herramientas necesarias para desenvolverse en el mundo adulto.

Por otro lado, la relación con los padres cambia, iniciándose un proceso gradual de independencia y autonomía, y aparece el grupo de pares como un referente importante y que se va a constituir en uno de los ejes centrales del desarrollo del niño en esta etapa.

El desarrollo del niño se puede separar por áreas; sin embargo existe una estrecha relación entre los aspectos intelectual, afectivo, social y motor. Lo que vaya ocurriendo en un área va a influir directamente el desarrollo en las otras, ya sea facilitándolo o frenándolo o incluso anulándolo, y provocando el regreso del niño a conductas o actitudes ya superadas. Según Erikson (citado por Dicaprio, 2001), es la edad en que el niño le da más importancia a la laboriosidad con la que aprende a competir y ser mejor, aprende de los mayores actitudes e ideas.

² PAPALIA D.E., WENDKOS, O.S. DUSKIN, F.R (2001). Psicología del Desarrollo. Colombia Mc Graw Hill, p. 468.

1.3.1 DESARROLLO FÍSICO.

Según Puig y Balés (2000) ,el crecimiento físico, entre los 6 y 12 años, comienza a disminuir su rapidez. En términos generales, la altura del niño en este período aumentará en 5 o 6% por año, y el peso se incrementará en aproximadamente un 10% por año. Los niños pierden sus dientes de leche y comienzan a aparecer los dientes definitivos. Muchas niñas comienzan a desarrollar entre los 9 y 10 años las características sexuales secundarias, aún cuando no están en la adolescencia.

Por otro lado, los niños de esta edad se vuelven más fuertes, más rápidos, hay un continuo perfeccionamiento de su coordinación: muestran placer en ejercitar su cuerpo, en probar y aprender nuevas destrezas. Su motricidad, fina y gruesa, en esta edad muestra todas las habilidades posibles, aún cuando algunas de ellas aún sean ejecutadas con torpeza.

1.3.2 DESARROLLO COGNITIVO.

En el ámbito cognitivo, el niño de seis años entra en la etapa que Piaget (citado por Maier , 2000) ha denominado operaciones concretas. Esto significa que es capaz de utilizar el pensamiento para resolver problemas, puede usar la representación mental del hecho y no requiere operar sobre la realidad para resolverlo. Sin embargo las operaciones concretas están estructuradas y organizadas en función de fenómenos concretos, sucesos que suelen darse en el presente inmediato; no se puede operar sobre enunciados verbales que no tengan su correlato en la realidad. La consideración de la potencialidad (la manera que los sucesos podrían darse) o la referencia a sucesos o situaciones futuros, son destrezas que el individuo logrará al llegar a la adolescencia, al tiempo de llegar a las operaciones formales.

Uno de los principales hitos del desarrollo intelectual mencionado en la Teoría de Piaget, es que el niño alcanza en este período del desarrollo, la noción de conservación, es decir, es la toma de conciencia de que dos estímulos, que son

iguales en longitud, peso o cantidad, permanecen iguales ante la alteración perceptual, siempre y cuando no se haya agregado ni quitado nada.

Existen varios principios que van a caracterizar la forma en que los niños de esta edad piensan (Maier ,2000) :

- **Identidad:** Es la capacidad de darse cuenta de que un objeto sigue siendo el mismo aún cuando tenga otra forma.
- **Reversibilidad:** Es la capacidad permanente de regresar al punto de partida de la operación. Puede realizarse la operación inversa y restablecerse la identidad.
- **Descentrado:** Puede concentrarse en más de una dimensión importante. Esto se relaciona con una disminución del egocentrismo. Hasta los seis años el niño tiene un pensamiento egocéntrico, es decir, no considera la posibilidad de que exista un punto de vista diferente al de él. En el período escolar va a ser capaz de comprender que otras personas pueden ver la realidad de forma diferente a él. Esto se relaciona con una mayor movilidad cognitiva, con mayor reflexión y aplicación de principios lógicos.

En términos generales el niño en esta edad va a lograr realizar las siguientes operaciones intelectuales (Piaget, 2000) :

- Clasificar objetos en categorías (color, forma, etc.), cada vez más abstractas.
- Ordenar series de acuerdo a una dimensión particular (longitud, peso, etc.)
- Trabajar con números.
- Comprender los conceptos de tiempo y espacio.
- Distinguir entre la realidad y la fantasía.

Por otro lado, hay un perfeccionamiento de la memoria, tanto por que aumenta la capacidad de ella, como porque mejora la calidad del almacenamiento

y la organización del material. Se enriquece el vocabulario, hay un desarrollo de la atención y la persistencia de ella, en la tarea. El lenguaje se vuelve más socializado y reemplaza a la acción.

1.3.3 DESARROLLO EMOCIONAL.

La etapa escolar, se caracteriza en lo afectivo, por ser un periodo de cierta calma. La mayor parte de la energía del niño está volcada hacia el mejoramiento de sí mismo y a la conquista del mundo. Hay una búsqueda constante de nuevos conocimientos y destrezas que le permitan moverse en el futuro en el mundo de los adultos.

De acuerdo a la teoría de Erikson (2000) la crisis de esta etapa es Industria vs. Inferioridad, e implica el logro del sentimiento de la Competencia. El tema central es el dominio de las tareas que se enfrentan, el esfuerzo debe estar dirigido hacia la productividad y, por lo tanto, se debe clarificar si se puede realizar este tipo de trabajo. El niño debe desarrollar sus cualidades corporales, musculares y perceptivas, debe alcanzar progresivamente un mayor conocimiento del mundo al que pertenece y en la medida en que aprende a manejar los instrumentos y símbolos de su cultura, va desplegando el sentimiento de competencia y reforzando su idea de ser capaz de enfrentar y resolver los problemas que se le presentan. El mayor riesgo en esta etapa es que el niño se perciba como incapaz o que experimente el fracaso en forma sistemática, ya que esto va dando lugar a la aparición de sentimientos de inferioridad, los cuales van consolidándose como eje central de su personalidad. Los hitos centrales de esta etapa, son el desarrollo del autoconcepto y la autoestima del niño.

a) Autoconcepto

De acuerdo con Tamayo (citado por Thomac,1999), es el sentido de sí mismo. Se basa en el conocimiento de lo que hemos sido y lo que hemos hecho y tiene por objetivo guiarnos a decidir lo que seremos y haremos.

El conocimiento de sí mismo se inicia en la infancia en la medida en que el niño se va dando cuenta de que es una persona diferente de los otros y con la capacidad de reflexionar sobre sí mismo y sus acciones. A los 6-7 años comienza a desarrollarse los conceptos del:

- Yo verdadero, quien soy.
- Yo ideal, quien me gustaría ser, estructura que incluye los debe y los debería, los cuales van a ayudarlo a controlar sus impulsos. Esta estructura va integrando las exigencias y expectativas sociales, valores y patrones de conducta.

Estas dos estructuras en la medida en que se van integrando, deben ir favoreciendo el control interno de la conducta del niño.

b) Autoestima

Para Madrazo (citado por Macias , 2003) la autoestima es la evaluación que una persona hace de sí misma, que implica un juicio de valor y un afecto ya sea positivo o negativo. Esta es la imagen y el valor que se da el niño a sí mismo. Es una dimensión afectiva y se construye a través de la comparación de la percepción de sí mismo y del yo ideal, juzgando en que medida se es capaz de alcanzar los estándares y expectativas sociales. La autoestima se basa en:

- Significación: que es el grado en que el niño siente que es amado y aceptado por aquéllos que son importantes para él.
- Competencia: es la capacidad para desempeñar tareas que consideramos importantes.
- Virtud: consecución de los niveles morales y éticos.
- Poder: grado en que el niño puede influir en su vida y en la de los demás.

Satir (2002), menciona que tener una buena autoestima no significa que la persona nunca pasa por momentos en que se sienta con muy poca valía personal, todas las personas pasan por eso, pero ellas saben que es sólo una crisis

momentánea y tienen la seguridad que saldrán de ella. La opinión que el niño escuche acerca de sí mismo, a los demás va a tener una enorme trascendencia en la construcción que él haga de su propia imagen. La autoestima tiene un enorme impacto en el desarrollo de la personalidad del niño. Una imagen positiva puede ser la clave del éxito y la felicidad durante la vida.

1.3.4 DESARROLLO SOCIAL.

La etapa escolar también está marcada en el área social por un cambio importante. En este período existe un gran aumento de las relaciones interpersonales del niño; los grupos de amistad se caracterizan por ser del mismo sexo. Entre los escolares pequeños (6 y 7 años), hay mayor énfasis en la cooperación mutua, lo que implica dar y tomar, pero que todavía está al servicio de intereses propios (nos hacemos favores). En los escolares mayores (8 a 10 años), la amistad se caracteriza por relaciones más íntimas, mutuamente compartidas, en las que hay una relación de compromiso, y que en ocasiones se vuelven posesivas y demandan exclusividad.

El grupo de pares, en los escolares, comienza a tener una centralidad cada vez mayor para el niño, ya que es en la interacción con ellos donde descubren sus aptitudes y es con ellos con quienes va a medir sus cualidades y su valor como persona, lo que va a permitir el desarrollo de su auto concepto y de su autoestima. Las opiniones de sus compañeros acerca de sí mismo, por primera vez en la vida del niño, van a tener peso en su imagen personal.

El intercambio con los compañeros permite al niño poder confrontar sus opiniones, sentimientos y actitudes, ayudándole a examinar críticamente los valores que ha aceptado previamente como incuestionables de sus padres, y así ir decidiendo cuáles conservará y cuales descartará. Por otro lado, este mayor contacto con otros niños les da la oportunidad de aprender cómo ajustar sus necesidades y deseos a los de otras personas, cuándo ceder y cuándo permanecer firme.

El aspecto negativo en este ámbito es que los niños de esta edad son muy susceptibles a las presiones para actuar de acuerdo con los pares. Esto principalmente afecta a los niños de baja autoestima y habilidades sociales poco desarrolladas. En términos generales, la relación con los pares, contrapesa la influencia de los padres, abriendo nuevas perspectivas y liberando a los niños para que puedan hacer juicios independientes.

Existe consenso en que el logro de relaciones positivas con pares y la aceptación por parte de ellos, no son sólo importantes socialmente para los niños sino también dan un pronóstico acerca de su ajuste social y escolar posterior. El aislamiento social, durante el periodo escolar es un indicador importante de desajuste o trastorno emocional.

Con respecto a los padres, el niño va aumentando su nivel de independencia y distancia, como consecuencia de su madurez física, cognitiva y afectiva. El tiempo destinado por los padres a cuidar a los niños entre 6 y 12 años es menos de la mitad de lo que ocupan cuando son preescolares. Sin embargo, los padres siguen siendo figuras muy importantes; los niños se dirigen a ellos en busca de afecto, guía, vínculos confiables y duraderos, afirmación de su competencia y valor como personas.

Progresivamente, se va tendiendo a una corregulación de la conducta del niño, entre él y sus padres. Éstos realizan una supervisión general en el control, y el hijo realiza un control constante. La eficiencia de esta regulación está determinada por la claridad de la comunicación entre padres e hijos, las reglas claras, sistemáticas y consistentes.

Los profesores comienzan en este período a tener una mayor importancia, se convierten en sustitutos de los padres en el colegio; sin embargo el valor que le asignen al niño va a estar dado por la demostración de sus capacidades. Los profesores imparten valores y transmiten las expectativas sociales al niño y a través de su actitud hacia él, colabora en el desarrollo de su autoestima.

Se ha demostrado que aquellos profesores que muestran confianza en la capacidad del niño, incentivan el trabajo y el desarrollo de potencialidades en el niño, a la vez que favorecen un autoconcepto y una autoestima positivos.

Otro elemento del área social es el juego. El rol del juego es dar oportunidades de aprendizaje. En él, el niño puede ir ganando confianza en su habilidad para hacer una variedad de cosas, entra en contacto con el grupo de pares y se relaciona con ellos, aprendiendo a aceptar y respetar normas. Erikson (2000) El juego ofrece modos socialmente aceptables de competir, botar energía reprimida y actuar en forma agresiva. Durante este período, hay dos tipos de juegos que predominan:

- Juego de roles: (6-7 años) tiene un argumento que representa una situación de la vida real. Se caracteriza por ser colectivo, tener una secuencia ordenada y una duración temporal mayor. Hay una coordinación de puntos de vista, lo que implica una cooperación. El simbolismo aquí se transforma en colectivo y luego en socializado, es una transición entre el juego simbólico y el de reglas.
- Juego de reglas: (8-11 años) implica respeto a la cooperación social y a las normas, existiendo sanción cuando ellas se transgreden. Este juego es el que va a persistir en la adultez.

1.3.5 DESARROLLO PSICOSEXUAL.

La teoría psicoanalítica se refiere primordialmente, al desarrollo emocional del niño, pero han puesto poca atención en los aspectos cognoscitivos, perceptibles, lingüísticos, o del desarrollo comportamental del niño.

Freud (2002) llamó psicosexuales a sus etapas de desarrollo debido a que les asigna un papel preponderante a los instintos sexuales es la formación y desarrollo de la sexualidad, para él, el mejor camino para entender el significado de la sexualidad, particularmente en la infancia y en la niñez, es compararla con cualquier placer sensual.

El desarrollo de la personalidad consiste en el desenvolvimiento o despliegue de los instintos sexuales. Al principio esos instintos están desplegados pero gradualmente se integran y centran en el acto sexual maduro, con base en las zonas del cuerpo que se vuelven focos de placer sexual Freud, definió sus etapas: oral, anal, fálica y genital. Entre las dos últimas etapas existe un período de latencia que no es una etapa de desarrollo psicosexual. El cual se describe a continuación.

- La etapa oral

Durante el primer año de vida postnatal, el origen principal de la búsqueda de placer y al mismo tiempo, de conflicto y frustración es la boca. La diversión que obtiene el niño de chupar, morder, mascar y vocalizar se ve restringida muy pronto por los que lo cuidan, la madre está pendiente cada vez de que el niño se chupa el dedo o mordisquea juguetes. Es criticado y castigado, si no se somete y es recompensado por hacerlo.

- Etapa anal

La etapa anal se extiende desde los 18 meses de edad hasta los tres y medio años, correspondiendo más o menos a la edad de aprendizaje de control de esfínteres.

Durante el período anal, el niño aprende ciertas orientaciones básicas para la vida: la posesión de las cosas y el desprendimiento de las mismas; La zona erógena cambia al esfínter anal y uretral, ahora le provoca placer el retener y expulsar las heces y la orina, De esta manera representa el control de todo, su control, el control del mundo y posteriormente el control del otro. En esta etapa, el niño empieza a tomar en cuenta a los demás.

- La etapa fálica

La etapa fálica tiene lugar entre los tres y los cinco-seis años de edad. Los órganos genitales se vuelven una fuente destacada de placer durante este período. La curiosidad respecto al cuerpo puede comenzar mucho antes; el niño encuentra con asombro sus manos y sus pies, incluso puede descubrir los órganos genitales pero no se convierten en inquietudes sólo hasta la etapa fálica, cuando se hacen mucho más intensas las tensiones y placeres de esa zona del cuerpo. El niño comienza en ese momento a darse cuenta y a comentar las diferencias entre los hombres y las mujeres, su inquietud incrementa de manera significativa si se notan las diferencias anatómicas. Dicha curiosidad es bastante difusa debido a que el niño no conoce todavía a menos que ya las haya observado, las diferencias reales de los órganos genitales masculinos y femeninos.

- Etapa de latencia .

El lapso entre los seis y los doce años de edad aproximadamente, durante el que tiene lugar gradualmente la preparación para la etapa siguiente que es sumamente importante, este período implica la consolidación y la elaboración de rasgos y habilidades previamente adquiridos, sin que aparezca nada dinámicamente nuevo.

El niño mantiene un desarrollo bastante rápido pero los patrones de éste siguen las líneas establecidas en las etapas previas, se aguardan los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que ocurren durante la adolescencia, cuando comienza a surgir nuevas fuentes de placer y por tanto nuevos conflictos y frustraciones, de ahí que Freud (2002) tenga poco que decir sobre el período de latencia.

Está es la etapa en la que se encuentran los niños durante la edad escolar primaria, que abarca de los 6 a los 11 años. Durante este periodo existe una

inhibición sexual, formándose una serie de dique, esto hace que los impulsos se dirijan hacia otra área.

- La etapa genital.

Con la etapa genital empieza la pubertad y constituye el último período significativo del desarrollo de la personalidad, esta etapa abarca de los 12 años en adelante. Su zona erógena es el área genital. Está constituida por la vida sexual de un adulto en donde el placer entra en servicio de la reproducción. El instinto sexual que anteriormente era autoerótico, encuentra el objeto sexual exterior.

La teoría psicoanalítica tiende a proporcionar un cuadro coherente de la sexualidad del niño, sean las que fueren las vicisitudes del ambiente, y considera el proceso del desarrollo como una interacción dinámica entre las necesidades y las pulsiones inherentes al individuo y las fuerzas ambientales, bajo las formas de las normas sociales.

“El desarrollo del niño es como una cadena continua de hechos que se agregan a las adquisiciones anteriores y en parte las reemplaza, la crianza de los niños es un proceso continuo. Todos los momentos que el niño vive en contacto con sus padres ejercen cierta influencia sobre su conducta actual y su posibilidad de acción futura.”³

1.4 DESARROLLO PSICOLÓGICO EN LA ETAPA INTERMEDIA

En la etapa de infancia intermedia, el niño adquiere habilidades y conocimientos que aprende de la escuela y va a depender de su realización satisfactoria de estas que puedan alcanzar una buena autoestima y no sentirse inferiores a los demás, en esta etapa suele determinarse la personalidad del niño, ya que son sobresalientes sus conductas hacia los mayores o compañeros. De acuerdo con Papalia y Cols. (2001), algunos suelen ser mas sociables otros

³ PAPALIA, D. E. , WENDKOS, DUSKIN, F. R. (2001). Psicología del desarrollo. Colombia, Mc Graw Hill, p.468.

retraídos, pueden ser malhumorados, letárgicos, reservados, distraídos, ansiosos, depresivos, agresivos.

“El desarrollo de un niño parece ser un proceso bastante ordenado. Renuncia a modos de conducta que ya no son apropiados y adquiere nuevas formas de acción adecuadas a su edad y condiciones de vida.”⁴

- Desarrollo psicológico del niño de 6 a 7 años.

Hay cambios bruscos. Es una edad poco difícil; el niño se muestra hipersensible e irritable. Se producen cambios en el organismo. Caen los dientes de leche y empiezan a salir los primeros molares definitivos. Todo el organismo se hace hipersensible; son frecuentes las molestias físicas de anginas, pies y piernas, fatiga. Se le darán los cuidados que precise, pero sin sobreprotección pues puede favorecer a la fragilidad. El ejercicio y una buena alimentación lo ayudarán. Se observan cambios bruscos de humor. Hay progresos motrices, se distrae fácilmente, su impulsividad lo hace no percibir los peligros. En esta edad, el niño iniciará su etapa en la escuela, hay que facilitar su adaptación. Sabe conversar con fluidez, muestra interés por los cuentos clásicos y por la naturaleza.

- Desarrollo psicológico del niño de 7 a 8 años.

El niño de 7 a 8 años se muestra más tranquilo que el año anterior; controla más su comportamiento. Muchos de los hábitos los realiza el solo: lavarse, vestirse. Distingue con claridad el lado derecho y el izquierdo; si no es así, se verán complicados los demás aprendizajes. A nivel de inteligencia, hay importantes cambios; alcanza las llamadas “operaciones concretas”, esto significa que se pasa a la reflexión y la comprensión lógica de las cosas.

⁴ PIAGET, J. INHELDER, B. (2000). Psicología del niño. España, Ediciones Morata.p.64.

El niño a esta edad, sabe clasificar y hacer series, así como establecer correlaciones entre dos o más series de objetos. Se desarrolla más la conciencia de sí mismo y la de la conciencia moral. Se siente más responsable de sus acciones y de sus cosas. Participa en el juego de los compañeros de su edad, respetando las reglas establecidas. Domina mejor sus emociones, muestra pudor en mostrar su cuerpo, así mismo, expresa gran interés por todo lo relacionado por el cuerpo.

- Desarrollo psicológico del niño de 8 a 9 años.

Los niveles de madurez, las experiencias y las condiciones familiares marcarán la variabilidad en los niños a esta edad. El niño de 8 años se comporta de forma más independiente y muestra mayor flexibilidad en sus relaciones. Se siente más seguro de sí, y ello le hace acercarse a las cosas con más seguridad.

La responsabilidad de sus actos se va desarrollando cada vez más, muestra gran interés por todos los fenómenos de la naturaleza. Se interesará también por la información de tipo sexual, se desarrolla su razonamiento lógico, se va desarrollando su espíritu crítico, colabora y participa en las tareas de la casa.

- Desarrollo psicológico del niño de 9 a 10 años.

A esta edad las niñas son mucho más maduras que los niños. Dedicar casi el mismo tiempo a hablar que a jugar, se fijan mucho en la ropa que visten, aparece la amiga íntima.

Los niños son diferentes, corren sin parar, hacen rabiar a los grupos de niñas y en el juego prefieren los grupos pequeños a las parejas.

Se comparan constantemente con los demás.

Se va configurando su personalidad, se van viendo con claridad sus cualidades y actitudes.

- Desarrollo psicológico del niño de 10 a 11 años.

La autoridad de los padres deja su protagonismo para dejar espacio a la propia autoridad interna del niño que guiará sus acciones. Muestra entusiasmo por las cosas y una gran cantidad de energía física. A esta edad suele comer bien, su memoria visual está más desarrollada que la auditiva, retener información oral le costará más que la información que ve escrita.

- Desarrollo psicológico del niño de 11 a 12 años.

En esta etapa se inicia la pubertad. En el niño se inician cambios en casi todas las áreas. Sus cambios físicos provocan cambios en las relaciones interpersonales; empiezan a integrarse a grupos heterosexuales a la vez que disminuye su egocentrismo. En el aspecto cognoscitivo, adquiere la capacidad de razonar sobre cosas que no ve, de meditar sobre el pensamiento y de razonar deductivamente.

1.5 EL NIÑO Y LA ESCUELA

Un momento significativo para los niños y los padres, es cuando el niño comienza a asistir a la escuela. La escuela es un lugar distante al hogar, donde el niño va a tener algunos de sus mayores retos, éxitos, fracasos y momentos vergonzosos. Debido a que la escuela está fuera del control de los padres, esto puede causarle estrés al niño y a los padres.

En la escuela el niño aprenderá como funciona el mundo acerca de las interacciones sociales apropiadas y acerca de las personas fuera de su familia. El niño va a aprender sobre sí mismo, sus fuerzas, debilidades, intereses y quién es

él socialmente. El niño va a tener que actuar de una manera como nunca lo ha hecho en casa. El niño tiene que separarse de sus padres, enfrentarse a los retos sociales y académicos y hacer amigos.

El comenzar a asistir a la escuela puede ser divertido, pero también puede causar estrés. Un niño que ya ha tenido experiencia en guardería, puede ser que se sienta más cómodo con el ritual diario de la separación.

El niño asiste normalmente en la tercera infancia a la escuela que abarca de los 6 años de edad y termina con la edad de 12 años, o se prolonga en la pubertad 15 años, tal edad va ligada a la educación básica, que se encarga de suministrar una cultura común; que a su vez va a promover el desenvolvimiento e integración, dándose de manera formativa e informativa, centrándose en la ejercitación de habilidades y transmisión de contenidos incluidos y desarrollados en libros de texto y actividades a fines a estos programas dentro de la escuela. (Macias, 2003) .

1.6 DIFICULTADES EN EL APRENDIZAJE

Unas de las principales categorías dentro de la educación especial son las dificultades de aprendizaje:

Las dificultades de aprendizaje que se entienden como el trastorno de uno o más de los procesos psicológicos básicos relacionados con la comprensión o el uso del lenguaje, sea hablado o escrito, que puede manifestarse como una deficiencia para escuchar, pensar, hablar, escribir, leer, deletrear o realizar cálculos aritméticos, que se origina por problemas preceptuales, lesión cerebral, disfunción cerebral mínima, dislexia y afasia del desarrollo entre otras causas.

Están fuera de este concepto los niños cuyas dificultades en el aprendizaje se deban a impedimentos visuales, del oído, de índole motora, retraso mental,

perturbaciones sociales o emocionales, o bien en situaciones ambientales, como diferencias culturales, instrucción insuficiente o inadecuada y factores psicogénéticos.(Enciclopedia de problemas de aprendizaje,2000).

No todos los casos de niños con problemas de aprendizaje son similares. Las características más comunes son las dificultades específicas que presentan en una o más asignaturas académicas, la coordinación deficiente, el problema para prestar atención, la hiperactividad e impulsividad, los trastornos de pensamientos, memoria, habla y oído y los altibajos emocionales agudos.

Estos niños simplemente no aprenden como los demás ciertas tareas básicas, específicas relacionadas con el desarrollo intelectual y los aspectos académicos; van mal o muy mal en la escuela, los maestros se quejan por su falta de aprovechamiento y los padres se desesperan.

“Según Kirk, una dificultad de aprendizaje se refiere al desorden o desarrollo tardío de uno o más procesos diferentes al habla, el lenguaje, la lectura, la escritura, la aritmética u otras materias escolares y no son, éstas, el resultado de un retraso mental o de privaciones sensoriales o culturales y que mantienen relación con tres planos pedagógico, psicológico y neurológico- como causa de las dificultades en el aprendizaje.”⁵

Un niño con problemas de aprendizaje suele tener un nivel normal de inteligencia, de agudeza visual y auditiva. Su dificultad está en captar, procesar y dominar las tareas e informaciones y desarrollarlas posteriormente. Este niño simplemente no puede hacer lo que otros con el mismo nivel de inteligencia, pues tiene patrones poco usuales de percibir las cosas en el ambiente externo. Para detectar a un niño que está teniendo problemas para procesar las informaciones, según la Disabilities Association of America, citado por Gratch (2003). se debe estar atento a:

⁵ MORENZA, L. (1996). Los niños con dificultades en el aprendizaje. Perú, Educa. p. 11.

- El niño presenta dificultad para recordar lo que alguien le acaba de decir.
- No domina destrezas de lectura y matemáticas.
- Presenta dificultad para distinguir entre derecha e izquierda.
- Tiene tendencia a escribir al revés números y letras.
- Presenta facilidad para perder o extraviar su material escolar, etc.

Así mismo, los niños presentan deficiencias en lectura, omiten e invierten las palabras, invierte números, etc.

Cabe mencionar que una de las dificultades en el aprendizaje es el TDAH, (Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad) que a continuación se describe.

2. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

2.1. DEFINICIÓN.

La palabra Hiperactividad es derivada del vocablo griego "hyper", castellanizado "hiper" se antepone a los niños genios, hiperactivos o malcriados como adjetivos para denotar exceso o superioridad.

"Hiperactivo es, entonces, activo en exceso, superiormente activo o más activo de lo normal."⁶

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un síndrome conductual de origen orgánico (neurobiológico), que se manifiesta con frecuencia en niños y también se diagnostica en adultos. Está caracterizado por distracción moderada a severa, períodos de atención breve, hiperactividad, inestabilidad emocional e impulsividad. Benavides (2003) .

El síndrome fue reconocido primero en la edad infantil pero, a medida que se ha comprendido mejor, se ha observado que puede persistir y manifestarse durante la edad adulta. Históricamente el trastorno ha recibido distintas caracterizaciones e innumerables denominaciones, lo que dificulta las consultas de la literatura especializada. Cabe agregar que el acrónimo inglés ADHD (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder) es ampliamente utilizado para referirse a este síndrome.

La definición oficial, de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades , como aparece en el Manual de Diagnóstico y estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (1994) citado por Gratch, (2003) lo caracteriza como un déficit neurológico, clasificándolo como encefalopatía

⁶ STEVEN, L. J. (2001). Cómo ayudar a los niños con déficit de atención México, Aguilar, p. 29.

metabólica que afecta a la liberación y a la regulación (homeostasis) de sustancias activas neurológicas y al funcionamiento del sistema límbico.

La hiperactividad suele ser uno de los trastornos por los que más se acude a consulta. Suele ser más frecuente en niños que en niñas. Aunque aparece antes de los cuatro años no se llega a detectar antes de la infancia intermedia. El fracaso escolar suele ser una consecuencia de la hiperactividad generado por un trastorno de comportamiento.

Las características principales son dos: excesiva actividad motora e impulsiva (imposibilidad de quedarse quieto en un sitio, imposibilidad de estar sentado, estar siempre en marcha, etc.) y las dificultades de atención (son muy susceptibles a la distracción: no pueden calmarse para concentrarse en una tarea concreta, lo que les supone dificultades, sobre todo cuando comienza su formación de escuela).

2.2 ETIOLOGÍA.

En la actualidad, el TDAH es considerado como un trastorno del desarrollo con base etiológica biológica que se presenta con una marcada predisposición hereditaria con fuertes consecuencias negativas en el ámbito de aprendizaje y la conducta. El grado de intensidad es muy variable. Entre las principales hipótesis, respecto a sus causas, se encuentran:

a) Factor hereditario.

Puig y Balés (2000) así como Avila y Polaino (2002), mencionan que este trastorno es transmitido por los padres del niño que padece el TDAH. Es muy posiblemente que los niños diagnosticados con Déficit de atención con Hiperactividad, tengan un padre, hermano, abuelo u otro miembro de su familia que haya tenido este padecimiento durante su infancia

González (2003) hace referencia a una hipótesis sobre patologías familiares ligadas al trastorno encontrándose una prevaencia de sociopatía, histeria y alcoholismo en los padres y en las madres de los niños que padecen TDAH .

Para Barragán (2001), existen genes que transmiten uno de los padres; en un 50 % ambos padres y en hermanos gemelos idénticos y no idénticos. También pueden presentarse los mismos síntomas argumentando, en un estudio realizado en México, por los doctores Barragán, Garza, Galindo encontraron que el 88 % uno de los padres presentaban los mismos síntomas del niño.

b) Factor neuroquímico.

Otro factor que afecta al niño que padece este trastorno es el neuroquímico o neurobiológico, que de acuerdo con Barragán (2001) y Puig y Balés (2000), se caracteriza por un desequilibrio químico (deficiencia de neurotransmisores), en el lóbulo frontal derecho que es el que se encarga de la atención, planificación y movimiento. La falta de dopamina, que es la sustancia involucrada en la atención provoca la disminución de los periodos de atención, la adaptabilidad emocional para los cambios del exterior y aumenta el movimiento involuntario, por esta razón algunos de los síntomas son: inatención, poca tolerancia a la frustración, facilidad para llorar, desafiantes a la autoridad, impulsividad e hiperactividad.

c) Factor ambiental

De acuerdo con Ávila y Polaino (2002), el medio ambiente que rodea al niño posiblemente tiende a afectar la intensidad de los síntomas; el tipo de dinámica familiar, el de la escuela en la cual el niño se desarrolle, van a ayudar a que los síntomas empeoren si es que la escuela no presta atención a sus necesidades educativas especiales.

d) Otros factores

Por último Barragán (2001), menciona otros dos factores causantes del TDAH .

Alteraciones estructurales: En investigaciones recientes se ha demostrado que existen pequeños volúmenes de ganglios basales y volúmenes menores del lóbulo frontal derecho y la existencia de pequeñas anomalías y sobre regiones del cuerpo calloso.

Alteraciones funcionales: Tienen cabida aquí las alteraciones metabólicas en donde hay una menor utilización de glucosa en las regiones frontales, especialmente en las del lóbulo derecho

2.3 SINTOMATOLOGÍA.

Se manifiestan conductas como en cualquier niño, pero en los niños que padecen TDAH aparecen con mucho más frecuencia e intensidad, ocasionando problemas importantes de aprendizaje y rendimiento escolar, pues debido a su hiperactividad tienen dificultades para mantener la atención mientras realizan una tarea, para mantener el orden en ellas y, en sus cosas, no presta atención a los detalles, presenta dificultades para seleccionar lo principal y lo secundario, generalmente no finalizan las tareas, pierde objetos necesarios o los olvida, etc.

Además pueden presentar otros síntomas como son la necesidad de llamar la atención, aunque sea de manera inadecuada (llorar, patear, hacer payasadas). Con facilidad tienen rabietas y accesos de cólera, así como conductas impredecibles, características que dificultan el que puedan conservar las amistades.

Parecen tener más energía de la normal. Suelen dormir menos horas que los otros niños y raramente manifiestan cansancio físico. Se mueven mucho, tocan todo, se suben a los muebles, no tienen noción del peligro y es fácil que se pongan en situaciones de riesgo.

Como es natural, estas conductas agotan a los padres y maestros, puesto que han de vigilarlos constantemente y a menudo reñirles. Cuando esto ocurre, reaccionan con indiferencia a los castigos y no aprenden de la experiencia.

La acumulación de situaciones relacionales relativas y los bajos rendimientos escolares producen una pérdida importante en la autoestima que genera problemas emocionales importantes como reacciones depresivas, fobia escolar y desinterés para aprender cosas nuevas creándose, así, un mundo circular de retroalimentación que agrava más el déficit que padecen.

El niño que padece TDAH es un niño de crianza difícil que generalmente provoca mucha tensión afectiva en la madre por el apego excesivo que tienen estos niños hacia la figura materna, debido a su inseguridad y baja autoestima, y que a menudo ponen la autoridad y la capacidad de resistencia de la madre al límite.

“Son niños con dificultades para desarrollar ejercicios y que contribuyen a que los demás se equivoquen. Muchos de ellos no logran hasta los 9 o 10 años conducir una bicicleta y su inhabilidad para los deportes es manifiesta, lo cual constituye un movimiento más para que sus compañeros los excluyan de juegos colectivos, la incoordinación para los movimientos finos se descubre fácilmente en la caligrafía.”⁷

Estos niños son especialmente problemáticos. Poseen un espíritu destructivo, son insensibles a los castigos, inquietos y nerviosos. También son difíciles de educar, ya que pocas veces pueden mantener durante mucho tiempo la atención puesta en algo, por lo que suelen tener problemas de rendimiento escolar a pesar de tener un cociente intelectual normal. Son muy impulsivos y desobedientes, no suelen hacer lo que sus padres o maestros indican, o incluso

⁷ VELASCO, F. R. (1990) El niño hiperquinético. México, Trillas, p. 33.

hacen lo contrario. Son tercos y obstinados, a la vez que tienen un umbral muy bajo a las frustraciones, con lo que insisten mucho hasta lograr lo que desean.

“Los rasgos de la hiperactividad son la inquietud, falta de atención, dificultad en el aprendizaje, problemas de conducta, relación falta de madurez, que por lo regular aparece acompañada de un equilibrio afectivo, impulsividad.”⁸

El Trastorno por Déficit de Atención, como se ha visto, se caracteriza por un nivel de atención y concentración insuficiente. En general, presentan estas características en su comportamiento, de acuerdo a los factores que engloba este trastorno .

El DSM-IV (1997), establece tres tipos de este trastorno cumpliéndose las siguientes condiciones para los síntomas de hiperactividad , impulsividad y desatención están presentes antes de los siete años de edad y deben de estar presentes en dos o mas ambientes, en escuela o casa. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

A continuación se describen estos tres tipos y características que señala el Manual DSM-IV para el TDAH.

- Déficit de atención y de concentración:
 - Tiene dificultades para mantener la atención mientras realiza una tarea.
 - Tiene dificultades para mantener el orden en sus tareas y en sus cosas.
 - No presta suficiente atención a los detalles.
 - Presenta dificultades para seleccionar lo principal de lo secundario.

⁸ ÁVILA, C. LORENTE, P. A. (2002). Niños hiperactivos. México, Alfaomega, p.9.

- Generalmente no termina las tareas.
- Pierde objetos necesarios o los olvida.
- Parece no escuchar cuando se le habla.
- Tiene dificultades para prestar atención a dos estímulos a la vez.
- Es olvidadizo

- Impulsividad:

- Generalmente actúa sin pensar.
- Responde precipitadamente a las preguntas o, bien, habla en momento poco oportunos.
- Interrumpe a los otros.
- Tiene dificultades para esperar y guardar el turno.
- Le cuesta obedecer órdenes porque no ha escuchado con atención.
- Tiene poca previsión y presenta dificultad para diagnosticar.

- Hiperactividad:

- Mueve en exceso los pies y las manos.
- Le cuesta permanecer quieto en su asiento y se levanta con frecuencia.
- Va de un lugar a otro sin motivo aparente, corre o salta.
- Tiene dificultad para jugar tranquilamente.
- Se mueve en exceso.
- Habla en exceso.
- Con frecuencia hace ruidos inadecuados con la boca.

2.4 PREVALENCIA.

El problema principal no es la hiperactividad sino la incapacidad para mantener la atención y controlar la impulsividad, dando más importancia a los elementos cognitivos que a los conductuales.

Planteamiento que actualmente se considera válido como se refleja en los dos sistemas de calificación internacional, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) y el Sistema de Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales (CIE-10).

“Según el Manual DSM-IV, la prevalencia del trastorno es de 3%, presentándose con mayor frecuencia en los varones en una proporción de 9 varones por 6 mujeres.”⁹ El 50% mejora espontáneamente en la adolescencia y el resto de los casos persiste aún después de esta edad como TDAH residual.

2.5 DIAGNÓSTICO.

La conducta de un sujeto debe de evaluarse en base a la edad y etapa de desarrollo en la que se encuentra.

Todos los niños son, hasta cierto punto, distraídos, impulsivos e hiperactivos. Antes de los dos años es muy difícil que puedan fijar su atención por mucho tiempo, ya que tienden a pasar de una actividad a otra; esto responde a su inmadurez evolutiva normal, pero esto debe ir desapareciendo después de los dos años, en caso contrario se precisa realizar los estudios diagnósticos para saber a qué se debe su persistencia.

⁹ CASTAÑÓN, M. J. (2005). Taller para el reconocimiento de las manifestaciones psicológicas del déficit de atención con hiperactividad en niños, dirigido a profesores de primaria: una propuesta. Tesina de Licenciatura. México, UVAQ, Pag.37.

El primer paso es el diagnóstico, el segundo consiste en identificar la causa, o las causas que lo ocasionaron y el tercero consiste en buscar cuál podría ser su tratamiento. Es recomendable observar la conducta del niño en casa o en la escuela.

Según Gratch, (2003), como primer paso del proceso diagnóstico es imprescindible realizar una pormenorizada historia clínica a través del interrogatorio a los padres. Es el proceso diagnóstico como una secuencia en la que se deben cumplir los siguientes pasos:

1. Realizar entrevistas diagnósticas.
2. Observar al niño.
3. Evaluar los cuestionarios.
4. Obtener otros datos del colegio (maestros, cuadernos, notas).
5. Administrar tests psicológicos y evaluaciones psicopedagógicas.
6. Efectuar un examen médico y si fueran necesarios estudios complementarios (EEG, radiografías, ECG).

Es importante tomarse un tiempo para integrar los datos recopilados, sistematizándolos. Una vez integrados estos datos, se puede llegar a una conclusión diagnóstica para iniciar el proceso terapéutico que servirá para corroborar el diagnóstico.

Es imprescindible conocer aquellas otras patologías con las que se pueda confundir al TDAH, Según Gratch, (2003), como:

1. Los desórdenes de conducta.
2. Trastornos de aprendizaje.
3. Trastorno negativista desafiante.

Según el DSM-IV(1997), los criterios para el diagnóstico del TDA-TDAH son: desatención, hiperactividad, impulsividad, cada uno con características,

mencionadas anteriormente, que han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

Para precisar el valor de los síntomas es imprescindible la observación directa de la conducta del niño. Al igual que la información que se obtiene en las entrevistas clínicas con los padres y con los maestros, así como con otras personas que atiendan al niño con frecuencia (abuelos, pediatras, cuidadores, etc.), esto se hace con preguntas pautadas por el profesional o con cuestionarios estandarizados para evaluar un posible TDAH.

La evaluación directa del niño por el profesional debe incluir según Barkley, (1999) :

- La observación del juego libre: Permite detectar el nivel de atención continuada en una actividad no pautada así como el nivel de simbolización, capacidad creativa, conflictos emocionales y también la conducta hiperactiva.
- Test proyectivos: Con los dibujos de los test proyectivos como el HTP podremos observar la maduración global intelectual y emocional, el nivel de autoestima, problemas emocionales concretos, problemas de motricidad fina y de distribución espacial. El test del dibujo de la familia (Corman) nos permitirá ver como se ubica el niño en su entorno familiar y como percibe el nivel de conflicto que genera su trastorno en el ambiente familiar.
- Test de evaluación cognitiva: Los test cognitivos nos permite conocer el funcionamiento del niño en cuanto a su nivel de atención y el modo de integrar los aprendizajes. Los más utilizados para detectar el TDAH son: WISC, Test de caras, Test de la figura compleja de Rey, Test de la cancelación rápida de Figuras, Test de Strop, Test de los Diamantes, Test de los números.

El diagnóstico para ser fiable, debe apoyarse en resultados concordantes obtenidos de diferentes fuentes desde una perspectiva multidisciplinaria, los datos obtenidos por los especialistas de distintas áreas (pediatras, psicólogos, neurólogo, etc.) conjuntamente con la información aportada por familiares y maestros debe converger en un diagnóstico común que recoja y demuestre una cantidad significativa de los síntomas básicos que conforman el TDAH.

La herramienta mas reconocida universalmente para el diagnóstico es el uso de cuestionarios para padres y maestros validados estadísticamente sobre 3 síntomas principales: la inatención, hiperactividad e impulsividad (DSM-IV, 2003).

2.6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Para diagnosticar correctamente un TDAH es imprescindible tener en cuenta los diagnósticos diferenciales posibles, ya que se parece o puede encontrarse asociado a otros procesos patológicos.

Según Gratch, (2003) Además de conocer los síntomas deben distinguirse éstos de otros cuadros para evitar diagnósticos confusos o erróneos. Los trastornos más frecuentemente asociados al TDAH son:

- El Trastorno oposicionista desafiante, que se caracteriza por el mantenimiento de una conducta hostil, desafiante y oposicionista con los padres, maestros y con cualquier persona que represente autoridad.
- El Trastorno de Conducta o Trastorno Disocial de Personalidad, el cual se presenta con un patrón recurrente de comportamientos transgresores de las normas y de la autoridad.
- Los trastornos de aprendizaje también son muy frecuentes en niños afectados por TDAH, ya que los problemas de atención dificultan

sobremodera un buen rendimiento escolar, son niños que necesitan un refuerzo escolar continuado.

- Los trastornos del lenguaje asociados al TDAH también son frecuentes, incidiendo sobre todo en lingüísticos. La poca adaptación del léxico a situaciones concretas y la escasa habilidad narrativa son comunes en estos casos.
- Trastornos por ansiedad. La ansiedad en la infancia se presenta mediante estados fóbicos y miedos a situaciones concretas y también como ansiedad de separación.
- Depresión: Los problemas de aprendizaje, el bajo rendimiento escolar y las constantes situaciones de conflicto relacional por las conductas hiperactivas pueden provocar en algunos niños que padecen TDAH baja autoestima, desilusión, escaso interés por el entorno y otros síntomas de cariz depresivo. Si realmente coexisten una depresión con un TDAH debe tratarse primero el trastorno depresivo y cuando se normalice el estado afectivo, abordar el TDAH.
- Enfermedad de Gilles de Tourette. Este síndrome se caracteriza por la presencia de tics de fuerte intensidad, sonidos guturales y coprolalia.

No es suficiente conocer cuáles son los síntomas si no que es necesario poder distinguirlos de otros cuadros cuya apariencia sintomatológica pueda llevar a confusiones.

Se debe tratar de definir cuál es el trastorno primario y cuál o cuáles son los secundarios que dan lugar a diferentes maneras de interactuar y a expresiones sintomáticas lógicamente distintas.

También es importante saber qué otros cuadros pueden “simular” un TDAH, pues es necesario diferenciarlos ya que casi seguramente pueden requerir diferentes tratamientos.

Un niño puede tener TDA/TDAH junto con otros trastornos como dificultades de aprendizaje, ansiedad y alteraciones de estado de ánimo.

Existen muchos problemas con la definición del síndrome. Casi la mitad de los niños con TDA tienen algún problema relacionado cuyos síntomas se pueden confundir, pero que son de otra naturaleza y deben ser estudiados a detalle por los especialistas, ya que no se resuelven con un tratamiento convencional simple para TDA.

No todos los niños con TDA tienen la misma conducta. Hay niños que son poco distraídos, pueden terminar su trabajo en clase y tarea, pero luego reaccionan con mucha hiperactividad. Este es el subtipo TDA con hiperactividad.

Cuando un niño es muy distraído y no termina sus actividades, olvida objetos, pero no es hiperactivo se llama TDA-inatento. Los niños que presentan ambas características se dice que tienen el subtipo TDA-COMBINADO, es decir que son inatentos e hiperactivos.

Es muy importante para el tratamiento y pronóstico de las complicaciones que el especialista determine el subtipo del TDA que presenta el niño.

“Los síntomas del TDA en un niño que empieza con el trastorno son pocos: inatención, incapacidad para concentrarse en una cosa, lo que hace que pierda objetos y no termine una actividad.”¹⁰

¹⁰ ARMSTRONG, T. (2000) Síndrome de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. Estrategias en el aula. España, Paidós. p. 31.

2.6.1 TRASTORNOS ASOCIADOS AL TDAH.

En las últimas décadas se han acumulado evidencias que indican que, en un alto porcentaje de casos, el TDAH se presenta acompañado de un amplio espectro de trastornos psicopatológicos. Este hecho dificulta el estudio clínico del ya de por sí complejo cuadro nosológico de la hiperactividad y plantea la cuestión ineludible del diagnóstico diferencial entre el TDAH y los diversos trastornos con los que puede coexistir, tales como los cuadros de depresión mayor, los trastornos de ansiedad, el trastorno negativista-desafiante, el trastorno disocial, y los trastornos del aprendizaje.

El concepto de comorbilidad no implica necesariamente una relación de causalidad o interdependencia entre los diferentes trastornos coexistentes, sino que hace referencia a una alta probabilidad de asociación de dichas patologías en un mismo individuo (Gratch, 2003).

Aproximadamente entre un 45% y un 65% de niños con TDAH presentan otros problemas de conducta y/o emocionales, como el trastorno disocial, trastorno oposicionista-desafiante, trastornos de ansiedad-depresión, etc. Estos altos índices de comorbilidad han llevado a considerar el TDAH como un trastorno heterogéneo, que suele presentarse acompañado de otros problemas psicopatológicos, los cuales interactúan y modifican el constructo diagnóstico de forma importante, tanto en la fenomenología clínica como en las características psicológicas, en las consecuencias psicosociales, en el curso clínico, en el pronóstico, y en la respuesta al tratamiento de esta compleja asociación.

Desde el punto de vista clínico, los niños que presentan TDAH asociado a otros trastornos revisten mayor gravedad, se ven afectados en más dominios del desarrollo infantil (conducta social, académica, emocional y física), y siguen una evolución más desfavorable que los niños con TDAH sin comorbilidad.

Algunos de los problemas que acompañan al TDAH según el DSM IV (2000), son:

a) Comorbilidad con problemas de conducta.

Cuando el TDAH se asocia al trastorno disocial, tanto los déficit neuropsicológicos (especialmente en el dominio verbal y de memoria) como el pronóstico a medio y largo plazo (en cuanto a uso y abuso de drogas, accidentes de coche, y comorbilidad psiquiátrica adicional) son peores que cuando se presenta el TDAH solo o el trastorno disocial solo. La comorbilidad de ambos aumenta el riesgo de tener familias con una alta incidencia de conductas antisociales, problemas de alcoholismo, conductas adictivas y psicopatología parental (concretamente, esquizofrenia y depresión). Así mismo, es frecuente encontrar altos índices de disfunción familiar (familias uniparentales, divorcios, etc.) y pautas educativas inadecuadas, ya sea por ausencia de supervisión de la conducta de los hijos o por establecer castigos desmesurados de forma azarosa e inconsistente. En estudios de seguimiento se ha argumentado que la aparición de conductas problemáticas en la infancia repercute de forma negativa en el ajuste psicosocial del individuo, y sirven de marcador para identificar niños considerados más vulnerables a presentar conductas delictivas en la etapa adolescente.

b) Comorbilidad con trastornos del aprendizaje

Se calcula que el 10% de la población infantil presenta algún trastorno específico del aprendizaje, y, en el caso de niños con TDAH, esta proporción supera el 50%. La mayoría de los niños con TDAH presentan un bajo rendimiento escolar: alrededor del 35% repiten curso debido, en parte, a sus dificultades atencionales y a su falta de hábitos de estudio. Los niños que presentan ambas patologías tienen mayor riesgo de fracaso escolar, aún aquellos que tienen un elevado cociente intelectual.

Los trastornos de aprendizaje, concretamente los problemas de lecto-escritura, que son los más frecuentes entre este tipo de niños, suelen acompañarse inicialmente de un retraso en la adquisición del lenguaje, dificultades para retener la información auditiva, e importantes dificultades en la pronunciación y la decodificación de la palabra escrita. Los niños con problemas de lecto-escritura suelen ser niños lentos en la adquisición de las habilidades lecto-escritoras debido a dificultades en la decodificación y retención de la información escrita, sin que presenten dificultades en la comprensión. Es un estudio con 300 escolares con problemas de lenguaje, el 53% de los casos cumplían criterios para el TDAH y en otro estudio epidemiológico con una muestra psiquiátrica, la asociación de TDAH y problemas de aprendizaje llegó al 63.6%.

Los síntomas primarios del TDAH pueden provocar la aparición de trastornos del aprendizaje. Por el contrario, otros autores afirman que son las dificultades de aprendizaje las que llevan a los alumnos a manifestar falta de atención e hiperactividad. Algunos señalan que son trastornos independientes pero comparten importantes factores biológicos y/o ambientales, mientras que otros señalan causas distintas en el origen de ambos.

Morena,(1996), ha hallado que los niños con trastornos del aprendizaje de la lectura o con TDAH presentan problemas cognitivos distintos que pueden dar lugar a una manifestación conductual similar; por ejemplo, no finalizar las tareas escolares. En particular, se señalan las dificultades en la resolución de problemas, en la organización del material, en la elección de las estrategias mnemotécnicas, y en el mantenimiento del esfuerzo en aplicar estas estrategias, como características principales de los niños con TDAH, mientras que los niños con problemas de aprendizaje de la lectura pueden presentar problemas en el procesamiento fonológico, en la estructuración sintagmática, en la organización semántica estructural y dificultades en la estructuración del discurso.

c) Comorbilidad con trastornos de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad engloban un grupo diverso de patologías que se caracterizan por la presencia de temores, preocupación excesiva y recurrente, episodios agudos de ansiedad y evitación fóbica.

Se calcula que entre un 8% y un 21% de la población infantil presenta algún tipo de trastorno de ansiedad, que, por lo general, sigue un curso crónico y persistente a lo largo del ciclo vital del niño. El TDAH se asocia al trastorno de ansiedad en un 20% de los casos. Cuando se presentan juntos el TDAH y el trastorno de ansiedad de separación, se incrementa el riesgo de desarrollar fobia escolar. (Gratch, 2003).

d) Comorbilidad con trastornos del estado de ánimo.

Resulta complicado definir los trastornos del estado de ánimo en la infancia y la adolescencia, debido a que en esta etapa evolutiva se producen muchas variaciones en el estado de ánimo del niño. Es habitual la presencia de episodios de tristeza, así como sentimientos de culpabilidad y expresiones de irritabilidad u oposición. Los trastornos del estado de ánimo en la infancia se caracterizan por la presencia de tristeza o irritabilidad persistente, acompañada, en ocasiones, de una pérdida de interés por casi todas las actividades que realizan, disminución de la concentración, sensación de cansancio físico, cambios en el patrón de sueño y alimentación, así como presencia de quejas somáticas. (Gratch, 2003).

La sintomatología de los trastornos depresivos puede variar en función de la edad. Así, se constata que en la edad preescolar (antes de los 6 años) es más frecuente encontrar rechazo del juego, agitación, timidez, rabietas, encopresis, insomnio, hiperactividad, dificultades para alimentarse y otros síntomas somáticos. En la edad escolar (de los 6 a los 12 años) se aprecia irritabilidad, inseguridad,

resistencia a jugar, dificultades en el aprendizaje, timidez, enuresis, encopresis, onicofagia, terrores nocturnos, rabietas y síntomas psicossomáticos.

Los síntomas principales del TDAH empeoran significativamente cuando se acompañan de un cuadro de depresión. Numerosos estudios indican que los niños con ambas patologías tienen mayor carga hereditaria, responsable de la manifestación de ambos trastornos.

Se calcula que entre un 20% y un 30% de los niños con TDAH presentan, en algún momento, cuadros de depresión mayor. Este grupo suele presentar peor opinión sobre sí mismo y menor autoestima.

Los resultados más recientes de los estudios de seguimiento a largo plazo de grandes grupos de niños con TDAH muestran que los patrones de comorbilidad se mantienen relativamente estables en el mismo individuo a lo largo de los años, y que la presencia de comorbilidad complica el pronóstico, tanto desde el punto de vista de logro académico como desde el funcionamiento psicossocial.

La asociación entre el TDAH con otras entidades diagnósticas permite delinear distintos subgrupos de niños con TDAH, con diferente evolución y pronóstico DSM IV ,(2000):

- La asociación del TDAH con trastornos de conducta en la infancia aumenta el riesgo de conducta antisocial, abuso de alcohol o drogas en la adolescencia.
- La asociación con depresión mayor en la infancia anticipa una mayor incidencia de conducta oposicionista y depresión mayor.
- La comorbilidad con trastornos de aprendizaje incrementa el riesgo de fracaso escolar.
- La persistencia de estos trastornos comórbidos, a lo largo de los años, apoya fuertemente la hipótesis actual que indica que los mismos

constituyen verdaderos cuadros psicopatológicos asociados y no meros epifenómenos del TDAH.

Los subgrupos de sujetos con TDAH, delineados sobre la base de la comorbilidad, pueden tener factores de riesgo, curso clínico, factores neurobiológicos y respuesta farmacológica diferentes.

2.7 PRONÓSTICO.

Según Amar (citado por Velasco, 1990), el entorno familiar del niño no es la causa de que padezca TDAH, pero sí que es significativo para la evolución y el pronóstico de este trastorno. La interacción en un ambiente familiar difícil y las conductas características de TDAH producen agravamiento.

Por otro lado, el pronóstico puede darse según la etapa por la que atraviesa el sujeto:

a) En la infancia.

Los niños diagnosticados con TDAH desde pequeños han sido inquietos, muy impulsivos, desobedecen normas, hacen rabieta. A partir de los seis años ponen de relieve estos problemas que ocasionan el TDAH, también en la escuela y debido a la comparación que el mismo niño hace entre su rendimiento escolar y el de sus compañeros, la frustración por sus malos resultados aunada a su daño narcisista que ello ocasiona, produce un deterioro de su autoestima.

Muchas veces intenta llamar la atención aumentando las conductas conflictivas desarrollando roles que les den "fama especial", por ejemplo, desafíos que ponen en peligro su integridad física, hacer payasadas, decir palabras soeces, etc.

En los casos del TDAH moderado y grave, el pronóstico de los niños no tratados es malo, ocurriendo fracasos y deserción escolar que, a su vez, desencadena depresiones en el niño o conducta agresiva y antisocial.

Algunos niños con síntomas leves pueden mejorar mucho con cambios importante en el manejo en casa. (Barkley, 1999).

b) En la adolescencia.

Durante el periodo de la adolescencia los conflictos propios de esta etapa, debido a los importantes cambios y duelos que el adolescente debe afrontar, se vive con más desorden y dramatismo si el adolescente padece TDAH y arrastra desde la niñez un cúmulo de problemas y fracasos en el ámbito escolar.

La vulnerabilidad propia del adolescente que propicia conductas de riesgo junto a la iniciación, muchas veces precoz, en posibilidades y experiencias nuevas (relaciones sexuales, consumo de alcohol y drogas).

La rebeldía natural del adolescente y los rasgos opositoristas tan intensos propios del TDAH, dificultan el abordaje terapéutico porque el adolescente puede vivirlo como una forma de sometimiento a la autoridad, por eso el TDAH se debe tratar terapéuticamente antes de iniciarse la adolescencia. (Barkley, 1999).

c) En el adulto.

En la vida adulta el TDAH se presenta como una afección residual. Para un diagnóstico fiable de este trastorno en un adulto es imprescindible que la sintomatología esté presente desde la infancia, tanto sea recibido el tratamiento por esta cuestión o no, y que se haya mantenido a lo largo de su vida.

Los síntomas observables en edad adulta que indican la posibilidad de un TDAH residual son las siguientes:

- Trastornos de la atención.
- Impulsividad.
- Dificultades de organización.
- Hiperactividad.
- Alternaciones en la conducta social y laboral.
- Problemas importantes en las relaciones interpersonales.
- Trastornos de la afectividad.
- Intolerancia al estrés.

Los adultos con TDAH residual son menos capaces de organizar positivamente sus tareas cotidianas, de relacionarse bien con sus hijos, de distribuir su dinero, de conservar su trabajo y normalmente presentan un nivel de conocimientos más bien bajo debido a las muchas dificultades de aprendizaje que han sufrido. (Barkley, 1999).

2.8 TRATAMIENTO.

La complejidad de un trastorno como es el TDAH requiere, la mayoría de las veces, un abordaje multidisciplinario que garantice un control eficaz y un tratamiento adecuado de todos los aspectos que componen el trastorno.

La complejidad del tratamiento requerido puede hacer que daban coexistir la administración de fármacos y el tratamiento psicoterapéutico, así como el asesoramiento psicológico para los padres y muchas veces también debe aplicarse un tratamiento psicopedagógico para las dificultades de aprendizaje, así mismo puede ser útil un tratamiento logopédico si existen unas dificultades específicas del lenguaje propiciadas por el TDAH. (Gratch, 2003).

a) Tratamiento Farmacológico

Según García y García (1999), algunas formas leves del TDAH se pueden controlar con tratamiento no farmacológico, sin embargo, los estudios indican que el tratamiento más eficaz es una combinación de una medicación y psicoterapia conductual con entrenamiento a los padres y apoyo en el colegio.

El medicamento principal para el tratamiento del TDAH es el Metilfenidato. Hay otros fármacos estimulantes como la dextroanfetamina, el Adderal y la Pemolina, pero aún no están disponibles en el mercado español. El metilfenidato es un estimulante que mejoran tanto la hiperactividad como la inatención en niños con TDAH. Se tienen más de 60 años de experiencia con éste fármaco, y más de 150 estudios en diversos países confirman que es un fármaco eficaz y seguro en el tratamiento de niños con TDAH. Como es un estimulante puede producir algunos efectos secundarios generalmente leves y fácilmente reversibles bajando la dosis, como disminución del apetito, o disminución del sueño (la última dosis no debe darse más tarde de las 4 o 5 de la tarde). En niños con historia de Tics motores, a veces empeoran los tics con metilfenidato. El efecto del metilfenidato es rápido, por lo que en unos pocos días se puede notar una mejoría, pero la medicación debe tomarse dos veces al día (por la mañana y al mediodía o a la hora de comer), ya que el efecto es corto. Debe tomarse todos los días, no sólo cuando hay colegio, y también en el verano, porque si no el comportamiento es malo durante los fines de semana o las vacaciones. Además los niños no sólo aprenden en el colegio, sino en cualquier situación.

La atomoxetina es un nuevo medicamento no derivado anfetamínico eficaz en el tratamiento del TDAH. Tiene un efecto que dura todo el día y puede administrarse en una sola toma por la mañana. Además no tiene potencial de abuso, puede mejorar la ansiedad y no empeora los tics.

Hay otros medicamentos como antidepresivos tricíclicos (imipramina), el

antidepresivo bupropion y la clonidina que también son útiles en niños que no responden o no toleran el metilfenidato, pero en general suelen mejorar más la hiperactividad y no tanto la inatención, y tienen otros efectos secundarios. Se están investigando otros fármacos nuevos que no sean estimulantes y que tengan una acción más mantenida durante el día. La Clínica Universitaria de Navarra (Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, citado por (Gratch, 2003), está participando éstos estudios internacionales de nuevas medicaciones en el TDAH.

b) Tratamiento no farmacológico

- El tratamiento no farmacológico implica varios tipos de psicoterapia: psicoeducación y entrenamiento a los padres para controlar el comportamiento del niño, terapia familiar e individual que reduce el stress en la familia debido a la enfermedad del niño, y apoyo en a escuela en las áreas donde el niño está más necesitado. A nivel escolar no se precisa hacer una disminución de la exigencia, pero hay estrategias que mejoran la eficacia del niño a la hora de obtener mejores resultados. A veces se debe organizar las tareas del niño de forma secuencial, ya que él no se puede organizar sólo. Se premian y reconocen los comportamientos positivos en casa y en el colegio, con el llamado sistema de puntos.

- Guía para padres

Ante cualquier dificultad que uno mismo, o alguna persona con la que interactuamos padezca, es necesario que aceptemos a esa persona tal cual es. Esto implica reconocerla tal cual es con su trastorno y comprender los efectos negativos y positivos que esa alteración ejerce sobre la conducta.(Gratch, 2003).

Existen ideas orientativas para que los padres reaccionen adecuadamente en situaciones de conflicto o bien poder prevenir que ocurran dichas situaciones. (Rief, 2000):

- Las órdenes y normas deben ser simples y claras.
- Los planteamientos deben ser concretos y específicos.
- Cuando se hable al niño debe producirse también contacto visual.
- No deben darse demasiadas instrucciones a la vez.
- Si es necesario deben repetirse las instrucciones y pedir al niño que las repita también para asegurarse de que ha escuchado y comprendido.
- Cuando se hable al niño debe haber un ambiente tranquilo, sin ruidos ni interferencias (TV, radio, música, etc.)
- Los hábitos cotidianos deben estar organizados como sea posible.
- Nunca se debe recurrir al castigo físico. Esto sólo produce resentimiento y agrava la comunicación.
- Si el niño se comporta mal debe quedarse aislado en su habitación o en un lugar semejante para que se tranquilice. Debe decirsele que no es un castigo sino un método para rebajar la excitación.
- Una acumulación de castigos hace que pierda eficacia y que la autoestima del niño quede muy mermada al verse castigado con tanta frecuencia.
- Deben hacerse valer los resultados positivos y los logros que el niño consigue para que entienda que también puede hacer cosas correctamente.
- Debe premiarse no sólo los resultados positivos sino también el esfuerzo y la intención que ha puesto el niño de su parte.
- No se debe proteger a los niños de las consecuencias de sus conductas conflictivas pues así los niños no aprenden a controlarlas.
- Debe permitirse a los hijos que aprendan de la experiencia aunque sea por medio de situaciones negativas.
- Deben de proporcionársele al niño pautas y ayudas concretas que le enseñen a organizarse y a responsabilizarse de sus cosas y sus tareas.

Así mismo sucede con los maestros, ya que éstos suelen ser las personas que más horas pasan con el niño diariamente durante el curso escolar.

Este hecho hace que puedan conocer bien no solo las capacidades cognitivas del niño sino también su personalidad.

La ayuda que puede prestar un maestro a un niño con TDAH es sumamente importante y valiosa, tanto para detectar un diagnóstico precoz como en la manera de tratarlo en clase y de ayudarlo a adaptarse a la escuela.

Algunas ideas que pueden ser de utilidad según Rief (2000):

- Debe mantenerse el orden y la rutina en clase y las normas deben ser detalladas con claridad.
- Debe de llamarse la atención cuando no siga el orden y las normas pero también reconocérsele el esfuerzo y el logro cuando lo haga bien.
- Deben fragmentarse las tareas si son demasiado largas para no saturar el nivel de atención.
- Las tareas para los niños con TDAH deben ser cortas y simples.
- En las tareas debe de especificarse al niño qué es lo principal y qué es lo accesorio si él no sabe distinguirlo
- El niño debe sentarse en la primera fila para poder controlar si presta atención o se ha perdido. También para controlar su conducta.
- Si es necesario sacar al niño fuera de clase para rebajar el nivel de excitación debe hacerse, pero no como un castigo.
- No debe avergonzarse ni humillar al niño con TDAH con comentarios que rebajen su autoestima, ya que no se modificará su conducta y estará más perdido y desanimado.

Además debe tenerse en cuenta que el TDAH puede estar acompañado de otros problemas psiquiátricos como depresión o ansiedad, que también requieren

atención. La comunicación entre padres, médicos (pediatra, psiquiatra infantil), psicólogos y profesores debe ser fluida y coordinada, para presentar todo el equipo una idea homogénea al niño, y que no detecte fisuras o desacuerdos en el equipo.

c) Tratamiento Psicológico.

La indicación de psicoterapia es primordial en los niños que sufren una disminución de su autoestima y se sienten diferentes y acomplejados a causa de sus problemas. En ésta, se ofrece un espacio para que el niño pueda organizar su pensamiento y pueda establecer una mejor percepción de sí mismo.

d) Terapia conductual

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una condición neuropsicológica, en gran medida hereditaria, que disminuye la capacidad del niño, adolescente o adulto para autorregular la atención o la actividad física e impulsividad, o ambas. Es necesario entender dos hechos fundamentales acerca del TDAH que tienen implicaciones serias para su tratamiento. El primero es que el TDAH es una condición heterogénea que puede estar acompañada de otros trastornos psiquiátricos, así como dificultades neuropsicológicas, comunicológicas, motrices, académicas y sociales. Estas dificultades pueden afectar el desarrollo psicosocial de la persona a lo largo de la vida (Barkley, 2006). Por tal razón, el tratamiento de las personas con esta condición necesita estar dirigido a sus necesidades particulares, tomando como base una evaluación multidisciplinaria y abarcadora de él o ella y de su entorno. No se puede hablar de “un tratamiento” para esta condición sino de un programa de tratamiento abarcador que debe incluir uno o más de los siguientes:

1. La educación de la persona afectada, sus familiares y maestros acerca de la naturaleza del TDAH y su tratamiento.

2. Terapia o modificación conductual en el hogar y en la Escuela.
3. Farmacoterapia.
4. Intervenciones dirigidas a remediar las dificultades en el lenguaje, en la motricidad, en el aprendizaje o psicológicas que pudieran estar presentes.
5. Adaptación o revisión del programa escolar, conjuntamente con el desarrollo de una comunicación efectiva entre padres y maestros.

El segundo hecho es que aunque la terapia conductual y la farmacoterapia son los componentes de tratamiento que producen el grado mayor de mejoría en los síntomas, no se han encontrado tratamientos que “curen” el TDAH. La mayoría de las personas continúa presentando el trastorno o síntomas importantes del mismo, en la adultez (Barkley, 2006). Por tal razón, el objetivo general del programa de tratamiento debe ir más allá del control o supresión de los síntomas del TDAH y estimular el desarrollo psicológico saludable de la persona. Este objetivo se logra trabajando con las fortalezas, desarrollando habilidades y enseñando a manejar la condición.

Cuando hablamos de modificación conductual nos referimos a la utilización de principios básicos del aprendizaje con el propósito de enseñar nuevas conductas o de motivar cambios en el comportamiento. Dado el alto grado de influencia neurobiológica en el TDAH, estos principios pueden ser utilizados para reducir y manejar la inatención, la impulsividad y la hiperactividad pero no para “eliminarlos”. Los principios sí pueden ser utilizados para modificar problemas de conducta asociados al trastorno, tales como negarse a cumplir con las reglas establecidas, desobedecer, molestar o agredir a otros, para cumplir con las responsabilidades en el hogar y terminar tareas escolares, entre muchas otras cosas.

e) **Terapia de aprendizaje**

El objetivo de una intervención especializada es ayudar al niño o adolescente a superar sus dificultades y al mismo tiempo potenciar sus capacidades. En el caso de quienes presentan TDAH el objetivo no varía. Como en cualquier intervención las formas de apoyo son muchas y es común escuchar, de los padres, grandes dilemas en relación al tipo de apoyo a elegir para sus hijos.

Los niños y adolescentes con TDAH no siempre necesitan un apoyo adicional o una intervención especializada, el TDAH no es un problema de saber qué hacer, sino que es un problema para hacer aquello que se sabe.

Algunos niños con TDAH, como cualquier otro niño, presentarán alteración en el lenguaje, otros presentarán dificultades en el proceso de aprendizaje de la lecto-escritura, otros manifestarán gran dificultad para organizar horarios y actividades; y así, la lista de dificultades que se puede elaborar resulta casi infinita. Por lo tanto, es necesario que los padres se informen, con la ayuda de un profesional y determinen si el niño requiere o no de un apoyo y en el caso que lo necesite, determinar con exactitud el tipo de apoyo ideal; es decir, elegido en estricta relación a las necesidades del niño. Es recomendable que los padres se aseguren que el profesional conozca del trastorno, ello en vista de la desinformación o extendida información errada sobre el mismo.

La búsqueda de ayuda profesional suele iniciarse por la recurrente experiencia de fracaso que experimentan los padres en el proceso de educar y criar a sus hijos con TDAH. Los padres han de cumplir una doble función en relación a sus hijos, tienen la obligación de criarlos (entendiéndose por crianza el proceso de instruir para la vida, brindando soporte emocional y normas y hábitos de comportamiento) y de educarlos, es decir, ofrecerles acceso al conocimiento. (Morenza, 1996).

La terapia de aprendizaje parte de una evaluación en la cual se determinan las áreas potenciales del niño y los aspectos donde presenta alguna dificultad. Estas terapias tienen objetivos concretos y metas claras a lograr; el tiempo de duración de las mismas dependerá de la magnitud de las dificultades del niño, pero no deben ser eternas.

Cuando un niño no logra ser un buen estudiante ya sea porque tiene dificultades para mantener el ritmo de sus compañeros, para aprender a leer, para enfrentar problemas del cálculo o porque no tiene técnicas para estudiar y estrategias para aprender o por algún problema similar, asiste a una terapia de aprendizaje, la cual debe estar siempre a cargo de un especialista. Este profesional comúnmente atiende en un centro o consultorio privado, lo que implica que el niño se moviliza de su casa hacia este lugar donde probablemente las reglas sean muy claras y él las aprenda y cumpla con menor dificultad que en casa. Regularmente, son dos sesiones de terapia por semana.

La terapia de aprendizaje tiene algunas ventajas: focaliza los esfuerzos en el origen del problema, fomenta el trabajo multidisciplinario promoviendo la participación de los profesionales relacionados, el colegio y la familia, y está a cargo de un profesional informado que conoce sobre el TDAH; lo cual no solo favorece el proceso de intervención en el aprendizaje del niño sino que también permite a los padres intercambiar información y resolver dudas. Esto nos lleva a un punto importante que es el ser conscientes de que la terapia de aprendizaje es de índole educativa y no de crianza.

2.8.1 INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA.

Tal vez al niño con TDAH se le recomiende medicamento, lo cual puede resultar útil, pero no debe ser nunca la única forma de tratamiento en el niño.

Conviene buscar terapia si los temores y el apego son persistentes o severos. Si el niño de todos modos rechaza la escuela, si hay comportamiento agresivo, ansiedad, tristeza o problemas en sus relaciones con los demás, es probable que necesite de ayuda multidisciplinaria.

Ante niños clasificados con este rótulo, no basta con limitarse a observar a través del lente de un paradigma biológico; al contrario, se debe ver en su totalidad, en el marco de su psicología, personalidad, género, nivel de desarrollo, estilos de aprendizaje, antecedentes educacionales, origen cultural y medio social si se quiere comprender la naturaleza de su conducta y determinar qué instrumentos, enfoques y métodos pueden ser los más eficaces para ayudarlo.

“Para ayudar al niño con TDH/TDAH el medio más eficaz es a través del lente interdisciplinario, tanto en la etapa del diagnóstico como en el tratamiento. Es una labor de equipo que incluye no sólo al médico, sino también al psicólogo, al asistente social, el docente, el especialista en aprendizaje, los padres y las autoridades escolares, en donde cada especialista hace su aporte desde su propia área de experiencia para diseñar un plan de tratamiento coordinado que abarque el mundo total del niño, tanto en su escuela como en el hogar.”¹¹

La conducta de un sujeto debe evaluarse en base a la edad y etapa del desarrollo en la que se encuentra. Todos los niños son hasta cierto punto distraídos, impulsivos e hiperactivos.

Antes de los dos años es muy difícil que puedan fijar su atención en una sola actividad por mucho tiempo, ya que suelen pasar constantemente de una a otra. Esto responde a su inmadurez evolutiva normal, pero va desapareciendo después de esta edad. En caso contrario se tienen que realizar los estudios diagnósticos para conocer los motivos de la persistencia de dicha conducta. Es recomendable observar la conducta del niño y en la escuela.

¹¹ ARMSTRONG, T. Op. Cit. P. 61.

CAPÍTULO II.

**EL CURSO- TALLER PARA EL
RECONOCIMIENTO DE LAS
MANIFESTACIONES
PSICOPEDAGÓGICAS
DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON
HIPERACTIVIDAD DIRIGIDO AL
EQUIPO INTERDISCIPLINARIO
DEL CAM DE LA
PIEDAD, MICHOACÁN .**

CAPÍTULO II. EL CURSO-TALLER PARA EL RECONOCIMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES PSICOPEDAGÓGICAS DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD DIRIGIDO AL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DEL CAM DE LA PIEDAD, MICHOACÁN.

1. CENTRO DE ATENCIÓN MÚLTIPLE DE EDUCACIÓN ESPECIAL (CAM).

1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS

El servicio del Centro de Atención Múltiple de Educación Especial de la Piedad, Michoacán, inició con el apoyo de la Presidencia Municipal donando una hectárea de terreno, ubicado en el Km. 4.5 carretera la Piedad-Numarán formándose un patronato proconstrucción, constituido por Autoridades Municipales, Educativas y de Padres de Familia.

Las inscripciones de niños y jóvenes con diversas discapacidades se realizaron en las oficinas del DIF Municipal durante los meses de noviembre y diciembre de 1985, para presentar la necesidad del servicio al Departamento de Educación Especial, promocionando el servicio a través de los medios de difusión de la localidad. Captando una población escolar de 75 alumnos.

En el mes de enero de 1986 se empezó el trabajo en las Instalaciones del Jardín de Niños Federal " María Elena Chanez " con el siguiente personal:

- 1 Directora.
- 2 Docentes.
- 1 Psicóloga.
- 1 Terapeuta de lenguaje.
- 1 Trabajadora social.
- 1 Secretaria.
- 1 Niñera.
- 2 Intendentes.

La población inscrita requería ser atendida en las áreas de:

- . Deficiencia mental.
- . Trastornos neuromotores.
- . Audición y lenguaje.
- . Problemas de aprendizaje.
- . CECADEE.

Se fue incrementando el personal hasta contar con 17 recursos humanos (4 docentes, 2 instructores y 1 intendente más).

Al principio fue difícil brindar la atención a los alumnos; primero por la falta de capacitación del personal y la diversidad de discapacidades, aunado a ello las instalaciones y mobiliario inadecuados para los 87 alumnos que se atendían. El 14 de Mayo de 1986 CAPFCE entrega la primera etapa que fue de tres edificios contando con la presencia de autoridades Municipales y Educativas; uno con oficinas administrativas, biblioteca, intendencia, bodega y dos anexos de baños. El segundo con: 3 aulas, un mini hogar, espacio para el médico y enfermera, baños y bodega. El tercer edificio con: 3 aulas, 9 cubículos y una sala de espera. Fue dotado de mobiliario y equipo suficiente.

El 27 de junio del mismo año fue inaugurado formalmente El Centro de Atención Múltiple de Educación por el entonces gobernador del Estado Ing. Cuauhtémoc Cárdenas Solórzano, y representando a las Autoridades Educativas el Jefe de Departamento de Educación Especial C. Dr. Sergio Sánchez Rodríguez. Al acto también asistieron autoridades del Gobierno Municipal, distinguidos empresarios, representantes de la Salud Pública e invitados especiales así como los medios de comunicación escrita. Se realizó la primera clausura de actividades causando un impacto a los asistentes al confirmar la imperante necesidad de proporcionar atención a esta población de niños y jóvenes con necesidades educativas especiales.

En el mes de noviembre de 1987-1988 se crea un grupo periférico de educación especial en Purépero, Michoacán, para entonces la población escolar se incrementó y se abrió otro grupo más durante el ciclo escolar 1989 – 1990. Por la carencia de materiales didácticos y de oficina en 1988 se forma un patronato integrado por padres de familia y registrado en la SHCP con el cual no hubo una respuesta positiva por falta de sensibilización en los empresarios. (Proyecto escolar C. A . M . E. E. 2006).

Actualmente el Centro cuenta con siete edificios y un tanque terapéutico. Se atienden a un total de 180 alumnos en las diferentes áreas de atención contando con una plantilla de personal de 27 elementos docentes, especialistas, administrativos e intendencia, teniendo una gran aceptación a nivel Estatal y Federal.

1.1.2 MISIÓN

Atender a niños y jóvenes con necesidades educativas especiales, propiciando su desarrollo integral, el acceso, permanencia y egreso del sistema educativo especial y/o regular, favoreciendo la integración en los ámbitos, familiar, social y laboral.

2. CURSO-TALLER PARA EL RECONOCIMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES PSICOPEDAGÓGICAS DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD DIRIGIDO AL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DEL CAM DE LA PIEDAD, MICHOACÁN.

2.1 OBJETIVOS.

a) Objetivo general:

Promover en el personal del centro CAM, el conocimiento del cuadro clínico; diagnóstico e intervención en el alumno con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad para un abordaje multidisciplinario.

b) Objetivos específicos:

- Ampliar el conocimiento al personal multidisciplinario sobre el Trastorno del Déficit de Atención con Hiperactividad.
- Identificar los principales tipos y síntomas del Trastorno Por Déficit de Atención con Hiperactividad.
- Identificar las características que puedan confundir a los especialistas en el Diagnóstico en el alumno con probable TDAH.
- Conocer y manejar algunos instrumentos de apoyo en la evaluación del alumno con probable TDAH.
- Promover el trabajo colaborativo en el alumno con el TDAH.
- Aproximarse al conocimiento de los diversos métodos y tratamientos y técnicas utilizadas en la intervención en niños con TDAH.

2.2. INDICACIONES GENERALES PARA EL CURSO TALLER.

Este curso taller está diseñado para el Centro de Atención Múltiple de Educación especial de la Piedad, Michoacán, pero que puede adaptarse a cualquier centro o escuela que cuente con un equipo de apoyo multidisciplinario. El curso –Taller se basará en su objetivo general y sus objetivos específicos.

El curso se impartirá por la Lic. En Psicología Alejandra Patricia Paniagua Bastien, que labora en el Centro de Atención Múltiple de Educación Especial, en La Piedad Michoacán, conocido como Escuela “Los Ayala”.

La duración del curso – taller será de dos meses y medio aproximadamente siendo una sesión por semana en los espacios de las reuniones técnicas calendarizadas todos los viernes. Tiene la variante de darse como intensivo cuya duración sería de once días. Esto dependerá del modo en que el facilitador se adapte a las indicaciones, temas y dinámicas propuestas y la modalidad que el CAM, La Piedad, Michoacán, prefiera.

2.3 SESIÓN UNO “CONOCIENDO EL DESARROLLO DE MI ALUMNO EN LA ETAPA ESCOLAR (6 AÑOS –12 AÑOS)”

2.3.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DE ACTIVIDADES

- Inscripción y registro de participantes (Anexo 1).
- Entrega de Gafete (Anexo 2) y carpeta (Anexo 3).
- Presentación con el personal.
- Dinámica : “ Los cuadrados “.
- Plática : Soy el maestro de un alumno muy Especial....

Temas

- a) Infancia.
- b) Desarrollo físico.
- c) Desarrollo psicosexual.
- d) Desarrollo cognitivo.
- e) Desarrollo emocional.
 - Dinámica: " Armando a un niño ".
 - Conclusiones.

2.3.1.2 DESCRIPCIÓN ESPECÍFICAS DE ACTIVIDADES.

a) Objetivo general:

Concientizar al personal que como parte de un equipo de trabajo somos elementos importantes y valiosos. Piezas fundamentales para lograr un objetivo en común.

b) Objetivos específicos.

- Propiciar actividades favorecedoras para una adecuada comunicación entre los participantes.
- Favorecer los canales de comunicación entre los profesores especialistas, psicólogo, médico, profesor de comunicación, trabajador social, terapeuta físico, Director.
- Distinguir las principales características de las etapas del desarrollo físico, psicológico, social y sexual del niño en edad escolar.

c) Formato de sesión

Se hará el registro de los asistentes, al comenzar la sesión se hará la presentación del taller y de asistentes, posteriormente se realizará la dinámica de "los cuadrados" con la finalidad de crear un ambiente que favorezca el trabajo colaborativo. Al terminar la dinámica se expondrá el tema a tratar,

promoviendo en los participantes la exposición de dudas o comentarios acerca del tema.

Al terminar el tema, se iniciará con la segunda Dinámica "Armando a un niño", acto seguido se iniciará el procesamiento de la Dinámica. Al finalizar la sesión se llegará a conclusiones que se registrarán por equipos en papel rotafolio.

d) Tema de discusión

Explicación breve de la infancia (Anexo 3) promoviendo y facilitando la participación de los asistentes en el tema de las etapas de desarrollo (Anexo 4).

e) Dinámica

1. Dinámica de integración.

Nombre de la Dinámica: " Los Cuadrados ".

Objetivo: Fomentar el trabajo en equipo.

Materiales: Juego de triángulos y cuadrados de papel de colores.

Duración: 10 a 15 minutos.

Procedimiento: Se le pedirá a los participantes que formen un círculo y sin hacer uso de la voz, se acerquen uno a uno al centro del círculo donde se colocaran en el piso las diferentes piezas de cartulina en diferentes formas cuadrados y triángulos, y tomen uno y sin hablar traten de completar un cuadrado con esa pieza que tienen, sé forman mínimo seis cuadrados en total.

Al finalizar se observaran como y que estrategias implementaron para comunicarse y lograr el objetivo.

2 . Dinámica:

Nombre : “ Armando a un niño “.

Objetivo: Expresar libremente sentimientos y pensamientos de lo que se cree es un niño.

Material: Objetos de distintas formas y colores, papel bond, plastilina, tijeras.

Duración: 20 minutos.

Procedimiento: Hacer entre todos los participantes un dibujo de un niño (a), pintarlo y decorarlo como más les agrade, tomando en cuenta las características de las etapas de desarrollo. Luego cortarlo en varias piezas como un rompecabezas distribuir por el espacio del aula todos estos recortes. Para después buscarlas y volver a armar justificando el por que no debe omitirse ninguna de las partes. Al finalizar se llegara a conclusiones.

2.3.2 SESIÓN DOS “ CONOCIENDO EL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)”.

2.3.2.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DE ACTIVIDADES

- Retroalimentación de la sesión anterior.

- Plática: “ Conociendo el TDAH “

Temas :

a) Definición.

b) Clasificación.

c) Antecedentes.

- Dinámica.

- Conclusiones.

2.3.2.2 DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA DE ACTIVIDADES

a) Objetivos generales.

Concientizar al personal del centro de atención múltiple lo que implica padecer el trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

b) Objetivos específicos.

- Conocer la definición del trastorno del TDAH.
- Revisar la clasificación del trastorno del TDAH.
- Conocer los antecedentes del TDAH.

c) Formato de sesión.

Al comenzar la sesión se hará una retroalimentación de la sesión anterior, se expondrán los temas para después en plenaria aclarar dudas y comentar lo expuesto, posteriormente se dirigirá la dinámica en el grupo " Mi alumno Hiperactivo ". Se pedirá al grupo que por equipos expongan lo que es hasta ese momento el TDAH. Permitiendo hacer comentarios acerca de sus experiencias para después poder llegar a conclusiones.

Antes de terminar la sesión se escuchará el pensamiento "no juzgues a las personas" CD de Mariano Osorio (Anexo 5).

d) Tema de discusión.

- Explicación breve de la definición, clasificación y antecedentes del trastorno (anexo 6). Promoviendo la participación de los integrantes del grupo.

e) Dinámica

Nombre de la Dinámica: "Mi alumno Hiperactivo".

Objetivo : Diferenciar las características que presentan algunas de las clasificaciones del TDAH.

Materiales: Costalitos de yute de diferentes colores. hojas blancas, plumones, tijeras, lápiz adhesivo, cinta adhesiva, banda de "ganador".

Duración: 30 minutos.

Procedimiento: Se dividirá al grupo para que por equipo pongan las características de las diferentes clasificaciones del trastorno, se darán 15 minutos para la búsqueda y colocación de los papelitos en los que previamente se escribieron las características de las diferentes clasificaciones del TDAH que estarán distribuidas en el espacio de trabajo para que sean identificadas y colocadas en el costalito que le corresponde ganará el equipo que coloque correctamente las características en el menor tiempo se le entregará la banda de ganador. Se comentaran la experiencia y se llegará a conclusiones.

2.3.3 SESIÓN TRES " CONOCIENDO EL TRANSTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD. (TDAH) 2ª PARTE "

2.3.3.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DE ACTIVIDADES

- Retroalimentación de la sesión anterior.
- Plática "Conociendo el TDAH".

Temas:

- a) Diagnóstico.
 - b) Pronóstico.
 - c) Evolución.
- Dinámica.

- Conclusiones.

2.3.3.2 DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA DE ACTIVIDADES

a) Objetivo General.

Proporcionar información específica a los participantes para fortalecer el conocimiento del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y el diagnóstico, pronóstico y evolución de éste.

b) Objetivos Específicos.

- Conocer los criterios Diagnósticos para el TDAH.
- Proporcionar elementos que apoyen en el proceso del diagnóstico del TDAH, en el CAM.

c) Formato de sesión.

- Al comenzar la sesión se realizara una retroalimentación de la segunda sesión, posteriormente se expondrán los temas . Al terminar se hará la dinámica “ Laberintos “ para compartir vivencias acerca de cómo es el proceso de diagnóstico en los alumnos, al finalizar la sesión, se llegará a conclusiones de la misma .

d) Tema de discusión .

Explicación breve del diagnóstico, pronóstico, prevalencia, evolución del TDAH, (Anexo 7).

e) Dinámica

Nombre de la Dinámica: Laberintos.

Objetivo: Compartir y comparar las experiencias de los asistentes con respecto al TDAH en el alumno.

Material: Túneles de distintos tamaños y materiales, mascada, campanita.

Duración: De 15 a 20 minutos .

Procedimiento: en 4 equipos de 6 integrantes cada uno. Se organizaran para que un integrante, se meta al laberinto con ojos vendados y los otros 5 miembros lo irán guiando en su camino. Al terminar, se les pedirá a los participantes que compartan su experiencia al grupo. Se llegará a conclusiones.

2.3.4. SESIÓN CUATRO. CONOCIENDO AL ALUMNO CON TDAH.

2.3.4.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DE ACTIVIDADES

- Retroalimentación de la sesión anterior.
- Plática: "Conociendo al alumno con TDAH."

Temas

- a) Causas.
- b) Síntomas.
- c) Prevalencia.

- Dinámica.
- Conclusiones.

2.3.4.2 DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA DE ACTIVIDADES

a) Objetivo general:

Concientizar al personal, de la gran responsabilidad de atender al alumno con TDAH.

b) Objetivos específicos.

- Conocer las causas y síntomas del TDAH.
- Favorecer en los participantes elementos que apoyen la detección de las Causas y síntomas del TDAH.

c) Formato de sesión.

Al comenzar la sesión, se hará la retroalimentación de la sesión pasada, posteriormente se expondrá el tema a tratar, promoviendo la participación de los asistentes y aclarando dudas que pudieran surgir. Al terminar el tema se iniciara la dinámica. Para posteriormente llegar a conclusiones.

d) Tema de discusión

Explicación breve del tema a tratar (Anexo 8) promoviendo la participación de los asistentes.

e) Dinámica.

Nombre de la Dinámica: " A levantar el mundo " .

Objetivo: Compartir dudas y sentimientos sobre algunas causas y síntomas del TDAH.

Material: Pelota gigante, papel y cinta adhesiva .

Duración: 30 minutos.

Procedimiento:

El grupo se divide en 2 partes, a cada grupo se le entregara una pelota gigante estos dos grupos se sentaran en el piso en fila, cada grupo desplazara la pelota elevándola por encima de la cabeza sin que esta se caiga, y al tiempo de desplazarla se le ira pegando un papel con causas y síntomas del TDH, para el final identificarlas y comentarlas en grupo.

Las tarjetitas con las causas y síntomas se entregaran ya escritas y en desorden a los dos grupos para que la fila de "causas" identifique las suyas y la fila de "síntomas" las organice e identifique fila de las suyas. Al terminar se pedirá a los participantes que compartan su experiencia y/o dificultad para identificar, causas y síntomas, se llegará a conclusiones.

2.3.5 SESIÓN CINCO “ IDENTIFICANDO AL ALUMNO CON TDAH”.

2.3.5.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DE ACTIVIDADES

- Retroalimentación de la sesión anterior.
- Plática: Cómo identificar a un niño con TDAH.

Temas:

- a) Reconocimiento de algunos instrumentos de evaluación para detectar el TDAH.
- b) Integración de datos diagnósticos.
 - Dinámica: “Nubes de colores “.
 - Conclusiones.

2.3.5.2 DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA DE ACTIVIDADES

a) Objetivo general.

- Conocer algunos instrumentos que valoren de forma cualitativa y cuantitativa el TDAH.

b) Objetivos específicos.

- Conocer algunos test psicométricos (solo para psicólogos del CAM y de manera informativa para su trabajo), como el test de Detroit para la atención de secuencia de palabras, test de Detroit para la atención visual de objetos, test de Gordon, test de los diamantes, test del número 592, test de Tova, test de Weschler (WAIS-RM I).
- Sistematizar los datos que puedan apoyar y ser integrados a la valoración integral del niño con un probable TDAH.

c) Formato de sesión.

- Al comenzar la sesión la cuál será solo para los psicólogos del CAM y de carácter informativo, se hará una retroalimentación de la sesión anterior, posteriormente se expondrá el tema a tratar, promoviendo la participación en lo expuesto. En seguida se revisarán los cuestionarios (Anexo 9) desde las diferentes áreas de atención del CAM. procurando aclarar dudas y/o recibir recomendaciones, al terminar se hará la Dinámica, para llegar a conclusiones.

d) Tema de discusión .

- Explicación breve del tema a tratar (Anexo 10) facilitando la interacción de los participantes con las pruebas psicométricas que son elementos importantes en el diagnóstico del TDAH.

e) Dinámica

Nombre de la Dinámica: " Nubes de colores "

Objetivo: Compartir y comparar experiencias de colaborar en la valoración y diagnóstico del TDAH .

Material: Globos de colores, cajas de cartón según el color del globo.

Duración: 15 a 20 minutos .

Procedimiento : Por grupos recibirán una caja con globos, a la señal, deberán transportar todos los globos a la vez, manteniéndolos en el aire hasta completar el recorrido previsto. La condición es que el globo sea llevado por golpes de manos y que no toque el suelo, a la caja de color correspondiente, primero los rojos, los azules, los amarillos, rosas, etc. Según se vaya indicando. Al terminar se les pedirá a los participantes que compartan su experiencia al grupo, se llegara a conclusiones .

2.3.6 SESIÓN SEIS “CONOCIENDO EL TDAH Y SU DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL”.

2.3.6.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DE ACTIVIDADES

- Retroalimentación de la sesión anterior.
- Plática: “Conociendo el TDAH y su diagnóstico diferencial”.

Temas:

- a) Trastorno oposicionista.
 - b) Trastorno de conducta o trastorno disocial de personalidad.
 - c) Trastornos de aprendizaje.
 - d) Trastornos de lenguaje.
- Dinámicas: “A jugar con sombreros”.
 - Conclusiones.

2.3.6.2 DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA DE ACTIVIDADES

a) Objetivo general.

- Reconocer y diferenciar aquellas patologías que puedan confundir a los especialistas en el diagnóstico del TDAH .

b) Objetivos específicos.

- Conocer las características de los principales trastornos que puedan confundir el diagnóstico del TDAH.
- Reconocer e identificar las características del TDAH que se presentan con mayor frecuencia en el niño entre los siete y doce años de edad .
- Identificar las características que se presentan en el TDAH con menor incidencia en el alumno entre los siete y doce años de edad.

c) Formato de sesión

Al comenzar la sesión se realizará una retroalimentación de la sesión pasada, posteriormente se expondrán los temas a tratar. Al terminar se hará la dinámica “A jugar con sombreros” (Anexo 11). Por último se llegará a conclusiones de la sesión .

d) Tema de discusión.

Explicación breve del tema a tratar (Anexo 12) facilitando a los asistentes el compartir sus experiencias al momento de encontrarse con cuadros que se confunden con el TDAH . Posteriormente se discutirá sobre algunas estrategias que sirvan como alternativa en el correcto diagnóstico del TDAH .

e) Dinámica:

Nombre de la Dinámica: " A jugar con sombreros".

Objetivo: Identificación, descripción de semejanzas y diferencias a partir de las relaciones de un objeto o conducta de un individuo.

Material: Sombreros (todo tipo), sombreros dibujados en papel (Anexo 13), hojas blancas, plumones de colores.

Duración: 30 minutos aproximadamente.

Procedimiento: Se presentarán varios modelos de sombreros de verdad, o de papel, por ejemplo: de hadas, piratas, brujas, magos, etc. Ofreciendo a los participantes la posibilidad de elegir el que más les agrade. Ellos con toda su creatividad tomaran la actitud del sombrero que escogieron.

Con los sombreros que están dibujados, con creatividad e imaginación, completarán en una hoja la cara y el cuerpo que se adapte a su sombrero, pueden dibujarlo y una opción puede ser que todos los que eligieron el mismo modelo de sombrero se agrupen por equipo, donde habrá material para decorar su personaje, al terminar le pondrán voz, nombre, etc.

Al terminar tratarán de relacionar esto con ciertas características y similitudes del TDAH con otras patologías para llegar a conclusiones.

2.3.7 SESIÓN SIETE "APOYANDO AL ALUMNO CON TDAH".

2.3.7.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DE ACTIVIDADES

- Retroalimentación de la sesión pasada.

- Plática: Prevalencia, evolución, pronóstico y tratamiento farmacológico del TDAH.

Temas:

- a) Prevalencia del TDAH.
 - b) Tratamiento farmacológico del TDAH.
- Dinámicas.
 - Conclusiones.

2.3.7.2 DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA DE ACTIVIDADES.

a) Objetivo general.

Difundir en el equipo interdisciplinario del CAM, el conocimiento sobre la prevalencia, evolución y pronóstico en los niños con TDAH y el tratamiento farmacológico para el TDAH.

b) Objetivos específicos.

- Conocer la prevalencia , evolución y pronóstico del TDAH.
- Analizar los aspectos básicos del tratamiento farmacológico del TDAH.

c) Formato de sesión.

La sesión comenzará con una retroalimentación de la sesión anterior, posteriormente se iniciará con los temas a tratar, enseguida se hará la dinámica. “ Experiencias “ con los asistentes. Al finalizar la dinámica, se llegará a conclusiones .

d) Tema de discusión.

Exposición breve de la prevalencia, evolución, pronóstico y tratamiento farmacológico del TDAH (Anexo 14) promoviendo la participación de los asistentes.

e) Dinámica

Nombre de la Dinámica: " Experiencias "

Objetivo: Compartir y comparar las experiencias de los asistentes con respecto al padecimiento del TDAH.

Material: Grabadora , Disco con música New Age, hojas blancas, lápiz.

Duración : 15 a 30 minutos .

Procedimiento: Se invitará a los asistentes a que de manera individual se tomen 10 minutos para escribir sus experiencias con respecto al TDAH, en su trabajo, para después comentarlo a todo el grupo. Se llegará a conclusiones.

2.3.8 SESIÓN OCHO "APOYANDO AL ALUMNO CON TDAH 2ª PARTE".

2.3.8.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DE ACTIVIDADES

- Retroalimentación de la sesión pasada.
- Plática: Tratamiento para el TDAH.

Temas:

- a) Tratamiento psicológico.
- b) Tratamiento psicopedagógico.
 - Dinámica: Visitas sociales.
 - Conclusiones.

2.3.8.2 DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA DE ACTIVIDADES

a) Objetivo general.

Difundir en los participantes los tipos de tratamiento para el TDAH.

b) Objetivos específicos.

- Promover y conocer las diferentes alternativas de tratamiento para niños con TDAH .

- Motivar a los participantes al trabajo interdisciplinario para el tratamiento del TDAH de los alumnos que se atienden en el C.A.M.
- Promover y conocer las diferentes alternativas que se ofrecen en el tratamiento del TDAH en el tratamiento psicológico y tratamiento en el área de aprendizaje.

c) Formato de sesión.

La sesión comenzará con una retroalimentación de la sesión anterior, posteriormente se iniciará con los temas a tratar, enseguida se hará la dinámica “ Visitas sociales “ Al finalizar la dinámica, se llegará a conclusiones.

d) Tema de discusión .

Exposición del tratamiento psicológico y pedagógico del TDAH (anexo15) promoviendo la participación de los asistentes.

e) Dinámica

Nombre de la Dinámica: “ Visitas sociales “.

Objetivos: Favorecer la comunicación.

Material: Aros de plástico, tarjetas de colores, música.

Duración: 20 minutos.

Procedimiento: Cada participante elige un compañero de “Juego“ aunque cada uno se ubica en su propio aro, y este lugar será su casa. A la señal del facilitador, los participantes de un salto visitarán la casa del vecino. Una vez terminados, de la mano saldrán a realizar las compras, muy apurados, corriendo (siempre de la mano) juntarán cuantas tarjetas de colores puedan y las llevarán a su “casa” cuando salgan se utilizará la música y al cortarla, volverán rápido a su casa, se llegará a conclusiones al revisar las tarjetas de los tratamientos psicológicos y pedagógicos.

2.3.9 SESIÓN NUEVE “ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO”.

2.3.9.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DE ACTIVIDADES.

- Retroalimentación de la sesión anterior
- Plática : En equipo todo el trabajo es más fácil.

Tema

a) Abordaje Multidisciplinario.

- Dinámica: Asamblea de herramientas.
- Conclusiones.

2.3.9.2 DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA DE ACTIVIDADES.

a) Objetivo general.

Favorecer entre los asistentes el trabajo colaborativo, para el diagnóstico y Tratamiento para el alumno con el TDAH .

b) Objetivos Específicos.

- Motivar e involucrar todas las áreas de atención del CAM: médico, profesor de comunicación, Profesor de Aprendizaje, trabajo social, terapeuta físico, director, psicólogo, para que se conforme el equipo multidisciplinario para la atención del TDAH.
- Favorecer un ambiente de armonía, de respeto y colaboración entre todas las áreas de atención que laboran en el CAM.

c) Formato de sesión.

Al iniciar la sesión se hará una retroalimentación de la sesión anterior, posteriormente se dará lectura individualmente a la reflexión para comentar sobre esta misma (Anexo16). Acto seguido se tratará el tema que se preparó

propiciando la participación de los asistentes a exponer sus puntos de vista con referencia a estos.

- Tema de discusión.

Exposición del tema a tratar Abordaje multidisciplinario (Anexo 17) facilitando entre los asistentes la discusión del tema para llegar a conclusiones.

e) Dinámica

Nombre de la Lectura de Reflexión: “ Asamblea de Herramientas “.

Objetivo: Facilitar la comunicación y respeto en el trabajo.

Material: Hojas con el material escrito de la reflexión.

Duración: 30 minutos.

Procedimiento: A cada uno de los asistentes se les entregara una hoja impresa con la lectura “ Asamblea de herramientas “ para leerla individualmente para posteriormente comentarla y llegar a conclusiones.

2.3.10. SESION DIEZ “SUGERENCIAS EN LA ATENCIÓN DEL ALUMNO CON EL TDAH”.

2.3.10.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DE ACTIVIDADES.

- Retroalimentación.
- Plática: Como apoyar al alumno con TDAH.

Temas:

a) Sugerencias para padres con un hijo con TDAH.

b) Sugerencias para maestros de alumnos con el TDAH.

- Dinámica: Lectura “ Amigos seamos Gansos “
- Conclusiones.

2.3.10.2. DESCRIPCIÓN ESPECIFICA DE ACTIVIDADES

a) Objetivo General.

Concientizar a los participantes al curso sobre la importancia que adquiere el medio donde se desarrolla el niño con este trastorno desde el medio familiar y escolar.

b) Objetivos Específicos

- Brindar a los participantes herramientas de exploración que apoyen el conocimiento desde el ámbito escolar, familiar del alumno con el TDAH.
- Conocer y/o proporcionar sugerencias básicas para los padres del niño con el TDAH.
- Conocer y/o proporcionar sugerencias básicas para el maestro que atiende al o los alumnos con el TDAH.

c) Formato de sesión.

Al iniciar la sesión se hará una retroalimentación de la reunión anterior, para continuar con los temas tratando de aclarar dudas y propiciando la participación de los asistentes, para después revisar una a una las sugerencias para padres y maestros, al finalizar se le entregará a cada participante una hoja con la lectura, "Amigos seamos Gansos", (Anexo 18) para posteriormente comentarla y llegar a conclusiones.

d) Tema de discusión.

Se expondrán las diferentes sugerencias y alternativas en la atención y el tratamiento de los alumnos con el TDAH dirigidas hacia padres del alumno y maestros grupo (Anexo 19).

Dinámica

Nombre de la Dinámica y lectura de reflexión: "Experiencias ", " amigos seamos ganzos"

Objetivo: Compartir y comparar experiencias de los participantes con respecto a la atención del alumno con TDAH.

Material: Lectura de " Amigos seamos Gansos".

Duración: 15 a 30 minutos.

Procedimiento: Los participantes tomados de la mano y sentados en el piso escucharán la lectura de "Amigos seamos Gansos, para después comentarla en grupo y poder llegar a las conclusiones.

2.3.11 SESION ONCE. CIERRE

2.3.11.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DE ACTIVIDADES.

- Retroalimentación de la sesión anterior.
- Cierre.

a) Retroalimentación.

Dinámica: Agradecimientos.

- Entrega de una hoja a cada participante impresa con los derechos del niño con TDAH (Anexo 21).
- Entrega de diploma de asistentes al curso (Anexo 22).

2.3.11.2 DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA DE ACTIVIDADES

a) Objetivo general.

Promover la conciencia de la responsabilidad del diagnóstico y atención del TDAH en equipo para beneficio del alumno que asiste al Centro de Atención Múltiple de Educación Especial de la Piedad, Michoacán.

b) Objetivos específicos.

- Cumplir con las expectativas de los asistentes a este curso- taller.
- Lograr sembrar la inquietud de llevar a la práctica lo aprendido en este curso-taller.
- Proponer a los participantes aplicar estrategias y sugerencias de atención en el centro para los alumnos con el TDAH.

c) Formato de sesión.

Al inicio de la sesión se hará una retroalimentación de la información del curso-taller. posteriormente se les pedirá a los participantes que comente sobre lo que les agrado del curso, así también como lo que no les agrado y lo que aprendieron .Posteriormente se hará la Dinámica “Agradecimientos “ . se le entregará un pergamino escrito sobre los derechos del alumno con el TDAH, a cada uno de los asistentes y se dará fin al curso con la entrega del diploma de participación y asistencia al curso.

d) Dinámica

Nombre de la Dinámica: “ Agradecimientos “

Objetivo: Agradecer por compartir experiencias en el grupo y despedirse de los integrantes del mismo.

Materiales: canción de Barney y sus Amigos: “Somos Especiales “, hojas de colores, cinta adhesiva, plumones de colores.

Duración : 30 minutos

Procedimiento: El facilitador invitara a que cada participante se pegue en la espalda una hoja de papel con su nombre, para que entre sí se escriban algo que los motive en su trabajo, además de agradecer el compartir tiempo, vivencias, dudas, etc. Al finalizar el facilitador hará la retroalimentación y cerrará el curso teniendo como fondo la canción de “somos especiales” anexo 6 .

CAPITULO III.

CONCLUSIONES

CAPÍTULO III. CONCLUSIONES

La infancia es el periodo donde se adquieren todos los conocimientos, habilidades, aptitudes, para la vida y aprendizaje integral de todo individuo.

Para el psicoanálisis los primeros cinco años de vida son determinantes para la vida del hombre, aunque otras corrientes opinan lo contrario, como el humanismo que plantea que todo individuo durante toda su vida aprende cosas nuevas y tiene la oportunidad de cambiar su vida y desarrollar sus diferentes potencialidades.

La infancia intermedia es la que se aborda en este trabajo, en esta etapa se enriquece el niño por el desarrollo del aprendizaje en lo social, competencia y la preparación para vida posterior. Es en esta etapa en donde los niños logran una mayor competencia en todas las áreas. Crecen más, aumentan de peso y fuerza, adquieren motricidad para participar en juegos hay un considerable progreso en el pensamiento lógico creativo, juicios morales y lectoescritura.

A partir de los seis años es cuando se pone de relieve con claridad los problemas que ocasionan el TDAH es en la escuela en donde se evidencian conflictos de relación social y dificultades de aprendizaje, también en la etapa escolar y debido a la comparación que hace el niño entre su rendimiento escolar y el obtenido por la mayoría de sus compañeros ocasionan en él una frustración y deterioro en su autoestima.

Durante este periodo, incluso desde que el niño nace es de suma importancia su familia ya que determina las funciones que él debe tener, además que la familia es una fuente de amor, cariño, valores, principios y cultura que va favoreciendo al niño y formándole una base para una vida adulta independiente, por lo tanto, la familia es de vital importancia, ya que el niño crece acompañado

de sus padres, si siente cariño, amor, apoyo, interés y dedicación tiene un mejor desarrollo.

Como se puede ver , la familia es de vital importancia tanto para el desarrollo de la vida del niño como las diferentes situaciones que lo rodean, además de proporcionarle al infante seguridad tanto física como emocional y de ahí que un ser humano se desenvuelva íntegramente en su entorno , por eso es importante en primer lugar la dinámica de la familia para poder funcionar adecuadamente .

De igual manera la escuela es sumamente importante ya que es donde pasa gran parte de su tiempo; es necesario que los profesores tengan información con respecto al TDAH que conozcan algunas sugerencias y principios generales que les permitan manejar las dificultades que surjan durante el proceso de aprendizaje en el ciclo primario. Ya que en este periodo las exigencias crecen, la escuela demanda más constancia, dedicación y concentración, y son estas características las que se encuentran alteradas en este trastorno. Los síntomas que presentan muchas veces no cumplen satisfactoriamente con las demandas, presentándose problemas de socialización, respeto a turnos, orden y de atención.

La constante frustración por la falta de logros con el estudio y las relaciones sociales los torna resentidos, hostiles y desalentados, si son niños hiperactivos no permanecen en sus asientos por mucho tiempo, se levantan interrumpen al profesor y compañeros.

El TDAH generalmente se detecta entre la edad de los 6 a 12 años.

Desde el punto de vista de varios autores la hiperactividad es la manifestación en el comportamiento del niño que se caracteriza por la intensa agitación, movimientos motores inestables, la no concentración en las labores de la escuela y casa .Pero existen muchos más síntomas que están presentes en el

niño, lo que hace difícil la detección diagnóstica, que el médico especialista (neurólogo) debe realizar.

El origen de la hiperactividad no se sabe a ciencia cierta ya que hay varios factores que se conocen. Entre los cuales se destaca el factor genético en donde por falta de una sustancia en el cerebro se presenta una intensa agitación, ya sea por la herencia de los padres o de algún familiar cercano al menor, los problemas familiares, el estrés, maltrato, alcoholismo entre los padres, todos estos factores hacen que el niño se desestabilice y pueda presentar este trastorno.

Las consecuencias que el niño tiene padeciendo este trastorno son múltiples ya que, por su falta de atención, impulsividad e hiperactividad, lo afectan como persona en todos los ámbitos de su vida familiar, escolar, social, y posteriormente laboral.

Los maestros saben de la responsabilidad de su rol, que implica no solo el aprendizaje si no como modelos de identificación, figura de amor y objetos ideales que los guiaran por el resto de sus vidas a sus alumnos.

En relación al hogar los niños con el TDAH suelen ser castigados cruelmente, no le tienen paciencia, puede haber golpes. Los padres lo regañan, lo castigan, lo aíslan, lo rechazan por ser un "mal hijo "; los padres pueden sentirse culpables o malos padres al no poder calmar a su hijo o pensar que es su culpa el trastorno; muchas veces los padres fluctúan entre la aceptación y la negación del problema, generando confusión en el niño a partir de la emisión de mensajes contradictorios. Pueden llegar a tomar medidas disciplinarias excesivamente severas o manejarse con un nivel de consideración y comprensión inapropiado o excesivo.

Es en lo emocional en donde se ven más afectados a los niños ya que los aspectos antes mencionados influyen para que el niño se sienta mal, culpable,

desesperado, Intranquilo, con una baja autoestima y tienda a deprimirse constantemente.

Por otro lado, para poder diagnosticar adecuadamente a un niño con déficit de atención con hiperactividad, es importante la observación de las conductas que presenta y ver si cumple con los criterios diagnósticos que señala el DSM-IV. El diagnóstico también puede ser complicado ya que el trastorno presenta un sin número de síntomas que pueden confundirse con otras enfermedades.

Después de dar un buen diagnóstico, en donde intervenga todo un equipo multidisciplinario, es de suma importancia dar un tratamiento factible para el niño, ya que debe de cubrir sus necesidades personales. Cualquiera que fuera el tratamiento se requiere de la participación conjunta de los profesores, padres, psicólogos, pediatras, neurólogo, etc. En donde es importante la comunicación, comprensión y paciencia, sobretodo de los padres y profesores ya que conviven la mayor parte del tiempo con los niños.

A partir del conocimiento del diagnóstico y de su aceptación la posición ideal de quienes deben guiar al niño es: Ver al niño como alguien que tiene un problema y no como alguien que es un problema.

En la actualidad el tratamiento más factible es el uso de fármacos acompañado con una terapia conductual, de aprendizaje o psicológica, etc.

Un tratamiento efectivo requiere de la total cooperación en conjunto de maestros y profesionales como pediatras, psicólogos, pedagogos, neurólogos, pero también es importante la comprensión sobre todo de padres y maestros ya que son las personas con que más tiempo convive el niño además de que las áreas de desarrollo no pueden separarse una de la otra para que los resultados sean funcionales.

Es por esta razón que el curso diseñado es una propuesta de trabajo con todo el equipo interdisciplinario de la institución, para crear un espacio para compartir experiencias y ofrecer información con respecto al trastorno para fomentar la responsabilidad y participación en el diagnóstico y tratamiento del niño con este trastorno, brindando a la vez apoyo y orientación a los padres desde las diferentes áreas que atiende la institución.

El taller esta diseñado mediante sesiones que abordará el tema del TDAH, y dinámicas diseñadas y adecuadas para favorecer la apertura, aprendizaje e interés de los asistentes con respecto al tema.

Se espera que al llevar a la práctica este taller, se alcancen los objetivos de promover el trabajo colaborativo, abriendo canales de comunicación entre compañeros de trabajo, e involucrarse con el área de la familia para un mejor tratamiento de manera participativa y responsable .

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

1. LIMITACIONES

El curso - taller tiene como objetivo proporcionar información sobre el TDAH de forma que facilite el diagnóstico y el tratamiento. Este curso no pretende ser un manual de diagnóstico y tratamiento. El curso está dirigido a los padres de niños con TDAH y a los profesionales de la salud que trabajan con ellos. El curso no pretende ser un manual de diagnóstico y tratamiento. El curso está dirigido a los padres de niños con TDAH y a los profesionales de la salud que trabajan con ellos. El curso no pretende ser un manual de diagnóstico y tratamiento. El curso está dirigido a los padres de niños con TDAH y a los profesionales de la salud que trabajan con ellos.

2. SUGERENCIAS

Este curso - taller es una propuesta que el facilitador puede adaptar a sus necesidades.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

El curso - taller tiene como objetivo proporcionar información sobre el TDAH de forma que facilite el diagnóstico y el tratamiento. Este curso no pretende ser un manual de diagnóstico y tratamiento. El curso está dirigido a los padres de niños con TDAH y a los profesionales de la salud que trabajan con ellos. El curso no pretende ser un manual de diagnóstico y tratamiento. El curso está dirigido a los padres de niños con TDAH y a los profesionales de la salud que trabajan con ellos.

Este curso - taller es una propuesta que el facilitador puede adaptar a sus necesidades. El curso no pretende ser un manual de diagnóstico y tratamiento. El curso está dirigido a los padres de niños con TDAH y a los profesionales de la salud que trabajan con ellos.

El curso - taller tiene como objetivo proporcionar información sobre el TDAH de forma que facilite el diagnóstico y el tratamiento. Este curso no pretende ser un manual de diagnóstico y tratamiento. El curso está dirigido a los padres de niños con TDAH y a los profesionales de la salud que trabajan con ellos.

Este curso - taller es una propuesta que el facilitador puede adaptar a sus necesidades. El curso no pretende ser un manual de diagnóstico y tratamiento. El curso está dirigido a los padres de niños con TDAH y a los profesionales de la salud que trabajan con ellos.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

1) LIMITACIONES.

El curso – taller desde un principio fue pensado para llevarlo a cabo en un CAM. De Educación Especial, en donde todo el personal técnico fuera involucrado en el diagnóstico del TDAH de manera interdisciplinaria, la información seleccionada tuvo que ser adaptada a las necesidades actuales que presenta la institución para que fuera práctica y funcional para todas las áreas de atención con que cuenta el centro de trabajo. Algunas dinámicas se adaptaron y cambiaron algunos materiales para poder alcanzar los objetivos planeados. El curso- Taller no ha sido aplicado por lo tanto se desconoce su efectividad

2) SUGERENCIAS.

Por ser el curso-taller una propuesta puede el facilitador emplear otras dinámicas o ideas que cubran las necesidades de su centro de trabajo pues estas pueden variar.

Se sugiere que cada caso de un probable TDAH sea visto de manera particular . observando síntomas, edad y área más afectada de el niño de forma interdisciplinaria.

Es importante destacar la importancia de no separar un tratamiento psicopedagógico y médico, ya que no son excluyentes entre sí, sino complementarias.

Se sugiere que en el tratamiento del niño con TDAH sea tomada en cuenta a la familia de manera importante para un buen pronóstico .

Se sugiere sea aplicado el curso-taller para evaluar efectividad.

REFERENCIAS

- AYALÓN, R. ROMELUÉDO, J. (1991). *Trastornos Conductuales en Niños y Adolescentes*. México: Trilce.
- AYALÓN, R. ROMELUÉDO, J. (1992). *Trastorno del déficit de atención con hiperactividad*. México: Trilce.
- BARBEE, H. W., JR., OSBORN, G., BARLEY, R. — (1991). Stimulant medication and the treatment of attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. USA, (100), 215-222.
- ALBERT, G. (1995). *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad*. ADDADON (A) 10, n. 2 (1995) Págs. 1-10.
- ALBERT, G. (1997). *Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad*. México: Editorial Ars.
- ALBERT, G. (1998). *Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad*. México: Editorial Ars.
- ALBERT, G. (2000). *Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad*. México: Editorial Ars.
- ALBERT, G. (2001). *Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad*. México: Editorial Ars.
- ALBERT, G. (2002). *Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad*. México: Editorial Ars.
- ALBERT, G. (2003). *Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad*. México: Editorial Ars.
- ALBERT, G. (2004). *Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad*. México: Editorial Ars.
- ALBERT, G. (2005). *Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad*. México: Editorial Ars.
- ALBERT, G. (2006). *Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad*. México: Editorial Ars.
- ALBERT, G. (2007). *Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad*. México: Editorial Ars.
- ALBERT, G. (2008). *Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad*. México: Editorial Ars.
- ALBERT, G. (2009). *Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad*. México: Editorial Ars.
- ALBERT, G. (2010). *Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad*. México: Editorial Ars.
- ALBERT, G. (2011). *Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad*. México: Editorial Ars.
- ALBERT, G. (2012). *Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad*. México: Editorial Ars.
- ALBERT, G. (2013). *Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad*. México: Editorial Ars.
- ALBERT, G. (2014). *Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad*. México: Editorial Ars.
- ALBERT, G. (2015). *Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad*. México: Editorial Ars.
- ALBERT, G. (2016). *Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad*. México: Editorial Ars.
- ALBERT, G. (2017). *Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad*. México: Editorial Ars.
- ALBERT, G. (2018). *Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad*. México: Editorial Ars.
- ALBERT, G. (2019). *Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad*. México: Editorial Ars.
- ALBERT, G. (2020). *Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad*. México: Editorial Ars.
- ALBERT, G. (2021). *Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad*. México: Editorial Ars.
- ALBERT, G. (2022). *Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad*. México: Editorial Ars.

REFERENCIAS

AMADOR, J. ROMEUIBES, J. (1990). Trastornos Psicológicos en Pediatría. España, Ediciones Doyma.

AMADOR, J.A. (2000). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: evaluación y tratamiento. México, Trillas.

ANASTOPOULOS, A. D., DUPAUL, G., BARKLEY, R. A. (1991). Stimulant medication and parent training therapies for attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Learning Disabilities. Psychology Psychiatry. USA*, (18), 213-222 .

ARMSTRONG, T. (2001). Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad. ADD/ADHD. Argentina, Editorial Paidós.

ÁVILA, C. LORENTE, P. A. (2002). Niños hiperactivos. México, Editorial Alfaomega.

BARKLEY, R.A.(1999). Niños hiperactivos. Buenos Aires, Paidós.

BARKLEY, R. A. (2000). Taking Charge of ADHT. New York, Guilford Press.

BARRAGÁN, E. K. (2001). El niño y el adolescente con trastorno por déficit de atención, su mundo y sus soluciones. México, Altius.

BENAVIDES, G (2003). El niño con déficit de atención e hiperactividad. México, Trillas.

CADESKY, E. B., MOTA, V. L., SCHACHAR, R. J. (2000). Beyond words: how do children with ADHD and/or conduct problems process nonverbal information about affect? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. USA*, (23), 112-125 .

CASTAÑÓN, M. J. (2005). Taller para el reconocimiento de las manifestaciones psicológicas del déficit de atención con hiperactividad en niños, dirigido a profesores de primaria: Una propuesta. Tesina de licenciatura. Facultad de psicología. México UVAQ.

CRAIG, R. ET. AL (1989). Psicología educativa contemporánea. Conceptos, temática y aplicaciones. México, Editorial Limusa.

DE LA FUENTE, R. (2003). Aportaciones recientes de la biología a la psiquiatría. México, El Colegio Nacional.

DE LA FUENTE, R. (2002). Psicología médica. México, Editorial Fondo de Cultura Económica.

- DICAPRIO, N. (1999). Teorías de la personalidad. México, Mc Graw – Hill.
- ECHEÍTA, G. (1989). Las necesidades educativas especiales en la escuela ordinaria. España, Ministerio de Educación y Ciencia.
- ENCICLOPEDIA PROBLEMAS DE APRENDIZAJE. TOMO 1. (2004). Colombia, Ediciones Euroméxico.
- ERIKSON, E. (2000). El ciclo vital completado. España, Paidós.
- ERIKSON, E. (2000). Infancia y sociedad. España, Paidós.
- ESCORIZA, J. (2000). Conocimiento psicológico y conceptualización de las dificultades de aprendizaje. España, Edicions Universitat.
- ESPINOZA, R. M. (2004). Curso de padres de niños con trastornos por déficit de atención con hiperactividad: Una propuesta. Tesina de licenciatura. Facultad de psicología. México, UVAQ.
- ESTRADA, L. (2003). Ciclo vital de la familia. México, Grijalbo.
- FAIRCHILD, T., HENSON, F. (1976). Mainstreaming excepcional children, Austin, Texas. Learning concepts.
- FREUD, S. (2002). Tres ensayos para una teoría sexual. Obras completas . México, Helade, CD - ROM.
- GALLIGÓ, M., GALLIGÓ, T. (2002). Infancia y desarrollo especial. El aprendizaje y sus trastornos. Colombia, Ediciones CEAC.
- GARCIA, Y GARCIA, J. (2000). Mente y cerebro. España, Síntesis.
- GARCÍA, J. N. (1995). Manual de dificultades de aprendizaje. Lenguaje, lecto-escritura y matemáticas. Madrid, Narcea.
- GARIBAY, K. (2001) Desarrollo del niño. México Internet. <http://www.psicologia.cl/psicoarticulos/articulos/introd.htm>.
- GONZALEZ, M. (2003). Los celos entre hermanos en niños de cinco años con trastornos de lenguaje, aprendizaje y déficit de atención con hiperactividad. Revista Alethia Psicología y psicoanálisis. México, IIPCS: (22), 117-143.
- GRATCH, L. Ó. (2001). El Trastorno por Déficit de Atención. (ADD-ADHD). Argentina, Editorial Médica Panamericana.
- GILLBERG, C. MELANDER, H. y COLS. (1997). Long-term Stimulant Treatmnt of Children With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms: A Randomized,

- Double-blind, Placebo-Controlled Trial. American Medical Association. USA, (54), 157-164.
- HOAGWOOD, K., KELLEHER, K., FEIL, M. Y COMER, D. (2000). Treatments services for children with ADHD, a national perspective. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, USA, (39), 198-206.
- Infancia. (2001). Enciclopedia Encarta. Microsoft, CD-ROM .
- HAYA, P . (2002). Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad. Departamento de Psicología. México, Instituto Kipling de Morelia.
- JOHNSTON, C., PELHAM, W. (2000). Teacher rating predict peer of aggression at 3 year follow-up in boys with attention deficit hyperactivity disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, USA (2000). (54, 4). 571-572.
- JOHNSTON, F. M (1998). Evaluación del niño en su consulta es un TDAH?. American Family, USA, (5) 150-157.
- LEWIS, M. (1982). Desarrollo psicológico del niño, conceptos evolutivos y clínicos. México, Interamericana.
- MACIAS, A. (2003). Concepto de familia en los niños con padres divorciados. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología. México, UVAQ.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM- IV). (1997). España, Masson.
- MARTÍNEZ, C, CHÁVEZ, P. (2003). Aprender a vivir con TDAH. México, Grupo Norma.
- MAIER, H. (1982). Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears. Argentina, Amorrotu Editores.
- MENIN, O., BLOJ, A. M. (2000). Problemas de aprendizaje. ¿qué prevención es posible? España, Homo Sapiens.
- MORENZA, L. (1996). Los niños con dificultades en el aprendizaje. Perú, Educa.
- MUELLER, F. L. (2004). Historia de la psicología. México, Editorial Fondo de Cultura Económica.
- MUÑIZ, E. (2000). Biología. México, Editorial McGraw-Hill.
- OSORIO, M. (2006). No juzgues a los demás. Reflexiones, México. Sony Music. CD.

- PALACIOS, J. MARCHESI, A. (1995). Desarrollo psicológico y educación. España, Alianza.
- PAPALIA, D. E. ,WENDKOS, O.S., DUSKIN, F.R (2001). Psicología del Desarrollo. Colombia, Mc Graw Hill.
- PIAGET, J. (1984). La formación del símbolo en el niño. México, Editorial Fondo de Cultura Económica.
- PIAGET, J. (1984) Seis Estudios de Psicología.España ,Barral Editores.
- PIAGET, J. (1995). Estudios de Psicología Genética. Argentina, Emecé Editores.
- PIAGET, J. INHELDER, B. (2000). Psicología del niño. España, Ediciones Morata.
- POSTEL, J. (1990). Historia de la psiquiatría. México, Editorial Fondo de Cultura Económica.
- PUIG,C., BALES, C. (2000). ¿ Qué le pasa a mi hijo? Trastornos psicológicos del niño. España, Océano .
- RIEF, S. F. (2001). Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad. Argentina, Editorial Paidós.
- SHILS, M. E. (2002). Nutrición en salud y enfermedad. México, McGraw-Hill Interamericana.
- STEVENS, L. J. (2001) Cómo ayudar a los niños con déficit de atención. ADD. ADHD. México, Editorial Aguilar.
- STEVENSON, L. (2001). Niños genios, hiperactivos o malcriados. México, Editorial León .
- THOMAC, D. (1999). Infancia y autoestima. México.
<http://www.serpiente.dgsca.unam.mx>.
- TURECKY, S. ,TONNER, I. (2002) El niño difícil. México. Editorial Norma.
- VELASCO, F .R . (2000). El niño hiperquinético . México, Trillas.

ANEXOS

ANEXO 1. REGISTRO DE ASISTENTES AL CURSO

REGISTRO DE ASISTENCIA DE LOS ASISTENTES AL CURSO -TALLER

T.D.A.H.

LA PIEDAD, MICH., A _____ DE _____ DEL _____

No.	NOMBRE	FUNCIÓN	HORA DE ENTRADA	FIRMA	HORA DE SALIDA	FIRMA	OBSERVACIONES
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

ANEXO 2 . GAFETE



ANEXO 3. CARPETA

Esta carpeta guardará muchos y hermosos momentos que habremos de compartir en este curso. Cada vez que la necesites, ábrela y seguramente te será de mucha ayuda para atender a un niño (a) con el TDAH.

¡Felicidades!

Referencias.

FREUD, A. (1992). Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente. España, Piados.

GARIBAY, K. (2001) Desarrollo del niño. México Internet. <http://www.psicologia.cl/psicoarticulos/articulos/introd.htm>.

MAIER, H. (2000). Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears. Argentina, Amorrortu.

PAPALIA, D., WENDKOS, S., DUSKIN, R. (2001) Desarrollo humano. Colombia, Mc Graw Hill.

ANEXO 5. GUÍA PARA TEMA DE DISCUSIÓN: CONOCIENDO EL DESARROLLO DEL ALUMNO DE 6 A 12 AÑOS DE EDAD. 2ª PARTE

Desarrollo físico.

Según Puig y Balés (2000), la motricidad en el infante es necesaria para que el pensamiento del niño evolucione debido a la experiencia con el entorno. A la edad de los 3 años en adelante la motricidad del niño y le permite realizar actividades cada vez más complicadas y movimientos más amplios y precisos. De acuerdo con Papalia y cols. (2001), el juego en esta etapa es un rudo, vigoroso, que incluye lucha, patadas, revolcones, persecuciones risas, gritos; este juego tiene como objetivo que el niño valore su propia fuerza y la de los demás. En cuanto al área de salud, las enfermedades más comunes son gripa, resfriado, infecciones virales, enfermedades respiratorias. Los accidentes son muy comunes a esta edad, debido a los juegos rudos, y actividades físicas.

Desarrollo psicosexual.

Sigmund Freud (2002), creador de la teoría del desarrollo psicosexual considera que existen 5 etapas que el individuo vive a través de su vida:

- Etapa oral: 0 a los 18 meses.
- Etapa anal: año y medio a tres años.
- Etapa fálica o edípica: 3 a los 5 años.
- Etapa de lactancia: 6 a 11 años.
- Etapa genital: 12 años en adelante.

Desarrollo cognitivo.

De acuerdo con Puig y Balés (2000) las experiencias que el niño adquiere y las actividades nuevas que aprende le permite desarrollar su pensamiento motivado por sus capacidades innatas.

Acorde con Piaget (citado por Maier, 2000), existen dos supuestos diferentes que explican la evolución de la organización cognoscitiva. El primer supuesto dice que la organización y la interrelación de los objetos, el espacio, la causalidad y el tiempo indican la existencia anterior de pautas definidas del desarrollo intelectual. El segundo supuesto dice que el intelecto organiza su propia estructura a consecuencias de su experiencia con los objetos, el espacio, la causalidad, el tiempo, y la interrelación de estas realidades ambientales.

El hombre para tener un equilibrio entre él mismo y el medio ambiente, depende de dos procesos interrelacionados: asimilación y acomodación. El proceso de asimilación consiste en que la persona adapta el ambiente a sí misma; y el proceso de acomodación representa la influencia del ambiente real, es decir la adaptación de uno mismo al ambiente.

Desarrollo emocional.

Acorde con Ana Freud, (1992), el desarrollo emocional de los niños y niñas en los primeros años de vida avanza de modo semejante, esto se debe a que, anteriormente solo existía un solo objeto para él que le satisfaciera, la madre; no obstante. De los 3 a los 5 años, comienzan a seguir líneas diferentes, ya que en esta etapa la relación empieza a ser triádica, donde entra el padre y entonces empiezan a generarse cada vez más emociones como admiración, envidia, celos, miedo.

En cualquier edad, para un niño, es de suma importancia la aceptación de los padres y de las personas que le rodean, el sentirse querido, aceptado, hace sentirse seguro y por consecuencia traerá una estabilidad emocional que es vital para formar una buena autoestima y autoconcepto.

Referencias.

FREUD, A (1992). Psicoanálisis del desarrollo de niño y del adolescente. España, Paidós.

GARIBAY, K (2001). Desarrollo del niños. México. Internet

<http://www.psicología.cl/psicoarticulos/articulos/introd.htm>.

MAIER, H (2000) Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears. Argentina, Amorrort.

PAPALIA, D, WENDKOS, S; DUSKIN, R (2001). Desarrollo humano. Colombia, Mc Graw Hill.

ANEXO 6. PENSAMIENTO EN CD DE MARIANO OSORIO / REFLEXIONES 2
“NO JUZGUES A LAS PERSONAS” TEMA No. 4.CD -1.

CANCIÓN : “ SOMOS ESPECIALES”

ALBÚN BARNEY Y SUS AMIGOS. CD. TEMA -2.

ANEXO 7. GUIA PARA TEMA DE DISCUSIÓN: CONOCIENDO EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH).

Definición de TDAH.

Acorde con el Diccionario Médico del Instituto Nacional de Salud (2003), Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), es “un síndrome de trastorno de aprendizaje y de conducta disruptiva que no es causado por ningún desorden físico o mental serio y que tiene severos subtipos caracterizados primordialmente por síntomas de inatención, hiperactividad y comportamiento impulsivo” .

Clasificación.

Según el DSM-IV (1997), Los síntomas están presentes antes de los 7 años de edad y deben de estar presentes en dos o más ambientes, en escuela o casa. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

- Tipo con predominio del déficit de atención: no presta atención suficiente a detalles o incurre en errores por descuido en tareas escolares, tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
- Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo: mueven en enexo manos o pies o se remueve en su asiento, abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado, corre o salta excesivamente en situaciones que es inapropiado.
- Tipo combinado. Presenta síntomas de desatención, hiperactividad e impulsividad ya mencionados en los dos tipos anteriores.

Barragán (2001), propone la siguiente clasificación para poder valorar la severidad de los síntomas:

- **Leve:** no afecta la funcionalidad del individuo con respecto a su entorno, es decir, el niño se desenvuelve sin dificultad en su ambiente.
- **Moderado:** provoca alteraciones en el desarrollo que no son tan graves y requiere de supervisión periódica.
- **Severo:** existe una seria alteración en el desarrollo, sus conductas son persistentes e intensas y modifican la habilidad del niño en cuanto a las funciones de su desarrollo biopsicosocial.

Antecedentes Históricos.

La fundación DA (2002), menciona que el trastorno ha evolucionado de acuerdo a los diferentes estudios que se han realizado, y ha recibido también distintos nombres a través del tiempo como defectos de carácter moral, síndrome cerebral mínimo, disfunción cerebral mínima, reacción hiperkinética de la infancia, trastorno por déficit de atención tipo predominante hiperactivo impulsivo, trastorno por déficit de atención tipo predominante inatento.

Para 1970 empezó haber un auge de investigaciones, estudios, publicaciones; gracias a este apogeo el uso de fármacos (estimulantes) para el tratamiento para este tipo de problemas en niños se hizo muy común, se empezó hablar de dietas, del desarrollo cultural rápido y cambiante.

Referencias.

- ÁVILA, C., POLAINO-LORENTE, A. (2002). Niños hiperactivos. México, Narcea.
- BENAVIDES, G. (2003). El niño con déficit de atención e hiperactividad. México, Trillas.
- Déficit de atención. Lo que todos debemos conocer (2002). México. Fundación DA.
- GRATH, L, O. (2003). El trastorno por déficit de atención. Argentina, Panamericana.
- MARTINEZ, C., CHAVEZ, P. (2003). Aprender a vivir con TDAH. México, Grupo Norma.
- VELASCO, R. (2000). El niño hiperquinético. México, Trillas.

ANEXO 8. GUIA PARA TEMA DE DISCUSIÓN: CONOCIENDO EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.2ª PARTE.

Diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Martínez y Chávez (2000) mencionan que por ser el TDAH un problema donde intervienen varios factores, es una tarea difícil y compleja por lo que el diagnóstico resulta complicado y se recomienda trabajar interdisciplinariamente.

Menciona Barragán, (2001) que un diagnóstico temprano se puede iniciar un tratamiento oportuno, hay menos impactos negativos en la estructura de la personalidad, evitando los trastornos de conducta disruptivos, desafiantes, ansiedad y depresión. El DSM-IV en (1997) menciona que los síntomas deben permanecer por más de seis meses, deben presentarse antes de los siete años de edad y además presentarse en dos o más ambientes.

Pronóstico.

De acuerdo con Barragán (2001), sí hay un diagnóstico temprano hay por lo tanto, una intervención y tratamiento de manera oportuna dando un pronóstico favorable y evitar impactos negativos en la estructura de su personalidad y trastornos conductuales. El TDAH es más acentuado en la infancia y en la adolescencia y en la edad adulta disminuye notablemente, pero nunca desaparece, en el adulto aparece como TDAH residual.

Referencias

- ÁVILA, C., POLAINO-LORENTE, A. (2002). Niños hiperactivos. México, Narcea
- BENAVIDES, G. (2003). El niño con déficit de atención e hiperactividad. México, Trillas.
- Déficit de atención. Lo que todos debemos conocer (2002). México. Fundación DA.
- MARTINEZ, C., CHAVEZ, P. (2003). Aprender a vivir con TDAH. México, Grupo Norma.
- VELASCO, R. (2000). El niño hiperquinético. México, Trillas.

ANEXO 9. GUIA PARA TEMA DE DISCUSIÓN: CONOCIENDO AL ALUMNO CON TDAH.

Causas del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Existen diferentes posturas sobre las causas del TDAH y son las siguientes (Gratch, 2003):

- Alteraciones prenatales, perinatales y postnatales.
- Factor ambiental.
- Factor hereditario.
- Factor neuroquímico.
- Otros factores. Alteraciones estructurales y alteraciones funcionales.

Síntomas generales.

Velasco (2000), menciona que la hiperactividad ocurre en niveles sensoriales afectando así la atención. Por lo que hay una excesiva actividad sensorial, lo que obliga al niño a estar siempre hiperestimulado, tanto del exterior como del medio interno (que es en parte una respuesta al ambiente, por lo que se manifiesta permanentemente en todo lugar).

Síntomas que el niño con TDAH presenta:

- Hiperactividad verbal.
- Trastorno del sueño.
- Destructividad y agresividad.
- Inatención.
- Trastornos de aprendizaje.
- Irritabilidad.
- Impulsividad.
- Desobediencia patológica.
- Inmadurez motora.
- Perseveración.
- Disdoria.

Referencias.

ÁVILA, C., POLAINO-LORENTE, A. (2002). Niños hiperactivos. México, Narcea.

BENAVIDES, G. (2003). El niño con déficit de atención e hiperactividad. México, Trillas.

Déficit de atención. Lo que todos debemos conocer. (2002). México. Fundación DA.

HAYA, P. (2002). Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad. Departamento de Psicología. México. Instituto Kipling de Morelia.

MARTÍNEZ, C., CHÁVEZ, P. (2003). Aprender a vivir con TDAH. México, Grupo Norma.

VELASCO, R. (2000). El niño hiperquinético. México, Trillas.

ANEXO 10. CUESTIONARIOS (INTERROGATORIO CLINICO PARA PADRES Y MAESTROS).

I. FACTORES DE DESARROLLO

a. Historia prenatal

1. ¿Cómo fue su salud durante el embarazo?

buena _____
 regular _____
 pobre _____
 *n/s _____

*n/s: no sabe o no recuerda

2. ¿Qué edad tenía usted cuando nació su hijo?

menos de 20 _____
 20-24 _____
 25-29 _____
 30-34 _____
 35-39 _____
 40-44 _____
 más de 44 _____

¿Recuerda haber consumido alguna de estas sustancias durante el embarazo?
 ¿Cuántas veces?

	Nunca	1 a 2	3 a 9	10 a 19	20 a 39	más de 40
3. Cerveza o vino.						
4. Bebidas de alta graduación alcohólica.						
5. café u otras cafeínas (coca-cola, etc)						
6. Cigarrillos.						

7. ¿Ingerió usted alguna de esta sustancias?

- _____ Valium (Librium-Xanax)
 _____ tranquilizantes.
 _____ Dilantin (medicamentos anticonvulsivante)
 _____ tratamiento para la diabetes
 _____ antibióticos
 _____ inductores del sueño
 _____ otros (por favor, especifique: _____)

b. Historia perinatal

8. ¿Tuvo usted toxemia o eclampsia?

no _____
 sí _____
 n/s _____

9. ¿Hubo incompatibilidad de factor Rh?

no _____
 sí _____
 n/s _____

10. El nacimiento se produjo

en menos de 8 meses _____
 término (8-10 meses) _____
 10 meses _____

11. ¿Cuánto tiempo duró el trabajo de parto?

menos de 6 h _____
 7 a 12 h _____
 13 a 18 h _____
 19 a 24 h _____
 > de 24 h _____

12. ¿Le administraron alguna droga para aliviar el dolor?

Nombre:

no _____
 sí _____
 n/s _____

13. ¿Hubo indicadores de sufrimiento fetal durante el trabajo de parto o el nacimiento?

sí _____
 n/s _____

14. El nacimiento fue

¿normal? sí _____
 no _____
¿de nalgas? sí _____
 no _____
¿por cesárea? no _____
 sí _____
¿con fórceps? no _____
 sí _____
¿inducido? no _____
 sí _____

15. ¿cuál fue el peso del bebé al nacer?

menos de _____
2 a 3 kg. _____
3 a 4 kg. _____
4 a 5 kg. _____
más de 5 kg. _____

II. HISTORIA MEDICA

16. ¿Cómo describiría su salud?

muy buena _____
buena _____
regular _____
mala _____
muy mala _____

17. ¿Cómo fue su audición?

buena _____
regular _____
mala _____

18. ¿Cómo fue su visión?

buena _____
regular _____
mala _____

19. ¿Cómo fue la coordinación de su motricidad gruesa?

buena _____
regular _____
mala _____

20. ¿Cómo fue la coordinación de su motricidad fina?

buena _____
regular _____
mala _____

21. ¿Cómo fue su articulación del lenguaje?

buena _____
regular _____
mala _____

22. ¿Tiene algún problema de salud de tipo crónico?
(p. Ej.: asma, diabetes, afección cardíaca, etc).

De ser afirmativo, por favor especifique:

_____ sí _____
_____ no _____

23. ¿Cuándo fue el comienzo de la enfermedad crónica?

nacimiento _____
0 a 1 año _____
1 a 2 años _____
2 a 3 años _____
3 a 4 años _____
más de 4 años _____

24. ¿Indique cuál de las siguientes enfermedades tuvo?

rubéola _____
sarampión _____
varicela _____
tos convulsa _____
escarlatina _____
neumonía _____
encefalitis _____
otitis media _____
intoxicación con plomo _____
convulsiones _____

25. ¿Tuvo accidentes con las siguientes consecuencias?

- huesos rotos _____
- lastimaduras graves _____
- golpes en la cabeza _____
- daño en los ojos _____
- pérdida de dientes _____
- suturas _____
- otros _____

Otros (especifique): _____

26. ¿Cuántos accidentes?

- 1 _____
- 2 a 3 _____
- 4 a 7 _____
- 8 a 12 _____
- más de 12 _____

27. ¿Lo operaron alguna vez de las siguientes afecciones?

- tonsilitis _____
- adenoides _____
- hernia _____
- apendicitis _____
- nariz, garganta _____
- oidos, ojos _____
- desórdenes digestivos _____
- tracto urinario _____
- brazos o piernas _____
- quemaduras _____
- otras _____

28. ¿ Cuántas veces?

- 1 _____
- 2 a 3 _____
- 4 a 7 _____
- 8 a 12 _____
- más de 12 _____

29. ¿Duración de la internación?

- 1 día _____
- 1 día y 1 noche _____
- 2 a 3 días _____
- 4 a 6 días _____
- 1 a 4 semanas _____
- 1 a 2 meses _____

30. ¿ Existen sospechas de consumo de drogas y alcohol

- no _____
- si _____
- n/s _____

31. ¿Hubo alguna historia de abuso fisico o sexual?

- no _____
- si _____
- n/s _____

32. ¿Presentó alteraciones del sueño?

- ninguna _____
- dificultad para conciliar el sueño _____
- sueño continuamente perturbado _____
- se despierta muy temprano en la mañana _____

33. ¿Es inquieto al dormir?

- no _____
- si _____
- n/s _____

34. ¿Controla estinteres (vejiga).....de noche?

- no _____
- si _____

De ser positivo: ¿con qué frecuencia?
 ¿ alguna vez fue continente? _____
de día? _____

De ser positivo: ¿con qué frecuencia?
 ¿ alguna vez fue continente? _____

35. ¿ Tiene problemas de control de esfinteres (intestino)

.....de noche? no _____
 sí _____

De ser positivo: ¿con qué frecuencia? _____
 Alguna vez fue continente _____
 de día: no _____
 sí _____

De ser positivo: ¿con qué frecuencia? _____
 Alguna vez fue continente _____

36. ¿Tiene problemas con el control de apetito?

come de más _____
 promedio _____
 come de menos _____

37. ¿Alguna vez le prescribieron alguna de las siguientes drogas?

Ritalina _____ meses	tiempo de uso _____	tranquilizantes _____ meses	tiempo de uso _____
anfetaminas _____ meses	tiempo de uso _____	anticonvulsivantes _____ meses	tiempo de uso _____
Tamolan _____ meses	tiempo de uso _____	antihistamínicos _____ meses	tiempo de uso _____

Otras drogas prescritas _____

tiempo de uso (en meses) _____
(especifique por favor)

38. ¿Hizo alguno de los siguientes tratamientos psicológicos?

Si así fue, ¿cuánto tiempo duraron?

psicoterapia individual _____
 duración _____
 psicoterapia de grupo _____
 duración _____
 psicoterapia familiar _____
 duración _____
 internación psiquiátrica _____
 duración _____

III. HISTORIA ESCOLAR

Por favor, resuma el progreso del niño a lo largo de los siguientes niveles de estudios realizados:

previo al jardín de infantes: _____
 jardín de infantes y preescolar: _____
 de 1er. a 3er. Grado: _____
 de 4º a 7º grado: _____
 escuela secundaria: _____

39. ¿Estuvo alguna vez en el programa especial de educación?

Si así fue, ¿cuánto tiempo?

clases por dificultad en el aprendizaje _____
 duración _____
 clases por dificultad en el comportamiento de orden emocional. _____
 duración. _____
 terapia psicopedagógica _____
 duración _____

40. ¿Alguna vez

fue suspendido del colegio? _____
 No. de suspensiones _____
 fue expulsado del colegio? _____
 No. de expulsiones _____
 repitió grados? _____
 ¿cuántos? _____

41. ¿Fue necesario el apoyo extraescolar? no _____
 ¿En qué consistió? _____ si _____

IV. HISTORIA SOCIAL.

42. ¿Cómo se lleva con sus hermanos? no tiene relación _____
 mejor que el promedio _____
 promedio _____
 peor que el promedio _____

43. ¿Con qué facilidad hace amigos? fácilmente _____
 promedio _____
 difícilmente _____
 n/s _____

44. ¿En promedio, ¿cuánto tiempo conserva sus amistades? menos de 6 meses _____
 6 a 12 meses _____
 más de 12 meses _____
 n/s _____

V. PREOCUPACIONES DEL COMPORTAMIENTO ACTUAL

Preocupaciones primarias

Otras preocupaciones

45. ¿qué estrategias fueron implementadas para causar estos problemas? reprimendas verbales _____
 aislamiento _____
 desconocer privilegios _____
 castigos físicos _____
 consentirlo _____
 evitarlo _____

46. En promedio, ¿qué porcentaje de las veces su chico responde a las primeras observaciones? 0 a 20 % _____
 20 a 40 % _____
 40 a 60% _____
 60 a 80 % _____
 80 a 100 % _____

47. En promedio, ¿qué porcentaje de veces responde a observaciones o reglas? 0 a 20 % _____
 20 a 60 % _____
 40 a 60 % _____
 60 a 80 % _____
 80 a 100% _____

48. ¿Hasta que punto son ustedes firmes respecto de las estrategias disciplinarias? la mayor parte del tiempo _____
 a veces _____
 nunca _____

49. ¿Pasó por algunas situaciones estresantes en los últimos 12 meses? divorcio o separación de los padres _____
 accidentes o enfermedades familiares _____
 muertes en la familia _____
 cambio de trabajo de los padres _____
 cambio de colegio _____
 mudanzas _____
 problemas económicos familiares _____
 otro (por favor, especifique) _____

VI. CRITERIOS DIAGNOSTICOS

50. ¿Cuales de los items siguientes consideran ustedes actualmente?

- es inquieto
- no puede permanecer sentado
- se distrae facilmente
- le cuesta esperar su turno
- a menudo responde sin esperar que le formule la pregunta
- le resulta dificil seguir instrucciones
- tiene dificultad para sostener la atencion
- pasa de una actividad a otra
- tiene dificultad para jugar callado
- habla excesivamente
- interrumpe, es intrusivo
- a menudo pierde cosas (utiles escolares, ropas)
- suele involucrarse en actividades fisicas peligrosas

Total para IDAH:

51. ¿Cuando comenzaron estos problemas? (especifique la edad):

52. ¿Cuales de los items siguientes consideran ustedes problemas significativos actualmente?

- a menudo esta malhumorado
- a menudo discute con adultos
- a menudo desafia o rechaza activamente los requerimientos o reglas de los adultos
- deliberadamente hace cosas para molestar a otras personas
- a menudo echa la culpa a otro de sus errores
- suele ser susceptible
- con frecuencias esta enojado o resentido
- con frecuencias es rencoroso o vengativo
- usa lenguaje obsceno o insulta a menudo

Total para ODD:

53. ¿Cuando comenzaron estos problemas? (especifique la edad):

54. ¿Cuales de los siguientes son considerados por ustedes problemas significativos actualmente?

- roba sin aceptar la culpabilidad
- escapa de casa por la noche por lo menos dos veces
- miente a menudo
- atenta contra las reglas deliberadamente
- a menudo se escapa
- asalto propiedades
- destruyo la propiedad ajena
- es cruel con los animales
- torzo a otros a realizar actividades sexuales
- uso un arma en una pelea
- con frecuencia inicia peleas fisicas
- robo aceptando su culpabilidad
- agredio fisicamente a otras personas
- provoco incendios deliberadamente

Total para CD:

55. ¿Cuando comenzaron estos problemas? (especifique la edad):

56. ¿Cuales de los siguientes son considerados problemas significativos en este momento?

- excesiva y persistente preocupacion acerca de un posible dano a sus figuras de apego

		<input type="checkbox"/>	excesiva y persistente preocupación acerca de que un evento calamitoso pudiera separarlo de sus figuras de apego.	
		<input type="checkbox"/>	rechazo escolar persistente.	
		<input type="checkbox"/>	rechazo permanente a dormir solo	
		<input type="checkbox"/>	evitacion persistente a quedarse solo	
		<input type="checkbox"/>	pesadillas a repeticion	
		<input type="checkbox"/>	malestares somaticos	
		<input type="checkbox"/>	excesiva angustia al anticiparse a la separacion de sus figuras de apego	
		<input type="checkbox"/>	excesiva angustia al alejarse de su casa o al separarse de sus figuras de apego.	
57. ¿Cuándo comenzaron estos problemas? ()				
(especifique edad):				
58. ¿Cuáles de los siguientes son considerados problemas significativos en este momento?				
		<input type="checkbox"/>	preocupación excesiva sobre eventos futuros	
		<input type="checkbox"/>	afliccion excesiva sobre lo adecuado de su comportamiento pasado.	
		<input type="checkbox"/>	miedo a la competencia	
		<input type="checkbox"/>	malestares somaticos	
		<input type="checkbox"/>	marcada autoexigencia	
		<input type="checkbox"/>	excesiva necesidad de sentirse seguro	
		<input type="checkbox"/>	marcada incapacidad para despreocuparse	
59. ¿Cuándo comenzaron estos problemas? ()				
(especifique edad):				
60. ¿Cuáles de los siguientes son considerados problemas significativos en el presente?				
		<input type="checkbox"/>	caracter depresivo o irritable la mayor parte del dia, casi todos los dias	
		<input type="checkbox"/>	incapacidad para disfrutar de las actividades que realiza	
		<input type="checkbox"/>	aumento o disminucion del apetito	
		<input type="checkbox"/>	insomnio o hipersomnia casi todos los dias	
		<input type="checkbox"/>	agitacion o retardo psicomotor	
		<input type="checkbox"/>	fatiga o perdida de la energia	
		<input type="checkbox"/>	sentimientos de inutilidad o excesiva culpa inapropiada	
		<input type="checkbox"/>	disminucion de la capacidad de concentracion ideas o intentos de suicidio	
61. ¿Cuándo comenzaron estos problemas? ()				
(especifique la edad):				
62. ¿Cuáles de los siguientes son considerados problemas significativos actualmente?				
		<input type="checkbox"/>	caracter depresivo o irritable la mayor parte del dia, durante el año	
		<input type="checkbox"/>	poco o demasiado apetito	
		<input type="checkbox"/>	insomnio o hipersomnia	
		<input type="checkbox"/>	poca energia o fatiga	
		<input type="checkbox"/>	baja autoestima	
		<input type="checkbox"/>	concentracion pobre	
		<input type="checkbox"/>	dificultad para tomar decisiones	
		<input type="checkbox"/>	sentimientos de desesperanza	
		<input type="checkbox"/>	nunca sin sintomas por menos de 2 meses sobre un periodo de un año	
			Total para distimia:	
63. ¿Cuándo comenzaron estos problemas? ()				
(especifique la edad):				

VII. OTRAS PREOCUPACIONES

64. ¿Ha presentado alguno de los siguientes síntomas?

- gestos estereotipados
- posturas extrañas
- excesiva o ninguna reacción a los ruidos
- rituales compulsivos
- tics motores
- tics vocales

Total:

(Nota: las respuestas a las preguntas de esta sección son opcionales).

65. ¿Exhibió síntomas de perturbación del pensamiento, incluyendo alguno de los siguientes?

- pensamiento interceptado (ideas tangenciales, habla o dice palabras circunstancialmente)
- ideas bizarras (fascinaciones extrañas, ideas delirantes, alucinaciones)
- desorientado, confuso, "con la mirada perdida", "en otro mundo"
- discurso incoherente (murmullos, jergas)

Total:

66. ¿Exhibió síntomas de perturbación afectiva, incluyendo alguno de los siguientes?

- excesiva labilidad en referencia al medio
- explosivo a la más insignificante provocación
- excesiva adherencia, apego o dependencia de los adultos
- temores inusuales
- aversiones extrañas
- ataque de pánico
- emociones inapropiadas de acuerdo con la situación.
- carácter restringido y poco espontáneo

Total:

67. ¿Exhibió síntomas de perturbación de la conducta social, incluyendo alguno de los siguientes?

- poco o ningún interés en sus padres
- opiniones significativamente indiscretas
- comienza o termina interacciones inapropiadamente
- comportamiento social cualitativamente anormal
- reacción excesiva a los cambios en la rutina
- anomalías del lenguaje

Total:

VIII. HISTORIA FAMILIAR

68. ¿Cuánto tiempo de casados llevan usted y el padre (madre) del chico?
(por favor, aclare si el chico fue producto de 1º, 2º, etc., matrimonio).

- nunca se casaron
- separados
- divorciados
- viudos
- casados _____ años

69. ¿Es estable su actual matrimonio?

- no
- sí

Muchas gracias por su colaboración

ACLARACIONES

FAMILIARES MATERNOS							
	<i>usted</i>	<i>padre</i>	<i>madre</i>	<i>hermanos</i>		<i>I</i>	
				<i>hno.</i>	<i>hna.</i>		
Problemas con la agresividad, el desafío y el comportamiento infantil opositor.							
Problemas con la atención, actividad e impulsividad infantil							
Dificultades de aprendizaje							
Fracaso en terminar el secundario							
Retardo mental							
Psicosis o esquizofrenia							
Depresión (por más de dos semanas).							
Desórdenes de la ansiedad que requirieron tratamiento							
Tics o enfermedades de Gilles de la Tourette							
Abuso del alcohol							
Abuso de drogas							
Comportamiento antisocial (robo, asalto, etc).							
Arrestos							
Abuso físico							
Abuso sexual							
FAMILIARES PATERNOS							
	<i>usted</i>	<i>padre</i>	<i>madre</i>	<i>hermanos</i>		<i>I</i>	
				<i>hno.</i>	<i>hna.</i>		
Problemas con la agresividad, el desafío y el comportamiento infantil opositor.							
Problemas con la atención, actividad e impulsividad infantil							
Dificultades de aprendizaje							
Fracaso en terminar el secundario							
Retardo mental							
Psicosis o esquizofrenia							
Depresión (por más de dos semanas).							
Desórdenes de la ansiedad que requirieron tratamiento							
Tics o enfermedades de Gilles de la Tourette							
Abuso del alcohol							
Abuso de drogas							
Comportamiento antisocial (robo, asalto, etc).							
Arrestos							
Abuso físico							
Abuso sexual							

Nombre del niño/a _____

Fecha de nacimiento ___/___/___ edad _____ sexo _____

Dirección _____
calle _____ ciudad _____

provincia _____ cod. postal _____ teléfono _____

Escuela _____
nombre _____ dirección _____ teléfono _____

Grado _____ Nive especial (si existe) _____

El niño actualmente vive con:

___ madre natural ___ padre natural ___ madrastra ___ padrastro
___ madre adoptiva ___ padre adoptivo ___ padre sustituto
___ madre sustituta ___ otro (especificar) _____

Adultos que no conviven con el niño, pero están involucrados en su crianza:

Fuente de referencia: nombre _____

Dirección _____ Teléfono _____

Resume los principales problemas del niño:

PADRES

Madre

ocupación _____ teléfono de la oficina _____

edad _____ edad al momento del embarazo del paciente _____

escolaridad: nivel de estudios alcanzados _____
problemas de aprendizaje _____
problemas de atención _____
problemas de conducta _____

Problemas médicos _____

¿Algún pariente consanguíneo ha tenido problemas similares a los que está evidenciando su hijo/a? De ser así, descríbalos _____

Padre

ocupación _____ tel. de la oficina _____

escolaridad: nivel de estudios alcanzados _____
problemas de aprendizaje _____
problemas de atención _____
problemas de conducta _____

Problemas médicos _____

¿Algún pariente consanguíneo ha tenido problemas similares a los que está evidenciando su hijo/a? De ser así, descríbalos _____

HERMANOS

nombre _____ edad _____ problemas médicos, sociales o escolares _____

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

EMBARAZO - complicaciones

náuseas excesivas _____ hospitalización requerida _____

excesivas pérdidas de sangre/manchas en la piel _____ amenaza de pérdida. _____

infecciones (especificar) _____

Toxemia _____ operación/es(especificar) _____

Otras enfermedades (especificar) _____

Fumaba durante el embarazo _____ número de cigarrillos por día _____

consumo de alcohol durante el embarazo _____ describa si el consumo iba más allá de lo ocasional _____

medicaciones tomadas durante el embarazo _____

estudios de rayos X realizados durante el embarazo _____

duración de embarazo (semanas) _____

PARTO

Tipo de trabajo: espontáneo _____ inducido _____ durante (h) _____

tipo de parto: normal _____ cesarea _____

complicaciones: cordón alrededor del cuello _____ hemorragia _____

bebé lastimado durante el parto _____ otro _____

peso al nacer _____

PERIODO POSPARTO

Ictericia _____ cianosis _____ cuidado en la incubadora _____

infección (especificar) _____

cantidad de días que el niño estuvo en el hospital luego del parto _____

INFANCIA

¿Tuvo alguna de las siguientes conductas -con algún grado de intensidad- en los primeros años de vida? De ser así, describa:

no disfrutaba cuando se lo mecía _____

no se calmaba cuando se lo tomaba en brazos o se lo acariciaba _____

era molesto _____

tenía cólicos _____ excesivamente inquieto _____

excesivamente irritable _____

se golpeaba la cabeza con frecuencia _____

dormía poco _____

era difícil de cuidar _____

estaba metido permanentemente en todo _____

HISTORIA MÉDICA

Si la historia médica de su hijo incluyó alguno de los siguientes ítem, por favor anote a qué edad ocurrió el incidente o la enfermedad y cualquier otra información pertinente:

- ¿Se frustra con facilidad? _____
- ¿Tiene rabietas? _____
- ¿Tiene malos modales en la mesa? _____
- Tiene explosiones de agresión física a otros niños/as? _____
- ¿Actúa como si fuera impulsado por motor imparable? _____
- ¿Ha tenido un excesivo número de accidentes? _____
- Parece no aprender de las experiencias? _____
- ¿Tiene una memoria débil? _____

UN NINO DIFERENTE

- ¿Crea su niño/a más problemas que sus hermanos/as en el ámbito de hogar? _____
- ¿Tiene dificultad su niño/a en aprender de sus experiencias? _____
- ¿Tipos de medidas disciplinarias que utiliza con su hijo/a _____
- ¿Existe alguna medida disciplinaria que haya sido efectiva? _____

Han participado ustedes de alguna orientación para padres u otras formas de información respecto de medida disciplinarias y regulación de la conducta?

INTERESES Y LOGROS

- ¿Cuáles son los principales intereses y hobbies de su hijo/a? _____
- ¿Cuáles son las áreas de mayores logros de su hijo/a? _____
- ¿Qué actividad disfruta más su hijo/a? _____
- ¿Qué actividad le disgusta más a su hijo/a? _____

Liste nombres y direcciones de otros profesores consultados (incluya al pediatra y al médico de la familia)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Comentarios adicionales: por favor, escriba cualquier comentario adicional que desee realizar acerca de su hijo/a.

Cuadro	<i>Cuestionario para adultos (ADD residual)</i>		
Nombre			Fecha
Fecha de nac.			Entrevistador
Edad			
Historia n°			
De: Russell A. Breskley. Attention deficit hyperactivity disorder, a clinical workbook. The Guilford Press. A division of Guilford Publications, 1991. Traducido por el doctor Luis Gratch y la licenciada Alicia Prieto.			
1. ¿Qué lo indujo a pedir una consulta de evaluación de TDAH en este momento?			
2. ¿Qué sabe acerca de esta afección?			
3. ¿Qué sabe acerca del tratamiento?			
4. ¿Conoce alguna persona diagnosticada con TDAH?			
<input type="checkbox"/>	si		
<input type="checkbox"/>	no		
<input type="checkbox"/>	*n/s		
5. Si es afirmativo, ¿cómo fueron tratados por esta afección?			
<input type="checkbox"/>	Ritalina		
<input type="checkbox"/>	medicación desconocida u otra medicación solamente		
<input type="checkbox"/>	solo con psicoterapia (individual o grupal)		
<input type="checkbox"/>	n/s		
<input type="checkbox"/>	otros		
Comentarios:			
6. ¿Cuáles son sus mayores preocupaciones respecto de su comportamiento actual?			
7. ¿Cuándo diría que estos problemas comenzaron?			
<input type="checkbox"/>	0 a 7 años		
<input type="checkbox"/>	8 a 12 años		
<input type="checkbox"/>	13 a 15 años		
<input type="checkbox"/>	16 a 21 años		
<input type="checkbox"/>	22 a la actualidad		
8. Ahora voy a preguntarle acerca de algunos síntomas y me gustaría que me contara a quien le causaba mayores problemas, si a usted o al grupo de gente con el que se vinculaba.			
*n/s: no estoy seguro/a.			

Síntoma	ahora es:					comentarios
	sí	no	igual	mejor	peor	
a. Inquietud o cansancio						
b. Dificultad para quedar satisfecho.						
c. Se distrae fácilmente						
d. Dificultad para esperar su turno						
e. Responde antes de que las preguntas hayan sido completamente formuladas.						
f. Dificultad en seguir o completar tareas.						
g. Sostiene la atención en las tareas.						
h. A menudo pasa de una tarea a otra.						
i. Dificultad para realizar tareas solo						
j. Habla demasiado.						
k. Interrumpe o interfiere con otros.						
l. No escucha a los demás.						
m. Pierde o se olvida de cosas importantes.						
n. Lleva a cabo actividades físicamente peligrosas.						
o. Constantemente esta en movimiento, como accionado por un motor.						
p. Toma decisiones o actúa demasiado rápido.						
q. Impaciente						

9. ¿Recibió alguna vez tratamiento por estos problemas?					
<input type="checkbox"/>	si				
<input type="checkbox"/>	no				
Si es afirmativo, ¿cuándo y dónde lo recibió?					
¿cuándo fue el tratamiento recomendado y como fue su evolución?					
10. ¿Alguna vez sus padres se asesoraron, para estos problemas cuando usted era chico o adolescente?					
<input type="checkbox"/>	si				
<input type="checkbox"/>	no				
<input type="checkbox"/>	n/s				
11. ¿Sus padres solían quejarse acerca de que usted era un chico difícil de controlar?					
<input type="checkbox"/>	si				
<input type="checkbox"/>	no				
<input type="checkbox"/>	n/s				
Si es positivo, ¿recuerda usted durante que época ellos solían quejarse?					
<input type="checkbox"/>	0 a 7 años				
<input type="checkbox"/>	8 a 12 años				
<input type="checkbox"/>	13 a 15 años				
<input type="checkbox"/>	16 a 21 años				
<input type="checkbox"/>	más de 22 años				
12. Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre el colegio. ¿Cuál ha sido el nivel de graduación más alto que completó?					
<input type="checkbox"/>	menos de 6° grado	<input type="checkbox"/>	secundaria completo		
<input type="checkbox"/>	primaria completa	<input type="checkbox"/>	1 a 2 años de universidad		
<input type="checkbox"/>	1 año de secundaria	<input type="checkbox"/>	3 a 4 años de universidad		
<input type="checkbox"/>	2 a 3 años de secundaria	<input type="checkbox"/>	graduación universitaria		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	posgrado		
13. ¿Tuvo alguna dificultad al comenzar jardín de niños o primer grado? (por favor especifique)					
14. ¿Alguna vez repitió algún grado?					
<input type="checkbox"/>	si				
<input type="checkbox"/>	no				
Si es afirmativo, ¿cuál/es fueron?					
15. ¿Estuvo alguna vez en algún tipo de clase especial durante el colegio?					
<input type="checkbox"/>	si				
<input type="checkbox"/>	no				
Si es afirmativo, ¿en que tipo de clases especiales?					
16. ¿Cómo podría calificar su rendimiento en el colegio?					
<input type="checkbox"/>	promedio				
<input type="checkbox"/>	mejor que el promedio				
<input type="checkbox"/>	peor que el promedio				
17. ¿Cuál era la materia en la que mejor rendía?					
18. ¿Cuál fue su peor materia en el colegio?					
19. ¿Sus maestros pensaban que usted rendía todo lo que podía?					

_____	sí				
_____	no				
_____	n/s				
20 ¿Se escapó alguna vez del colegio?					
_____	sí				
_____	no				
Si es positivo, ¿con qué frecuencia y en qué grados?					
21. ¿Fue alguna vez expulsado o suspendido del colegio?					
_____	si				
_____	no				
22. ¿Alguna vez participo en peleas físicas en el colegio?					
_____	si				
_____	no				
Si es positivo:					
I. ¿Durante que grados o años?					
_____	jardín a 6º grado				
_____	1 a 2 años				
_____	3 a 5 años				
_____	otros				
II. ¿Cuántas veces?					
_____	1				
_____	2 a 5				
_____	6 a 10				
_____	mas de 10				
III. ¿Algunas fueron iniciadas por usted?					
_____	si				
_____	no				
_____	n/s				
IV. ¿Uso alguna vez un arma en una pelea?					
_____	si				
_____	no				
_____	n/s				
23. ¿Alguna vez se escapó de su casa durante la noche?					
_____	si				
_____	no				
Si es positivo:					
I. ¿Cuántas veces?					
_____	1				
_____	1 a 5				
_____	6 a 10				
_____	mas de 10				
II. La vez que mas tarde en regresar, ¿cuánto tiempo transcurrió?					
_____	1 noche				
_____	2 a 5 noches				
_____	6 a 10 noches				
_____	mas de 10 noches				
24. ¿Alguna vez estuvo en problemas por robar o dañar la propiedad ajena cuando era chico o adolescente?					
_____	si				
_____	no				
25. ¿Lo arrestaron alguna vez o tuvo problemas con la ley?					
_____	si				
_____	no				
26. ¿Tiene licencia para conducir?					
_____	si				
_____	no				

57. ¿Es diestro/a, sordo/a o ambidiestro/a?	
-Escribiendo	-Pataleando
-Arrojando	-A predominio visual
58. ¿Tuvo problemas tiroideos?	
_____	SI
_____	no
Si es positivo, detalle:	
HISTORIA DEL DESARROLLO	
59. ¿Hasta donde usted sepa, hubo problemas en el transcurso del embarazo o parto de su madre?	
_____	SI
_____	no
Si es positivo, detalle:	
60. ¿Recuerda o sabe si caminó, se sentó, habló en el tiempo esperado?	
_____	SI
_____	no
Si es negativo, detalle:	
61. ¿Tuvo enfermedades durante la infancia?	
_____	SI
_____	no
Si es positivo, detalle:	
62. ¿Tenía relaciones fluidas con sus padres cuando era chico?	
_____	SI
_____	no
Si es negativo, detalle:	
HISTORIA SEXUAL (sólo para mujeres)	
63. ¿Es sexualmente activa?	
_____	SI
_____	no
64. ¿Esta tratando de quedar embarazada?	
_____	SI
_____	no
65. ¿Intentará quedar embarazada dentro de los próximos 5 años?	
_____	SI
_____	no
66. ¿Usa algún método de control de la natalidad?	
_____	SI
_____	no
67. ¿Esta actualmente amamantando?	
_____	SI
_____	no
MEDICACIONES	
68. ¿Toma alguna medicación?	
_____	SI
_____	no
Si es positivo, detalle:	

79. ¿Existe alguien en su familia que haya tenido el síndrome de Gilles de la Tourette o tics bucales?			
<input type="checkbox"/>	si		
<input type="checkbox"/>	no		
Si es positivo, detalle:			
80. ¿Hay alguien en su familia que presente desórdenes de la motricidad o algún tipo de movimiento inusual?			
<input type="checkbox"/>	si		
<input type="checkbox"/>	no		
Si es positivo, detalle:			
81. ¿Hay alguien en su familia que haya presentado problemas cardíacos?			
<input type="checkbox"/>	si		
<input type="checkbox"/>	no		
Si es positivo, detalle:			
82. ¿Hay algún hipertenso en su familia?			
<input type="checkbox"/>	si		
<input type="checkbox"/>	no		
De ser positivo, detalle:			
83. ¿Hay alguien en su familia que haya tenido problemas de atención?			
<input type="checkbox"/>	si		
<input type="checkbox"/>	no		
De ser positivo, detalle:			
84. ¿Hay alguien de su familia que haya tenido problemas de aprendizaje?			
<input type="checkbox"/>	si		
<input type="checkbox"/>	no		
Si es positivo, detalle:			
HISTORIA SOCIAL			
85. ¿Cuánto fuma?			
<input type="checkbox"/>	nunca fumo	<input type="checkbox"/>	menos de 1/2 paq./día
<input type="checkbox"/>	dejo hace más de 1 año	<input type="checkbox"/>	1/2 a 1 paq./día
<input type="checkbox"/>	dejo por menos de 1 año	<input type="checkbox"/>	1 a 2 paq./día.
		<input type="checkbox"/>	2 o más paq./día.
86. ¿Cuánta cafeína toma por día? (incluyendo té y gaseosas)			
<input type="checkbox"/>	ninguna	<input type="checkbox"/>	5 a 6
<input type="checkbox"/>	1 a 2 tazas	<input type="checkbox"/>	7 a 10
<input type="checkbox"/>	3 a 4 tazas	<input type="checkbox"/>	11 o más
87- ¿Puede contarme su historia laboral, comenzando por lo más lejano que recuerde?			

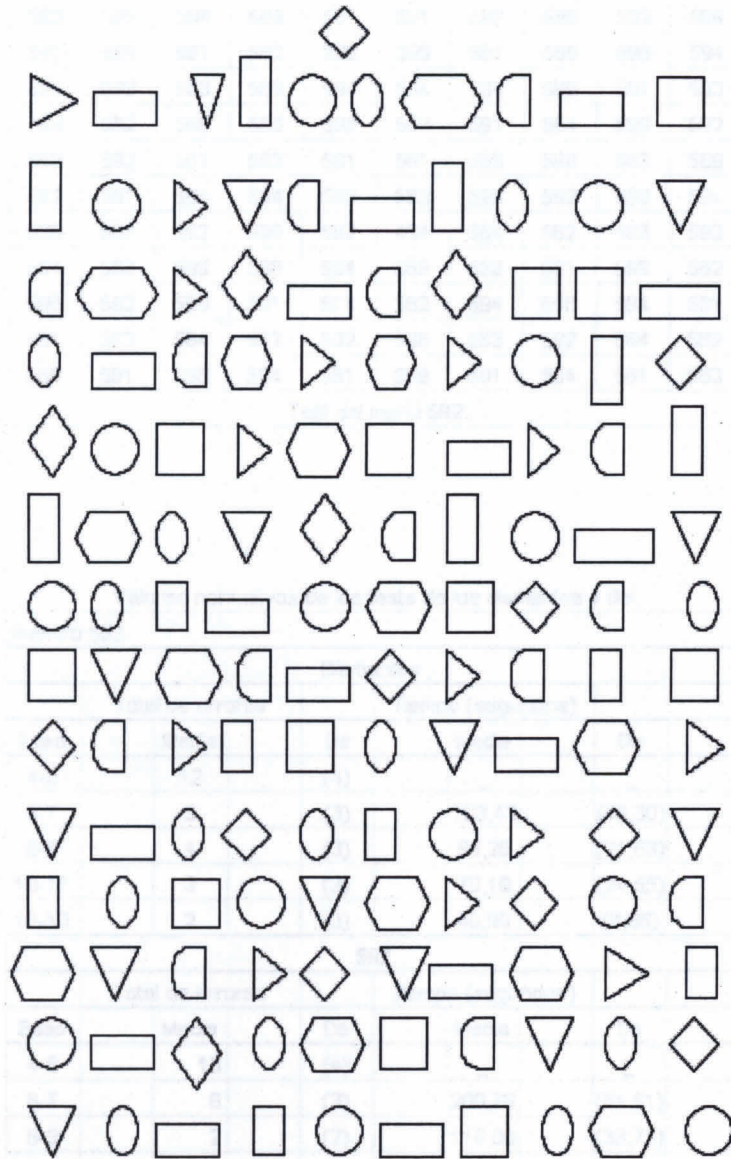
Referencias.

De Russell A, Barkley. Atención déficit hiperactivily disorder, a clinical workbook. The Guilford Press. A división of Guilford publications, 1991. Traducido por el doctor Luis Gratch y la licenciada Alicia Prieto.

GRANCH, L. O. (2001). El trastorno por Déficit de Atención. (ADD- ADHD) Argentina , Editorial Médica Panamericana ,

ANEXO 11. GUIA PARA TEMAS DE DISCUSIÓN. IDENTIFICANDO AL ALUMNO CON EL TRASTORNO DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Test de diamantes.



Test del número 592

569	562	598	561	591	564	563	591	569	561
564	561	592	599	562	594	591	562	598	592
599	593	563	564	591	598	562	564	569	599
563	599	594	569	561	591	592	599	592	564
561	564	591	562	599	599	561	569	598	594
594	592	563	569	594	564	594	599	561	563
469	562	569	599	598	563	591	564	599	592
563	592	561	563	591	561	569	598	563	569
562	591	594	564	592	563	599	592	599	591
598	561	592	599	562	494	564	562	563	590
564	563	599	598	594	569	592	561	599	562
598	592	569	591	564	562	594	598	594	561
561	563	564	562	592	598	563	592	564	562
569	591	598	594	561	569	591	594	561	563

Test del menu 592.

Valores normativos de los tests de los diamantes y del numero 592

Diamantes					
Edad	Total de errores		Tiempo (segundos)		
	Media		De	Media	De
4-5	12		(4)	-	-
6-7	5		(3)	103,43	(46,30)
8-9	4		(3)	66,26	(21,63)
10-11	3		(3)	70,10	(24,55)
12-13	2		(3)	40,90	(8,88)

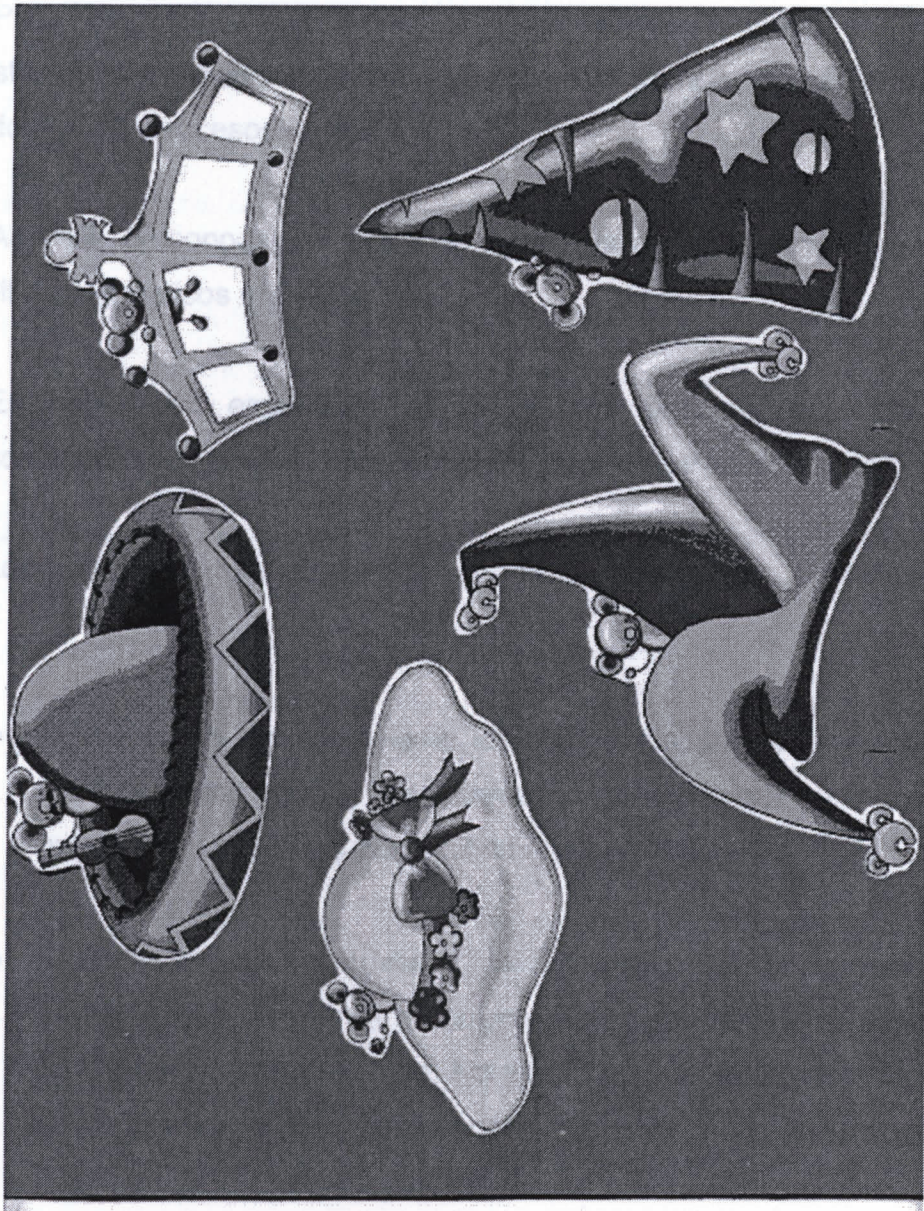
592					
Edad	Total de errores		Tiempo (segundos)		
	Media		De	Media	De
4-5	13		(4)	-	-
6-7	6		(3)	200,76	(81,51)
8-9	2		(2)	116,00	(33,71)
10-11	2		(2)	90,70	(24,66)
12-13	2		(2)	67,13	(15,76)

Escala de evaluación el TDAH

Instrucciones: A continuación se encontrará con una lista de situaciones comunes que los niños (as) tienen en la escuela. Por favor evalúe los problemas de acuerdo con lo ocurrido durante los meses. Por cada problema pregúntese a sí mismo (a) ¿nunca o "rara vez", usted hará un círculo alrededor de 0. Si la respuesta es "siempre" o "con mucha frecuencia", usted hará un círculo alrededor de las Tres. Usted hará un círculo alrededor del uno ó dos para respuestas intermedias. Por favor responda las opciones.

SÍNTOMAS ESCALA "A"		NO ES CIERTO	AVECES ES CIERTO	MUCHAS VECES ES CIERTO	SIEMPRE ES CIERTO
		NUNCA RARA VEZ	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	CON MUCHA FRECUENCIA
1	No pone atención a los detalles y comete errores por descuido en sus tareas.	0	1	2	3
2	Tiene dificultades para mantener la atención en las tareas y en los juegos.	0	1	2	3
3	No parece escuchar lo que se le dice.	0	1	2	3
4	No sigue las instrucciones o no termina las tareas en la escuela o los oficios en la casa a pesar de comprender las ordenes.	0	1	2	3
5	Tiene dificultades para organizar sus actividades.	0	1	2	3
6	Evita hacer tareas o cosas que demanden esfuerzo.	0	1	2	3
7	Pierde sus útiles o las cosas necesarias para hacer sus actividades.	0	1	2	3
8	Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes.	0	1	2	3
9	Olivadizo en las actividades de la vida diaria.	0	1	2	3
SINTOMAS ESCALA "B"		TOTAL EN PUNTOS		No RESPUESTAS 2 Y 3	
10	Molesta moviendo las manos y los pies mientras está sentado.	0	1	2	3
11	Se levanta de su lugar en la clase o en otras situaciones donde de	0	1	2	3
12	Corretea y trepa en situaciones inadecuadas.	0	1	2	3
13	Dificultades para relajarse o practicar juegos donde deba permanecer quieto.	0	1	2	3
14	Está permanentemente en marcha, como si tuviera un motor por dentro.	0	1	2	3
15	Habla demasiado.	0	1	2	3
16	Contesta o actúa antes de que se le termine de formular las preguntas.	0	1	2	3
17	Tiene dificultades para hacer filas o esperar turno en los juegos.	0	1	2	3
18	Interrumpe las conversaciones o los juegos de los demas.	0	1	2	3
PUNTUACIÓN TOTAL		TOTAL EN PUNTOS		No RESPUESTAS 2 Y 3	

ANEXO 12. SOMBREROS .



Los trastornos de aprendizaje son muy frecuentes en niños afectados de TDAH, ya que los problemas de atención dificultan el mantenimiento de un buen rendimiento escolar. Los dificultades se centran sobre todo en el acceso al léxico, la comprensión de materiales y la escritura.

ANEXO 13. GUIA PARA TEMA DE DISCUSIÓN “CONOCIENDO EL TDAH Y SU DIAGNOSTICO DIFERENCIAL”.

Para diagnosticar el TDAH es imprescindible tener en cuenta los diagnósticos diferenciales posibles, ya que se parece o puede encontrarse asociado a otros procesos patológicos.

Además de conocer los síntomas deben distinguirse éstos de otros cuadros para evitar diagnósticos erróneos.

Es importante especificar el diagnostico principal de otros posibles trastornos asociados, ya que los tratamientos necesarios pueden diferir.

Los trastornos más asociados al TDAH son según el manual DSM IV (2000).

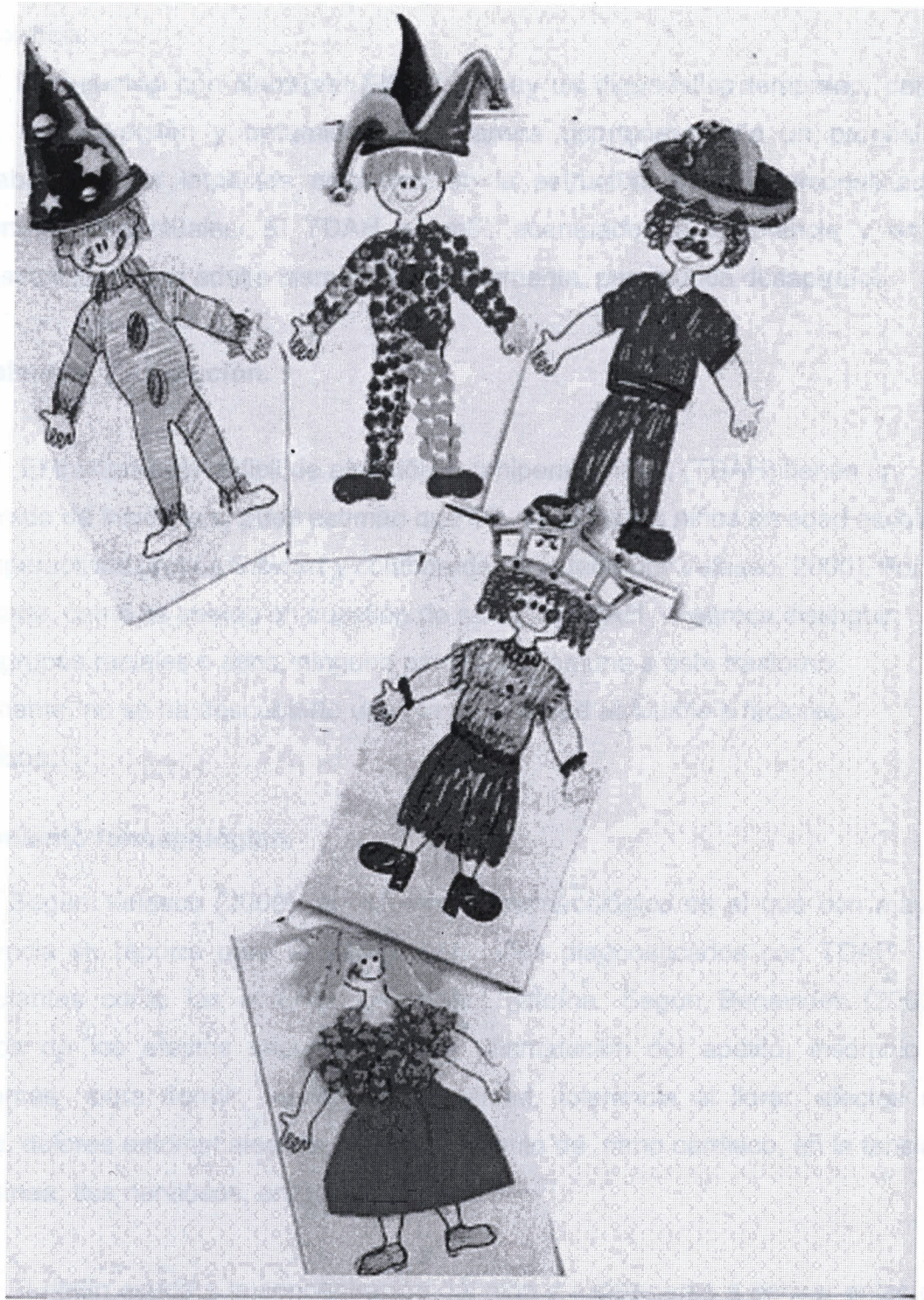
- **El trastorno oposicionista:** se caracteriza por el mantenimiento de una conducta hostil, desafiante y oposicionista con los padres, maestros y con cualquier persona que represente autoridad.
- **El trastorno de conducta o trastorno disocial de personalidad:** se presenta con un patrón recurrente de comportamientos transgresores de las normas de autoridad. No tienen en cuenta los derechos básicos de los otros y no reconocen el daño que ocasionan con su conducta.
- **Los trastornos de aprendizaje:** son muy frecuentes en niños efectos de TDAH, ya que los problemas de atención dificultan en sobremanera un buen rendimiento escolar. Las dificultades se centran sobre todo en el acceso al léxico, la comprensión, las matemática y la escritura.

- **Los trastornos de lenguaje** : asociados al TDAH también son frecuentes incidiendo sobre todo en los trabajos lingüísticos, la poca adaptación del léxico a situaciones concretas y la escasa habilidad narrativa.
- **Trastornos de ansiedad:** puede resultar difícil diferenciar la falta de atención primaria de un TDAH de la falta de atención secundaria inducida por un estado de elevada ansiedad. La ansiedad en la infancia se presenta mediante estados fóbicos y miedos a situaciones concretas y también como ansiedad de separación.
- **Depresión:** los problemas de aprendizaje, el bajo rendimiento escolar y las constantes situaciones de conflicto relacional por las conductas hiperactivas pueden provocar en algunos niños que padecen TDAH baja autoestima, desilusión, escaso interés por el entorno y otros síntomas de cariz depresivo.
- **Enfermedad de Gilles de la Tourette:** Este síndrome se caracteriza por la presencia de tics de fuerte intensidad, sonidos guturales y coprolalia, la enfermedad de Gilles de la Tourette es la patología neurótica mas asociada al TDAH y aproximadamente la mitad de los sujetos que la padecen también sufren un TDAH.

Referencias.

- ÁVILA, C., POLAINO-LORENTE, A. (2002). Niños hiperactivos. México, Narcea.
- BENAVIDES, G. (2003). El niño con déficit de atención e hiperactividad. México, Trillas.
- Déficit de atención. Lo que todos debemos conocer. (2002). México. Fundación DA.
- GRATH, L, O. (2003). El trastorno por déficit de atención. Argentina, Panamericana.
- HAYA, P. (2002). Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad. Departamento de Psicología. México. Instituto Kipling de Morelia.
- MARTÍNEZ, C., CHÁVEZ, P. (2003). Aprender a vivir con TDAH. México, Grupo Norma.
- VELASCO, R. (2000). El niño hiperquinético. México, Trillas.

ANEXO 14. DINÁMICA "A JUGAR CON SOMBREROS"



ANEXO 15. GUIA PARA TEMA DE DISCUSIÓN: PREVALENCIA Y TRATAMIENTO DEL TDAH

Pronóstico.

De acuerdo con Barragán (2001), si hay un diagnóstico temprano, por lo tanto, una inversión y tratamiento de manera oportuna dando un pronóstico favorable y evitar impactos negativos en la estructura de su personalidad y trastornos conductuales. El TDAH es más acentuado en la infancia y en la adolescencia y edad adulta disminuye notablemente, pero nunca desaparece.

Prevalencia y evolución.

El trastorno de déficit de atención con hiperactividad, (TDAH) tienen un alto grado de incidencia, pues estiman que 4% de todos los niños en edad escolar son hiperactivos, según Stewart y colaboradores (citado por Velasco, 2000). Por otra parte, como es sabido en cuestión de salud, el TDAH no parece distinguir entre grupos raciales o étnico, ninguno parece ser inmune a este trastorno. Igualmente, no se ha descubierto una mayor labilidad atribuible a factores genéticos.

Tratamiento farmacológico.

Según Velasco (2000), el tratamiento farmacológico es al que con mayor frecuencia se recurre para el trabajo con niños diagnosticados con TDAH, los estimulantes como las anfetaminas, ritalin, cafeína. Según Benavides (2003), algunos de los efectos secundarios son: disminución del apetito, insomnio o problemas para dormir, ansiedad, irritabilidad, tolerancia al llorar, efectos de rebote, dolores estomacales, de cabeza, aumento de ritmo cardiaco, en la tensión sanguínea, tics nerviosos, erupciones en la piel.

El ritalin ayuda a la concentración del niño y a detenerse a pensar antes de actuar, disminuye la actividad motora y la impulsividad; no es para que el niño se

porte bien, no corrige problemas de aprendizaje y no proporciona ayuda a problemas emocionales. El fármaco no provoca que el niño se comporte de una manera que él no desee hacerlo.

Otros medicamentos pueden ser, antidepresivos, tranquilizantes, anticonvulsionantes. Cabe mencionar que los medicamentos que se combinen con procesos de enseñanza para el niño con TDAH aprenda a regular su conducta por si mismo.

Velasco (2000), menciona algunas recomendaciones en la aplicación de fármacos:

- Mejor resultado con bajas dosis.
- No se use la droga por un tiempo mayor al necesario.
- Las dosis han de ser individualizadas.
- Advertir claramente a los padres del niño de los posibles efectos secundarios.

Tratamiento alimenticio.

Acorde con Stevens (2001) y Martínez y Chávez (2003), el niño con este, tiene deficiencia en nutrientes como el zinc, magnesio, carne roja y algunas verduras verdes. El comer con omega 3, como el pescado, frijoles, soya, nueces y cacahuates, les ayuda a poner más atención, ya que los ácidos grasos ayudan al funcionamiento del cerebro. Stevens (2001) recomienda la dieta que incluye variedad de frutas, verduras, carnes sin grasa, aves, pescado, fríjol, huevo, leche, yoghurt y queso, pan, galletas, cereales sin azúcar, arroz integral y pasta, harina de trigo, cebada, avena, centeno, maíz. En cuanto a grasas, aceites y dulces, deben ingerirse lo menos posible como refrescos, caramelos, mermelada, jalea, miel y azúcar refinada.

Referencias.

- AVILA, C., POLOINO - LORENTE, A (2002). Niños hiperactivos. México, Narcea.
- BENAVIDES, G. (2003). El niño con déficit de atención e hiperactividad. México. Trillas.
- Déficit de atención. Lo que todos debemos conocer. (2002). México. Fundación DA.
- HAYA, P. (2002). Síndrome de Déficit de atención con o sin hiperactividad. Departamento de Psicología. México. Instituto Kipling de Morelia..
- MARTÍNEZ, C, CHÁVEZ, P. (2003). Aprender a vivir con TDAH. México, Grupo Norma.
- VELASCO, R. (2000). El niño hiperquinético. México, Trillas.

ANEXO 16. GUIA PARA TEMA DE DISCUSIÓN : TRATAMIENTO 2ª PARTE.

Tratamiento Psicológico.

Velasco (2000), dice que el tratamiento psicoterapéutico está destinado a mejorar el ambiente familiar y escolar, favoreciendo una mejor integración del niño a la vez que se le aplican técnicas de modificación de conductas, así ayuda a los padres a conocer los sentimientos de su hijo y aceptarlo. La psicoterapia del niño, facilita la vida del infante ya que a menudo tiene problemas en la escuela, no pueden terminar un juego y pierden amistades. Pueden angustiarse cada día luchando para concentrarse en la tarea y luego olvidarse de llevarla a la escuela. El objetivo de la terapia sería que los padres crearán un ambiente familiar estable, consistente, explícito y predecible. Es necesario que el tratamiento abarque las diferentes áreas que comprenden la vida emocional del niño, ya que como se menciona anteriormente, todas las esferas de la vida del niño tienden a afectar o mejorar su conducta.

Tratamiento psicopedagógico.

En el tratamiento psicopedagógico se recomiendan las siguientes técnicas que ayudan a mejorar la conducta del niño que padece TDAH, en el área conductual la finalidad de las técnicas es reducir las conductas disruptivas, desafiantes, agresivas e impulsivas y aumentar la conducta de atención. Se puede utilizar el reforzamiento contingente a la conducta de atención. Se puede utilizar el reforzamiento contingente a la conducta adecuada y extinción, el costo de respuesta o tiempo fuera con las conductas inadecuadas. Es muy bueno que los padres generen un ambiente estable, para esto es muy útil un reglamento en cual basarse para la disciplina de sus hijos, sobre todo para los que padecen TDAH: Este reglamento debe ser consistente, Explícito y predecible.

Para Ávila y Polaino (2002). Una manera afectiva de modificar el comportamiento de un niño es a través de premios, castigo, economía de fichas, contrato de contingencias.

Referencias.

ÁVILA, C., POLAINO – LORENTE; A. (2002). Niños Hiperactivos. México, Narcea.

BENAVIDES, G. (2003). El niño con déficit de atención e Hiperactividad. México, Trillas.

Déficit de atención. Lo que todos debemos conocer. (2002). México. Fundación DA.

HAYA, P. (2002). Síndrome de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. Departamento de Psicología. México, Instituto Kipling de Morelia.

MARTÍNEZ, C., CHÀVEZ; P. (2003) . Aprender a Vivir con TDAH: México, Grupo Norma.

VELASCO, R. (2000). El niño hiperquinético, Trillas.

ANEXO 17. LECTURA DE REFLEXIÓN : ASAMBLEA DE HERRAMIENTAS.

Cuentan las herramientas que un buen día, se reunieron en asamblea plenaria, con la finalidad de arreglar sus diferencias.

El martillo ejerció la presidencia pero la asamblea le notificó que tenía que renunciar ¿ la causa ?. Hacía demasiado ruido y además se pasaba el tiempo golpeando. El martillo acepto su culpa, pero pidió que el cepillo fuera expulsado también, debido a que siempre hacia su trabajo en la superficie y no tenia profundidad alguna, el cepillo acepto su culpa a la vez pero pidió la expulsión del tornillo. Adujo que había que darle muchas vueltas para que sirviera de algo. Ante el ataque el tornillo aceptó también. Pero a su vez pidió la expulsión del papel lija. Hizo ver que era muy áspero en su trato y siempre tenía fricciones con los demás. Y el papel de lija acepto con la condición de que fuera expulsado el metro, que siempre se pasaba midiendo a los demás, con su medida como si el fuera perfecto.

En eso entro el carpintero, se puso el delantal y se fue a iniciar su trabajo, utilizo el martillo , el cepillo, el papel de lija, el metro y el tornillo, finalmente de la madera trabajada salió un lindo mueble.

Cuando las herramientas quedaron solas , se redujo la deliberación . Fue entonces cuando tomo la palabra el serrucho y dijo: “ Señores ha quedado demostrado que tenemos muchos defectos, pero el carpintero trabaja con nuestras cualidades. Es eso lo que nos hace valiosos e importantes. Así pues que no pensemos en nuestras debilidades si no concentrémonos en nuestras fortalezas y aspectos importantes, afinar y limar asperezas. También observaron que el metro era preciso exacto. Se sintieron entonces un equipo orgulloso capaz de servir y producir diversos artículos y muebles de calidad.

¿ Ocurre lo mismo con los seres humanos? Observe a su alrededor y lo comprobará cuando en un hogar, empresa, institución u organización sus miembros gastan tiempo y esfuerzo en buscar los defectos de los demás , la situación se vuelve tensa, negativa y rumbo al caos, y a la posible desaparición. En cambio cuando los propósitos son enfocados positivamente buscando propiciar los mejores valores individuales y de grupo, estamos ante las puertas de los mejores y mas satisfactorios logros humanos .

Referencia .

GARIBAY, K. (2001) Desarrollo del niño. México Internet.
<http://www.psicologia.cl/psicoarticulos/articulos/introd.htm>.

ANEXO 18. GUIA PARA TEMA DE DISCUSIÓN: ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA.

Tal vez al niño con TDAH se le recomiende medicamento, lo cual puede resultar útil, pero no debe ser nunca la única forma de tratamiento en el niño.

Conviene buscar terapia si los temores y el apego son persistentes o severos. Si el niño de todos modos rechaza la escuela, si hay comportamiento agresivo, ansiedad, tristeza o problemas en sus relaciones con los demás, es probable que necesite de ayuda multidisciplinaria.

Ante niños clasificados con este rótulo, no basta con limitarse a observar a través del lente de un paradigma biológico; al contrario, se debe ver en su totalidad, en el marco de su psicología, personalidad, género, nivel de desarrollo, estilos de aprendizaje, antecedentes educacionales, origen cultural y medio social si se quiere comprender la naturaleza de su conducta y determinar qué instrumentos, enfoques y métodos pueden ser los más eficaces para ayudarlo.

Para ayudar al niño con TDH/TDAH el medio más eficaz es a través del lente interdisciplinario, tanto en la etapa del diagnóstico como en el tratamiento. Es una labor de equipo que incluye no sólo al médico, sino también al psicólogo, al asistente social, el docente, el especialista en aprendizaje, los padres y las autoridades escolares, en donde cada especialista hace su aporte desde su propia área de experiencia para diseñar un plan de tratamiento coordinado que abarque el mundo total del niño, tanto en su escuela como en el hogar.

La conducta de un sujeto debe evaluarse en base a la edad y etapa del desarrollo en la que se encuentra. Todos los niños son hasta cierto punto distraídos, impulsivos e hiperactivos.

Antes de los dos años es muy difícil que puedan fijar su atención en una sola actividad por mucho tiempo, ya que suelen pasar constantemente de una a otra. Esto responde a su inmadurez evolutiva normal, pero va desapareciendo después de esta edad. En caso contrario se tienen que realizar los estudios diagnósticos para conocer los motivos de la persistencia de dicha conducta. Es recomendable observar la conducta del niño y en la escuela.

Referencias

- GRATCH, L. Ó. (2001). El Trastorno por Déficit de Atención. (ADD-ADHD). Argentina, Editorial Médica Panamericana.
- HOAGWOOD, K., KELLEIHER, K., FEIL, M. Y COMER, D. (2000). Treatments services for children with ADHD, a national perspective. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, (39), 198-206.
- JOHNSON, F. M. (1998). Evaluación del niño hiperactivo en su consulta, ¿es un THDA? American Family, Physician, (5), 150-157.

ANEXO 19. ¡AMIGOS SEAMOS GANSOS!

¡ Ah...!

¡Si entre amigos fuéramos gansos!
la próxima temporada,
cuando veas los gansos emigrar,
dirigiéndose hacia un lugar más cálido para pasar el invierno.
Fíjate que vuelen en forma de "V"
al volar en forma de "V"
...La bandada entera aumenta en un 71% al alcance del vuelo
con relación al del pájaro volando sólo.

Compartir la misma dirección y en sentido del grupo,
permite llegar mas rápido y fácilmente a destino,
porque ayudándonos entre nosotros los logros son mejores...
cuando un ganso sale de la formación ...
siente la resistencia del aire y la dificultad de volar sólo...
entonces rápidamente retorna a la formación
para aprovechar el poder de elevación de los que están a su frente.
Permaneciendo en sintonía y unidos junto a aquellos que se dirigen en
nuestra misma dirección,
el esfuerzo será menor
será más sencillo y placentero alcanzar las metas.
Estaremos dispuestos a aceptar y ofrecer ayuda.
Cuando el ganso líder se cansa...
...Se traslada al final de la formación.

Compartir el liderazgo
Respetarnos mutuamente en todo momento.
Compartir los problemas y los trabajos más difíciles.
Reunir habilidades y capacidades, combinar dones, talentos y recursos.
Los gansos volando en formación graznan para dar coraje y aliento
a los que van al frente,
para que así mantengan la velocidad.
Cuando hay coraje y aliento, el progreso es mayor.
Una palabra de aliento a tiempo motiva, ayuda, da fuerzas produce el mejor de
los beneficios.
Cuando un ganso se enferma, es herido o ésta cansado....
Debe salir de la formación...
Otros salen de la formación y lo acompañan para ayudarlo y protegerlo.
Permanece con él hasta que muera o sea capaz de volar nuevamente;
Alcanzan su bandada, o se integran a otra formación...
Estamos unidos uno al lado del otro,
pese a las diferencias tanto en los momentos de dificultad,
como en los momentos de esfuerzo.
Si nos mantenemos uno al lado del otro.

Apoyándonos y acompañándonos.
Si hacemos realidad el espíritu de equipo.
Si pese a las diferencias podemos conformar un grupo humano para
enfrentar todo tipo de situaciones.
Si entendemos el verdadero valor de la amistad.
Si somos conscientes del sentimiento de compartir.

AMIGOS... SEAMOS GANSOS!!!

Referencia .

GARIBAY, K. (2001) Desarrollo del niño. México Internet.
<http://www.psicologia.cl/psicoarticulos/articulos/introd.htm>.

ANEXO 20. GUIA PARA TEMA DE DISCUSIÓN SUGERENCIAS PARA PROFESORES.

Ambiente de aprendizaje

- Sienta al estudiante con TDAH cerca de tu escritorio.
- Sienta al estudiante enfrente de la fila
- Rodéalo con niños modelo de buen comportamiento
- Anima el tutores de pares y el aprendizaje cooperativo-colaborativo
- Evita distracciones con cosas estimulantes como ventanas, aires acondicionados, etc.
- El cambio les resulta difícil, por lo tanto, evita transiciones, recolocaciones físicas, cambios en los horarios y otras interrupciones.
- Crea un área reducida de estímulos para los estudiantes
- Anima a los padres a crear un espacio similar en casa, con tiempos establecidos y rutinas para el estudio, que los padres revisen que la tarea esté completa, y revisiones periódicas a los cuadernos y a la organización en la mochila.

Dar las instrucciones con cuidado.

- Mantén el contacto visual durante la comunicación de la instrucción verbal.
 - Haz las instrucciones claras, concisas y consistentes
 - Simplifica las instrucciones complejas
 - Asegúrate que los estudiantes verdaderamente entendieron las instrucciones antes de iniciar una tarea.
 - Repite las instrucciones calmada y pacientemente, cuando se necesite.
 - Anima a los estudiantes con TDAH a pedir ayuda

- Reduce tu supervisión gradualmente a través del tiempo, pero recuerda que los niños con TDAH requieren ayuda por un periodo más largo que los otros.
- Pídele una agenda para sus tareas.
- Asegúrate que el estudiante escribe correctamente todas sus tareas del día (ayúdale si lo necesita)
- Firma diariamente el cuaderno de tareas para verificar que las haya completado
- Usa la agenda para la comunicación diaria con los padres.

Encargando tareas

- Encarga sólo una tarea a la vez
- Monitorea frecuentemente y proporciona apoyo
- Determina las fortalezas y debilidades de cada estudiante
- Modifica las tareas como sea necesario basados en un programa de educación personalizada y consultándola con personal calificado en educación especial.
- Asegúrate de probar sus conocimientos, no su periodo de atención
- Dale tiempo extra para ciertas tareas. No penalices a los estudiantes con TDAH porque hacen el trabajo más lentamente y necesitan más tiempo
- Recuerda que los niños con TDAH se frustran fácilmente. El estrés, la presión y la fatiga los pueden llevar a un desempeño bajo en la escuela.

Aumentando la autoestima y modificando el comportamiento

- Provee supervisión y disciplina calmadamente
- Establece las consecuencias sin debates ni argumentaciones
- Preestablece las consecuencias para el mal comportamiento
- Administra las consecuencias de inmediato
- Monitorea el comportamiento apropiado con frecuencia
- Refuerza las reglas del salón consistentemente
- Mantén la confidencialidad de los niños que toman medicamento
- Provéeles de estímulo y aliento
- Recompensa más que criticar
- Premia inmediatamente el buen comportamiento y desempeño
- Cambia los comportamientos inefectivos o no motivantes
- Encuentra las formas de estimular al niño

Referencias

GRATCH, L. Ó. (2001). El Trastorno por Déficit de Atención. (ADD-ADHD). Argentina, Editorial Médica Panamericana.

HOAGWOOD, K., KELLEIHER, K., FEIL, M. Y COMER, D. (2000). Treatments services for children with ADHD, a national perspective. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, (39), 198-206.

JOHNSON, F. M. (1998). Evaluación del niño hiperactivo en su consulta, ¿es un THDA? American Family, Physician, (5), 150-157.

ANEXO 21 .SUGERENCIAS A PADRES CON UN HIJO CON EL TDAH.

- Las órdenes y normas deben ser simples y claras.
- Los planteamientos deben ser concretos y específicos.
- Cuando se hable al niño debe producirse también contacto visual.
- No deben darse demasiadas instrucciones a la vez.
- Si es necesario deben repetirse las instrucciones y pedir al niño que las repita también para asegurarse de que ha escuchado y comprendido.
- Cuando se hable al niño debe haber un ambiente tranquilo, sin ruidos ni interferencias (TV, radio, música, etc.)
- Los hábitos cotidianos deben estar organizados como sea posible.
- Nunca se debe recurrir al castigo físico. Esto sólo produce resentimiento y agrava la comunicación.
- Si el niño se comporta mal debe quedarse aislado en su habitación o en un lugar semejante para que se tranquilice. Debe decirsele que no es un castigo sino un método para rebajar la excitación.
- Una acumulación de castigos hace que pierda eficacia y que la autoestima del niño quede muy mermada al verse castigado con tanta frecuencia.
- Deben hacerse valer los resultados positivos y los logros que el niño consigue para que entienda que también puede hacer cosas correctamente.
- Debe premiarse no sólo los resultados positivos sino también el esfuerzo y la intención que ha puesto el niño de su parte.
- No se debe proteger a los niños de las consecuencias de sus conductas conflictivas pues así los niños no aprenden a controlarlas.
- Debe permitirse a los hijos que aprendan de la experiencia aunque sea por medio de situaciones negativas.
- Deben de proporcionársele al niño pautas y ayudas concretas que le enseñen a organizarse y a responsabilizarse de sus cosas y sus tareas.

Referencias.

ENCICLOPEDIA PROBLEMAS DE APRENDIZAJE TOMO 1 (2004) Colombia, Ediciones Euroméxico.

GARCÍA, J. N. (1995). Manual de dificultades de aprendizaje. Lenguaje, lecto-escritura y matemáticas. Madrid, Narcea.

GRATCH, L. Ó. (2001). El Trastorno por Déficit de Atención. (ADD-ADHD). Argentina, Editorial Médica Panamericana.

Referencia:

GARIBAY, K. (2001). Desarrollo del niño. México Internet: <http://www.psicologia.cinvestav.mx/articulos/010101.htm>

ANEXO 22 DERECHOS DE LOS NIÑOS CON DEFICIT DE ATENCIÓN

Derechos para los Niños con TDA

- **1. AYÚDAME A PONER ATENCIÓN:** Por favor enséñame a través de mi sentido del tacto. Necesito movimiento corporal.
- **2. NECESITO SABER QUE VIENE DESPUÉS:** Por favor dame un ambiente estructurado donde haya una rutina de la que pueda depender.
- **3. ESPÉRAME, TODAVÍA ESTOY PENSANDO:** Por favor permíteme ir a mi propio ritmo. Si estoy apurado, me siento triste y me confundo.
- **4. ME CUESTA TRABAJO, NO LO PUEDO HACER:** Por favor bríndame opciones para solucionar los problemas. Si estoy bloqueado necesito saber el camino.
- **5. ¿ESTÁ CORRECTO? NECESITO SABERLO AHORA:** Por favor dame una retroalimentación positiva y enriquecedora de cómo lo estoy haciendo.
- **6. ¡NO LO OLVIDÉ, NO LO ESCUCHE!:** Por favor dame las indicaciones una por una, y pídemme que repita lo que creo que dijiste.
- **7. ¡NO LO SABÍA, NO ESTABA EN MI LUGAR!:** Por favor recuérdame parar, pensar y actuar.
- **8. ¿YA CASI TERMINO?:** Por favor dame periodos cortos de trabajo con metas a corto plazo.
- **9. ¿QUÉ?:** Por favor no digas "Ya te dije eso". Dímelo otra vez, en diferentes palabras. Dame una señal. Dibuja un símbolo.
- **10. ¿YO SÉ, ESTÁ TODO MAL?:** Por favor hazme sentir orgulloso por éxitos parciales. Prémíame por mi esfuerzo personal, no sólo por perfección.
- **11. ¿POR QUÉ SIEMPRE ME GRITAN POR ALGO?:** Por favor fíjate si hago algo bien y felicítame por alguna buena conducta que tenga. Recuérdame mis fortalezas cuando tenga un mal día.

Referencia .

GARIBAY, K. (2001) Desarrollo del niño. México Internet.
<http://www.psicologia.cl/psicoarticulos/articulos/introd.htm>.

EDUCACIÓN ESPECIAL



"Taller para el reconocimiento de las manifestaciones psicológicas
Del Déficit de Atención con Hiperactividad dirigido al Equipo
Interdisciplinario de un centro de Atención múltiple de Educación Especial".
Una Propuesta.

ASESOR

PSIC. ALEJANDRA PATRICIA PANIAGUA BASTIEN

FECHA: