



Universidad de Sotavento A.C.



ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PEDAGOGÍA

***“ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS PARA NIÑOS CON HIPERACTIVIDAD
EN EDUCACIÓN PRIMARIA”***

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN PEDAGOGÍA

PRESENTA:

ADRIANA CONTRERAS CANTO

ASESOR DE TESIS:

M.D. ESMERALDA PATRICIA ZAMUDIO RAMÍREZ

Villahermosa, Tabasco, 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

***“ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS PARA NIÑOS CON HIPERACTIVIDAD
EN EDUCACIÓN PRIMARIA”***

DEDICATORIAS

A DIOS

Por haberme dado la vida e inteligencia para poder desarrollarme y concluir mis estudios.

A MIS PADRES

Por el apoyo y confianza que me brindaron en los momentos difíciles

A MIS MAESTROS

Por haberme transmitido sus conocimientos, sin restricciones.

A G R A D E C I M I E N T O S

A la Universidad de Sotavento:

Por brindarme la oportunidad de formarme para un futuro y por su excelencia académica.

A mi asesor de tesis:

Por su apoyo y por sus grandes consejos profesionales que me ayudaron en la realización de esta investigación.

A los profesores asignados para la revisión de esta investigación:

Por sus atenciones, ***“Muchas Gracias”***

A los catedráticos de la Licenciatura en Pedagogía:

Que por sus enseñanzas y experiencia en el campo profesional logre concluir mis estudios profesionales

A mis compañeros de generación:

Por su amistad y apoyo en los momentos más difíciles.

“GRACIAS”

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	8
CAPITULO I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1.-Planteamiento del problema	9
1.2.-Justificación	10
1.3.- Establecimiento de Objetivos.....	11
1.3.1.- Objetivo General:	11
1.3.2.- Objetivos Específicos	11
CAPITULO II.- MARCO TEÓRICO	
2.1.- MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	12
2.1.1.- Enfoques Teóricos para el Estudio de la Hiperactividad.....	12
2.1.2.- Enfoque Orgánico y Biológico.....	12
2.1.3.- Enfoque Sociológico.....	13
2.1.4.- Enfoque Evolutivo.....	13
2.1.5.- Enfoque Neuropsicológico.....	13
2.1.6.- Enfoque Metacognitivo.....	14
2.2. MARCO TEORICO CONCEPTUAL	15
2.2.1.- Concepto de Hiperactividad	15
2.2.2.- Antecedentes Históricos	16
2.2.3.- Diversas concepciones sobre Hiperactividad	19
2.2.4.- Perfil y Tipología del Niño Hiperactivo	22
2.2.5.- Diagnóstico y tipos de tratamiento	27
2.2.6.- Hiperactividad como Trastorno del Aprendizaje	33
2.2.7.- Estrategias de Atención Pedagógicas	35
2.2.8.- Programa de entrenamiento en estrategias metacognitivas	36
2.2.9.- Rendimiento escolar.....	38
2.3. MARCO TEÓRICO CONTEXTUAL	40
2.3.1.- Génesis	40

2.3.2.- Misión, Visión, Objetivos	40
2.3.3.- Organigrama.....	42
2.3.4.-Matrícula Escolar	43
2.3.5.- Programas Institucionales para la Atención de casos con hiperactividad	43
2.3.6 Perspectivas y Metas para niños con Hiperactividad	43

CAPÍTULO III.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.- Técnicas e Instrumentos de Investigación.....	44
3.2.- Población y Muestra	44
3.3.- Muestra:.....	44
3.1 Registro de observación sobre características de los niños hiperactivos	46
3.2 Resultados de estudio grupal	61
3.3.- Actividades de juego y recreativas	61
3.4.- Actividades relacionadas con la conducta	62
3.5 Entrevistas realizadas	63
3.5.1 E n t r e v i s t a (Psicólogo) (17/11/2009)	64
3.5.2 E n t r e v i s t a (Pedagogo) (20/11/2009).....	65
3.5.3 E n t r e v i s t a (psiquiatra)(07/12/2009)	66
3.5.4 Entrevista a los maestros.....	67
3.5.5 Entrevista a los maestroS	68
3.5.6 ENTREVISTA A PADRES /CASO 1.-	69
3.5.7 ENTREVISTA A PADRES / CASO 2.-.....	72

CAPÍTULO IV.- DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 C o n c l u s i ó n.....	75
4.2 P r o p u e s t a s	76
Referencias bibliográficas.....	77
Anexos.....	78
E n t r e v i s t a s (E S P E C I A L I S T A S).....	78

INTRODUCCIÓN

En la actualidad a pesar de que se ha avanzado considerablemente en el ámbito escolar y laboral aun se tiene una perspectiva falsa de lo que es la “Hiperactividad”, conocida también como Trastorno de Déficit de Atención, debido a que los padres al igual que los docentes no saben cómo tratar al niño con este tipo de problemas.

Por tal motivo se realizó un estudio de casos, para que a través de los diversos instrumentos implementados se obtuviese mayor información acerca de este tipo de trastornos; y de esta forma, contribuir para que dicha información sirva como guía tanto para los padres de familia como para los maestros, siendo estos últimos pieza clave para que comprendan y reconozcan a un “niño hiperactivo”.

A continuación se explican brevemente los capítulos que integran este trabajo de investigación, sustentado en un estudio de casos.

En el primer capítulo se expone el planteamiento del problema, justificación, objetivos, establecimiento de hipótesis y determinación de variables.

El segundo capítulo hace referencia en los conceptos, antecedentes, tipos y diagnósticos de la hiperactividad.

El tercer capítulo hace mención de las generalidades de la institución, en la cual se llevó a cabo dicha investigación.

Y por ultimo en el cuarto capítulo se encontrarán la discusión de resultados, donde se muestra la validación de hipótesis, las conclusiones, propuesta; así como también, las fuentes de información y anexos utilizados en esta investigación.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.-Planteamiento del problema

La investigación pedagógica que se presenta, se basa esencialmente en el análisis del “Trastorno de la Hiperactividad” ya que estudios científicos y psicológicos realizados principalmente en España y México indican que existe un índice del 60% de niños hiperactivos; por ejemplo en España, se estima que del 3 al 5% de los niños menores de 10 años padecen este trastorno, esto supone, que aproximadamente 300,000 niños españoles presentan conducta de hiperactividad y es más frecuente en los niños que en las niñas. Especialistas opinan que el 20% de los niños en edad escolar podrían estar sin diagnosticar. Otro dato que dio esta investigación fue que el 25% de los padres de estos niños suelen ser hiperactivos o presentar déficit de atención.

En México, según fuentes de la Sría. de Salud, existen 4.5 millones de personas, que presentan “Déficit de Atención con Hiperactividad”, de los cuales 1.5 millones son niños. Este trastorno se encuentra en los primeros lugares de atención en clínicas psiquiátricas, consultas al Psicólogo, Pediatras y en instituciones escolares ya que se presenta en alrededor del 6% de los niños y jóvenes de 6 a 16 años de edad. Es decir, que del millón y medio solo el 8% está diagnosticado y tratado. La incidencia de este trastorno, tiene diversas consecuencias que impactan en diferentes áreas de la vida del niño, en el área social, presentan dificultades para relacionarse e interactuar con otros individuos, en el ámbito escolar, afecta su aprendizaje, escritura, produciéndose el fracaso escolar, en la familia, el retraso en la autonomía del menor, afecta la dinámica, generan frustración e impotencia en los integrantes del núcleo familiar predominantemente en los padres.

Las consideraciones expuestas, guían el planteamiento de las siguientes preguntas de investigación:

- ✓ ¿Cómo conceptualiza la sociedad al T. D. A. H (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad)?

- ✓ ¿Cuál es la incidencia de este trastorno en la población infantil?
- ✓ ¿Cuáles son las estrategias pedagógicas utilizadas para la atención del T. D. A. H (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad)?
- ✓ ¿Cuál es el grado de operatividad de estas estrategias y qué alcances se han logrado?
- ✓ ¿Desde el punto de vista pedagógico, que estrategias de atención proponer?

1.2.-Justificación

A nivel mundial, existen niños hiperactivos del 3 al 5%; los cuales muchas veces, no son diagnosticados oportunamente, o en su defecto, no son tratados pedagógicamente de manera adecuada; debido a la falta de información sobre este trastorno, así como de estrategias pedagógicas pertinentes e inadecuados diagnósticos clínicos.

Por tal motivo, resulta de vital importancia, indagar la dinámica del diagnóstico y tratamiento pedagógico que se da al interior de la institución escolar, evaluando las estrategias utilizadas en el tratamiento, el diagnóstico y alcances de las acciones emprendidas para la atención de niños que presentan T. D. A. H. (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad).

Guía a esta investigación, el compromiso social y profesional, así como el interés de la reflexión de esta problemática y la propuesta de nuevas alternativas que adecuen y/o mejoren las ya existentes, así como también, se espera que los resultados de la misma, sirvan de guía a los estudiosos del tema así como a las nuevas generaciones de Pedagogos. Finalmente, el presente estudio, permitirá la obtención del título profesional para ejercer la profesión de Licenciada en Pedagogía.

1.3.- Establecimiento de Objetivos

1.3.1.- Objetivo General:

- ✚ Evaluar las estrategias pedagógicas utilizadas para el manejo de niños con trastorno de hiperactividad (TDAH) y proponer nuevas alternativas de atención.

1.3.2.- Objetivos Específicos

- ✚ Identificar la Hiperactividad (TDAH) como una conducta anormal que afecta el aprendizaje
- ✚ Valorar las estrategias didácticas y diagnóstico sobre la incidencia de la hiperactividad (TDAH) en niños de educación básica
- ✚ Revisar la pertinencia de las estrategias didácticas utilizadas por los profesores.
- ✚ Proponer alternativas pedagógicas para la atención de niños con hiperactividad (TDAH).

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.- MARCO TEÓRICO REFERENCIAL, CONCEPTUAL Y CONTEXTUAL

2.1.1.- Enfoques Teóricos para el Estudio de la Hiperactividad

Dado que la hiperactividad es un problema de salud y educativo considerablemente significativo han sido planteados una diversidad de enfoques teóricos de los cuales se puede interpretar el origen de este trastorno; los cuales se citan a continuación, ya que se consideran básicas para el estudio del tema.

2.1.2.- Enfoque Orgánico y Biológico

Una de las primeras perspectivas teóricas sobre este trastorno es aquella que se basa en los aspectos orgánicos y biológicos. Esta base orgánica puede ser de origen genético, por una disfunción cerebral, por factores hereditarios, etc. En este mismo sentido los padres de niños que presentan trastornos de hiperactividad tienen antecedentes, o bien de trastornos de conducta en su infancia o de abuso de drogas.

“De acuerdo con orígenes orgánicos, este trastorno ha sido denominado inicialmente como Lesión Cerebral Mínima la cual tiene implicaciones anatómicas y etiológicas, por lo que Bax y McKieth en el año de 1963, proponen el uso del término Disfunción Cerebral Mínima, aunque numerosos estudios médicos sobre niños hiperactivos con disfunción cerebral mínima y problemas de aprendizaje concluyen que el desequilibrio químico es en gran medida la causa primordial de las disfunciones neurológicas”.¹

Sin embargo, el diagnóstico de disfunción cerebral mínima no debe incluir inferencia alguna sobre el tipo y etiología de la disfunción o el alcance y ubicación de los tejidos neuronales. El término sólo debe aplicarse para describir el grado de perturbación conductual que se pueda asociar con mal funcionamiento demostrable o sospechado a nivel cortical.

¹ Armstrong, T.: Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad. Estrategias en el aula. Barcelona. Paidós, pp. 25

2.1.3.- Enfoque Sociológico

Este enfoque coloca los factores determinantes del síndrome de inatención fuera del individuo, esto es, en los factores externos de naturaleza social y cultural. El individuo es un ser gregario por naturaleza, tiende a vivir en compañía de otros, por lo cual debe de sujetarse a las normas establecidas por el grupo, así como, participar de la herencia cultural de sus antecesores.

Una de las contribuciones esenciales de Vigotsky fue precisamente el concebir al individuo como un ser eminentemente social. Siendo uno de sus planteamientos más importantes el que afirma que los procesos psicológicos superiores se adquieren primero en un contexto social para ser posteriormente internalizados.

2.1.4.- Enfoque Evolutivo

Otra perspectiva acerca de los orígenes de la hiperactividad es la evolutiva. La cual sostiene que “La hiperactividad en el niño es normal dentro de ciertas etapas de su desarrollo dadas las actividades de exploración y curiosidad que tiene que cubrir”. En estudios practicados a niños hiperactivos no se han detectado alteraciones de tipo neurológico ni lesiones anatómicas, lo que hace deducir que existe un retardo en la maduración producto de una falta de estimulación apropiada para el desarrollo.

2.1.5.- Enfoque Neuropsicológico

Este enfoque es actual y novedoso se refiere a la neuropsicología. Rama de la Psicología que se encarga de estudiar la conducta en relación a la organización cerebral de las diferentes habilidades cognitivas. En el caso particular de los niños con hiperactividad, se encuentra relacionada con perturbaciones específicas del desarrollo de funciones simbólicas, con trastornos del aprendizaje y con la pérdida o disfunción de las actividades nerviosas superiores a causa de alguna lesión cerebral en las etapas en que el niño las está desarrollando o su integración se ha visto afectada.

Para poder entender el comportamiento normal o patológico y evaluarlo clínicamente se debe conocer el desarrollo infantil y la forma en que se desarrollan todas las funciones cognitivas.

2.1.6.- Enfoque Metacognitivo

Otro enfoque de actualidad es el de la metacognición según el cual, “En el tratamiento del DATH, destaca el desarrollo de estrategias en memoria y metamemoria las cuales han demostrado que los sujetos hiperactivos obtienen mayores beneficios en el control de su impulsividad y en sus habilidades de aprendizaje”. Desde esta perspectiva, la necesidad del entrenamiento en habilidades meta-cognitivas es primordial en poblaciones que requieren de atención especial tales como los niños que presentan dificultades en el aprendizaje, deficientes mentales e hiperactivos. La aplicación de las estrategias meta-cognitivas en niños hiperactivos han sido ampliamente desarrollados ya que los niños hiperactivos no presentan problemas en la comprensión del lenguaje o de memoria, sino que no consiguen mantener la atención cuando reciben instrucciones para realizar una tarea. Estrategias de intervención en el Desorden de la Atención Deficiente con Hiperactividad (DATH)

Desde esta posición, se centra el análisis de la problemática que ocupa a esta investigación; por ser la que corresponde al ámbito pedagógico.

2.2. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.2.1.- Concepto de Hiperactividad

En este apartado se citan diferentes concepciones de autores que han estudiado el trastorno de la hiperactividad.

Según el autor C. Ávila *“La hiperactividad infantil es un trastorno de tipo neurológico que no siempre evoluciona favorablemente y la define de la siguiente manera “Actividad motora excesiva y sin finalidad”²*. Para este autor la hiperactividad es un trastorno neurológico es decir, una enfermedad que afecta principalmente los nervios el cual ocasiona se tenga excesivos movimientos corporales.

Para Dionisio Manga *“Es el conjunto de síntomas de intranquilidad, de reducida capacidad atencional, de dificultades específicas de aprendizaje y de inestabilidad emocional”³* el también la llama **“Síndrome Hiperkinético”**.

El término hiperactividad, *“Es una pauta persistente cuyos rasgos más definitorios son inquietud y falta de atención excesivas, aparecen casi siempre acompañados de un marcado desequilibrio de la afectividad”⁴*.

En el diccionario menciona, que la hiperactividad es una *“Alteración de la conducta infantil que consiste en la imposibilidad de permanecer quieto, estando en continua actividad y movimiento, incluso durante el sueño. Con la probabilidad, de ser una de las alteraciones de conducta más relevantes en la infancia, aunque solo sea por su frecuencia entre la población escolar.”⁵*

² C. Ávila y A. Polaino-Lorente, Niños hiperactivos. Comportamiento, diagnóstico, tratamiento, ayuda familiar y escolar. Ed. Omega, Narcea. Pág.23.

³ Dionisio Manga, Concepción Fournier, Ana B. Navarredonda. Trastornos por Déficit de Atención en la Infancia. Editorial: Trillas. Edición: 1990.

⁴ Biblioteca práctica para padres y educadores. Pedagogía y Psicología infantil Editorial: Cultural, Edición, 2003.

⁵ [HTTP://ES.WIKIPEDIA.ORG/WIKI/HIPERACTIVIDAD](http://es.wikipedia.org/wiki/Hiperactividad)

Sandra Santamaría nos dice, que la Hiperactividad es un *“Trastorno que no es difícil de medir, ya que la conducta no suele ser externa o inusual en niños de la misma edad”*.⁶

El doctor George Still lo define como un **“defecto anormal en el control moral de los niños”**⁷. Definiendo el control moral del niño como el control de las acciones en conformidad con la idea de la bondad que solo puede existir cuando hay un vínculo consciente en el medio ambiente.

“Alteración de la conducta infantil que consiste en la imposibilidad de permanecer quieto, estando en continua actividad y movimiento, incluso durante el sueño”.⁸

Con base en las fuentes consultadas, es claro que la hiperactividad es un trastorno que sigue en debate por varios expertos, ya que aun no logra definirse si es una patología hereditaria o se trae de nacimiento; por lo tanto, no se puede medir el grado de hiperactividad que llega a tener un niño.

A continuación, se cita información relativa a los antecedentes históricos.

2.2.2- Antecedentes Históricos

En este capítulo se abordan los antecedentes históricos de la hiperactividad la cual con el paso de los años ha adquirido modificaciones en cuanto a su concepto. Sin embargo, se presentan las más sobresalientes:

Empezaremos con el Pediatra Sr. Heinrich Hoffman, quien fue el primero en dar a conocer esta enfermedad; él dirigía un centro para locos y epilépticos, según, la terminología de la época, en Frankfurt Alemania. Como buen pediatra y padre, trató de enseñar las buenas costumbres de la época a su hijo de 4 años. Escribió un libro ilustrado con dibujos de

⁶ WWW.PSICOPEDAGOGIA.COM ,AUTOR: SANDRA SANTAMARIA

⁷ MONOGRAFÍAS DE PSIQUIATRÍA INFANTO-Juvenil, Joaquín Díaz Atienza

su propia mano y dedicado a su hijo Fidgety Philip eligiendo la enseñanza como método para influir en el comportamiento, aunque se basa en una pedagogía de terror eso es lo que daba la época, donde la iglesia, el estado y la familia, con excepciones, utilizaban métodos autoritarios, coercitivos y con profusión de castigos físicos y amenazas psicológicas a los niños, para lograr la más completa de las obediencias. En el texto no aparece por ningún lado que hubiera que drogar a los niños que aparecen en los distintos cuentos para hacerlos más tranquilos y obedientes.

Atribuir al Sr. Hoffman el "descubrimiento", de la primera descripción del TDAH, en la Historia de la Medicina, se podría deducir por el contenido del libro, o porque Fidgety Philip tuviera la mala costumbre de echarse para atrás en la silla mientras comía; que el Sr. Hoffman considerara que *la natural falta de atención de los niños* es una enfermedad, es algo completamente gratuito. Este médico, debía saber que la atención no se consolida suficientemente hasta los 15 años y aún hasta la salida de la muela del juicio. También debía saber que a veces salía la muela pero el juicio no.

Hace mucho, más de un siglo Still (1902) describió a 43 niños que se caracterizaban por ser frecuentemente "agresivos, desafiantes y resistentes a la disciplina, excesivamente emocionales y con inhibición volitiva". Asimismo, quedó impresionado por las dificultades que estos niños tenían para mantener la atención. Still creyó, que estos niños presentaban un importante "déficit en el control moral de su conducta", que era prácticamente crónico en la mayoría de los casos⁹.

En los años 50 y 60, tras observarse algunos signos de afectación neurológica (hipotonía, torpeza motora...), y después de una larga historia de discusiones sobre la posible existencia de una lesión cerebral tan mínima que no podía objetivarse, el cuadro clínico pasó a denominarse "Daño cerebral mínimo". Posteriormente, se cambió por un término menos organicista y más funcionalista como el de "Disfunción cerebral mínima" lo que curiosamente inducía a una confusión neurológica máxima.

⁹ <http://www.cun.es/areadesalud/tu-perfil/infancia/trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad-tdah-diagnostico/>

En la década de los 60, cobra mayor relevancia el concepto de " Síndrome del niño Hiperquinético" que hace hincapié en la excesiva actividad motora del trastorno.

Por entonces, también aparece por primera vez el trastorno en las clasificaciones diagnósticas psiquiátricas (DSM-II, 1968) en las que en un simple párrafo se describe "La reacción Hiperquinética de la Infancia" resaltándose su carácter benigno (habitualmente tendente a desaparecer en la adolescencia).

Durante la década de los 70, comienza a destacar el déficit de atención, reconociendo ya el DSM-III (1980) una subdivisión del trastorno en " Déficit de atención con o sin hiperactividad" y el déficit de atención sin hiperactividad no se reconoce como entidad clínica, quedando a una categoría mínimamente definida ("Déficit de atención indiferenciado").

En el momento actual el DSM-IV sólo utiliza la denominación "Trastorno por déficit de atención e hiperactividad" (TDAH) y con relación a la predominancia de síntomas distingue tres subtipos de trastorno.

Recientemente se ha cuestionado si el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es propiamente una dificultad específica de aprendizaje (DEA) o es un trastorno relacionado. La precisión terminológica y la delimitación entre ambas clases de trastorno requieren tener en cuenta su curso histórico, al menos desde la denominación de disfunción cerebral mínima (DCM) de los años sesenta como etiología de las (DEA) dada por un comité designado al efecto en Estados Unidos en 1963. Se dice que se atribuye DCM "A niños de inteligencia general próxima a la media, en la media o superior a la media con ciertas dificultades de aprendizaje o de conducta que van de medias a severas, las cuales se asocian con desviaciones funcionales del sistema nervioso central. Estas desviaciones, pueden manifestarse a través de varias combinaciones de déficit en percepción, conceptualización, lenguaje, memoria y control de la atención, impulso o función motora. Durante los años escolares, la manifestación más destacada de esta condición se da en las diversas dificultades de aprendizaje.

El comité de Estados Unidos resumió las 10 características citadas con mayor frecuencia por los autores al describir la (DCM):¹⁰

1.- Hiperactividad

2.-Déficit perceptivo-motor

3.-Habilidad emocional

- 1) Déficit en la coordinación general
- 2) Trastorno de atención
- 3) Impulsividad
- 4) Trastorno de memoria y de pensamiento.
- 5) Dificultades específicas de aprendizaje:
 - a) De lectura
 - b) De aritmética
 - c) De escritura
 - d) De deletreo
- 6) Trastorno del habla y de la audición.
- 7) Signos neurológicos equívocos e irregularidades en EEG.

2.2.3.- DIVERSAS CONCEPCIONES SOBRE HIPERACTIVIDAD

2.2.3.1 Mitos sobre la Hiperactividad

Señala el Dr. Fernando García Castaño:

“Las opiniones sobre la hiperactividad que corren de boca en boca encierran con suma frecuencia una serie de mitos que, al ser radicalmente falsos, confunden y desorientan a quienes más precisados se encuentran de contar con información confiable: los padres, familiares y maestros de niños hiperactivos.”¹¹

¹⁰ Ídem

¹¹ Dr. Fernando García Castaño Publicado en el periódico EL NUEVO DIA, de San Juan de Puerto Rico, el 7 de Marzo de 1998.

Se presentan a continuación algunos de dichos mitos.

- ✓ Un niño hiperactivo es aquel que no permanece quieto un instante, que toca y desbarata todo lo que esté a su alcance. **(Falso).**

Son muy pocos los niños realmente hiperactivos que caen bajo esta descripción. Sólo exhiben este comportamiento los casos severos, aquellos en que la condición aparece con gran intensidad. Afortunadamente, son muy pocos estos casos.

La conducta de muchos de los niños que se comportan así se debe a que sus padres no les han proporcionado los controles necesarios para una conducta adecuada, o sea, no les han inculcado cómo debe ser el comportamiento dentro y fuera del hogar. Más esto no guarda ninguna relación con la hiperactividad.

- ✓ Los niños hiperactivos molestan continuamente. No se puede estar a su lado. **(Falso).**

Nunca se puede tomar como criterio de hiperactividad el grado con que un adulto se siente molestado por la conducta de un niño. Hay adultos fácilmente excitables, irritables y nerviosos, irracionalmente exigentes con la conducta infantil, que se alterarán por la actividad normal de niños que sólo juegan y se distraen. Como también hay adultos extremadamente calmosos, plácidos e imperturbables, que pueden ver cómo se desploma el mundo a su alrededor sin alterarse mínimamente. Estas personas condonan irracionalmente la conducta infantil inapropiada. Los primeros tacharán de hiperactivos a niños que no lo son en absoluto, mientras que los segundos corren peligro de no identificar una sintomatología clara, con la que viven a diario.

- ✓ A mi hijo le han diagnosticado hiperactividad, pero no se parece en nada al vecinito, que es hiperactivo y está en tratamiento. Por lo tanto, se equivocaron y mi niño no es hiperactivo. **(Falso).**

Este razonamiento parte de la premisa de que la hiperactividad se manifiesta de igual forma en todos los que la sufren. Nada más lejos de la realidad.

El síndrome que se denomina TDAH (trastorno por déficit de atención/hiperactividad) consta de una serie de síntomas. No siempre están presentes todos ellos en una persona, y por lo general, unos síntomas están mucho más marcados que otros. Esto produce una amplia variedad de cuadros clínicos. Lo que en un niño es conducta preocupante y digna de atención terapéutica puede ser que ni siquiera aparezca en otro, aunque ambos sufran la misma condición.

Al lado de niños con una hiperactividad "clásica" (inquieta al extremo de parecer estar conectados a un motorcito), hemos visto otros con una actividad motora relativamente normal o promedio, mas con una conducta extremadamente impulsiva. En otros, el hablar en forma incontrolada es el rasgo más marcado. Unos casos aparecen complicados con problemas de aprendizaje o con conducta agresiva; otros no. La actuación irreflexiva de algunos niños puede llegar a poner en peligro su propia vida, al seguir un impulso ciego, mientras que en otros está ausente este riesgo. Hay, en suma, una amplia variedad de manifestaciones de la condición, que puede desconcertar a quienes no la conocen debidamente.¹²

✓ Sí, mi hijo es hiperactivo, pero eso se le pasará cuando sea mayor. **(Falso).**

EL TDAH es una condición crónica, cuyos efectos suelen perdurar, con intensidad variable, a lo largo de toda la vida. Ahora bien, en la inmensa mayoría de los casos, la excesiva actividad motora suele desaparecer o disminuir significativamente en la adolescencia. Si alguien cree que el TDAH se reduce a un elevado nivel de actividad física, interpretará erróneamente el cambio que observa y deducirá que se acabó el problema. La realidad, sin embargo, está muy lejos de esto. El alto grado de movimiento suele transformarse en una sensación interna de desasosiego y de intranquilidad. Además, la elevada actividad motora nunca fue la esencia del

¹² Ídem

problema; sólo su aspecto más visible. Aunque la persona se mueva menos, la condición permanece entera e intacta.

- ✓ Aunque mi hijo sea hiperactivo, no importa. Yo era igual y he salido adelante en la vida. **(Falso)**.

Quienes así se expresan suelen estar pensando en el aspecto económico de la vida. Su condición de TDAH, si la tienen, no les habrá sumido en la miseria, pero nunca, nunca sabrán estas personas cómo hubiera sido su vida si hubieran recibido el debido tratamiento en el momento adecuado. Por otra parte, la vida no consiste solamente en ser un vendedor exitoso, tener un buen empleo o poseer un negocio. Existe la dimensión afectiva, el mundo de las relaciones interpersonales, el matrimonio, la paternidad y maternidad, la familia... Si se examinaran estas áreas en la vida de las personas que se ufanan de su falta de tratamiento, probablemente comenzarían a dar la cara ciertos conflictos, cuya conexión con la condición no diagnosticada ni tratada había permanecido siempre oculta.¹³

2.2.4.- Perfil y Tipología del Niño Hiperactivo

2.2.4.1.- Perfil del niño hiperactivo

Este punto, se enfoca a los distintos perfiles de un niño hiperactivo, según su edad y de acuerdo con diversos autores, especialistas en el tema.

Cito a continuación, la opinión del autor Ávila quien menciona:

“En los primeros años de vida durante el periodo neonatal y en la primera infancia, estos niños presentan dificultades para dormir y para comer. Son inquietos e irritables y en la práctica resulta imposible controlarlos. Aunque no todos, la mayoría duermen menos tiempo de lo habitual y se mueven como si se tratase de un motor. En relación con las comidas, el niño hiperactivo, es caprichoso y con cierta frecuencia tiene cólicos. Desde los dos o tres años de edad, las conductas destructivas pueden ser notables. Los padres tienen que

¹³ Ídem

repetir hasta diez veces las cosas antes de que el niño se disponga a realizarlas, no piensan antes de actuar, son más propensos a sufrir accidentes”.¹⁴

De los cuatro a los seis años

- Inquietud, impulsividad, la falta de atención, la agresividad y la desobediencia.
- Se levanta más veces que sus compañeros no hiperactivos del pupitre.
- Reclama la atención del profesor continuamente y no termina las actividades que se le propongan.
- En lugares públicos estos niños hacen rabieta por cualquier tontería.
- Cuando se les castiga se enfadan y hacen rabieta.
- El juego es muy revelador ya que no saben jugar solos y la forma de utilizar los juguetes.
- Pelean con sus compañeros de juego.

El niño de los siete a los doce años

- En estos años el niño hiperactivo pasa a ocupar el primer plano en su clase
- Acepta la disciplina impuesta por el maestro
- A esta edad, el niño empieza a manifestar dificultades de aprendizaje, excepto en dos excepciones siguientes:
 - a) Los que trabajan con sus padres diariamente reforzando los aprendizajes básicos anteriores.
 - b) Los que tienen un nivel de inteligencia alto pueden superar los cursos escolares con un esfuerzo mayor que el de sus compañeros.
- En ambas situaciones el rendimiento del niño puede ser suficiente pero no satisfactorio.
- Son impulsivos

¹⁴ C. Ávila y A. Polaino-Lorente, Niños hiperactivos. Comportamiento, diagnóstico, tratamiento, ayuda familiar y escolar, Editorial: Omega, Narcea, 2002.

- Puede llegar hacer líder de la clase.
- Baja autoestima.

En la adolescencia

- La relación entre padre e hijo se hace más estresante ya que el adolescente hiperactivo se vuelve más discutidor, desafiante e intolerable por sus caprichos. Con respecto a su rendimiento académico empeora y esto condiciona el que las relaciones en el adolescente y los profesores sean poco favorables.
- La sensación de fracaso se generaliza y la autoestima se hace cada vez más negativa.
- En esta etapa de la vida los padres de adolescente hiperactivos se enfrentan con graves problemas:
 - a) El **primero** de ellos es el abuso del alcohol o la adicción a cualquier otra droga.
 - b) El **segundo** riesgo es el abuso de experiencias sexuales.
 - c) El **tercer** gran riesgo está representado por los accidentes de tráfico¹⁵.

La psicopedagoga Antonia Reyes en la revista salud actual (donde la salud está al día) nos indica las siguientes etapas que puede presentar un niño hiperactivo.

- **ETAPA PREESCOLAR (4 a 6 años)**

Comienzan a surgir las características que en el futuro serán las más comunes de estos niños: son inquietos, impulsivos, desobedientes, les cuesta mantener la atención, no respetan turnos durante el juego o de habla y pueden ser agresivos. Es muy distraído, pareciera no escuchar lo que se le pide. En esta etapa, el juego del niño hiperactivo es muy característico. Por un lado, no saben jugar solos, ya que comienzan a usar el juguete más novedoso pero luego lo dejan de lado para tomar uno distinto. Si juegan en grupo, no admite perder, no siguen las reglas del juego por lo que son rechazados por hermanos, parientes y amigos.

¹⁵ Ídem PP. 115

- **7 A 12 AÑOS**

Ya en la educación básica, el niño con hiperactividad pasa a tener un rol importante en la clase. Es el típico niño al que le están llamando constantemente la atención, tienen serias dificultades del aprendizaje y generalmente está solo. Es catalogado como “un mal alumno” y flojo, por lo que en algunas ocasiones profesores y padres, pensando que el mal rendimiento es a causa de una inmadurez sugieren la repitencia del menor. Lo que en realidad no va a mejorar la situación, sino que por el contrario, la va a empeorar pues afectará su autoestima lo que como consecuencia a influir en que el rendimiento siga disminuyendo.

La relación con sus padres sigue siendo mala, pues es rechazado. En otras ocasiones sucede al contrario, es amigos de todos pues es visto como el líder de la clase, ya que todos sus actos son vistos como hazañas por sus compañeros o bien es visto como el payaso, “el que nos hace reír a todos”.

Todas estas características generan en el menor sentimiento y estados de inseguridad, frustración e insatisfacción. Aparentemente se ven felices, como si toda la situación no les afectara, pero en realidad mienten para ganarse la probación y respeto de todos quienes le rodean.¹⁶

- **ADOLESCENCIA**

La relación con sus padres y adultos en general empeora notablemente. Discute más con ellos, es más desafiante y rebelde. Su rendimiento académico desciende notablemente y pareciera no importarle realmente. Todo esto va a afectar considerablemente su autoestima haciéndola cada vez más negativa.

Son niños más susceptibles a tomar peligros debido a su impulsividad y como una manera de llamar la atención frente a sus padres. De esta manera, son tentados por el alcohol u otra adicción a drogas de cualquier tipo, las experiencias sexuales tempranas y sin protección debido a que aún no tienen la madurez suficiente para integrar en su

¹⁶ Ídem pp. 116

vida el acto sexual, toman riesgos innecesarios lo que puede traer como consecuencia accidentes de tráfico debido a sus imprudencias y rebeldías, etc.

Éstas son sólo algunas características del niño hiperactivo durante su desarrollo de la infancia hasta la adultez. Si bien en un comienzo parecen ser inofensivas y uno, como padre, cree que con el tiempo y la educación suficiente irán desapareciendo, si el niño con hiperactividad no es diagnosticado a tiempo, tendremos a un adolescente impulsivo, arriesgado que incluso puede llegar a poner su vida en juego. Entonces, *¿qué pueden hacer los padres para que esto no suceda?* Acercarse tempranamente a los especialistas adecuados (psicólogos, psiquiatras, psicopedagogos) que le puedan brindar ayuda a su hijo y a ellos mismos para que prontamente tenga un buen paso por su colegio y por la vida.

2.2.4.2.- TIPOLOGÍA

2.2.4.2.1.-Tipos de TDAH

Este trastorno se puede manifestar de tres formas diferentes, según predomine una u otra dificultad. Según los criterios del manual de Diagnóstico y Estadística de la Asociación de Psiquiatría Americana (1994), los tipos de TDAH son:

- ✓ **Inatento:** Son aquellos niños que presentan principalmente dificultades en la capacidad de atención. Es el clásico despistado que tiende siempre a estar en su mundo y ensimismado en sus pensamientos.
- ✓ **Impulsivo-hiperactivo:** Los niños que presentan dificultades de autocontrol. Aquellos que no pueden estar cinco minutos quietos, se levantan sin necesidad o dicen lo que piensan en cuanto se les pasa por la cabeza.
- ✓ **Combinado:** Presenta síntomas de inatención, de impulsividad y de hiperactividad.

El niño, durante los primeros años de escolaridad, suele ser capaz de concentrarse y trabajar solo, presenta un pensamiento reflexivo, sabe jugar siguiendo unas normas y trabajar en grupo. En cambio, el niño con TDAH tiene dificultades a la hora de realizar estas actividades: no puede hacer los deberes porque olvidó anotarlos en la agenda, algunos

compañeros no quieren jugar con él o, en muchos casos, se encuentra sentado solo al final de la clase.

Por todo esto, a menudo los niños con TDAH presentan problemas asociados como:

- Baja autoestima.
- Mal comportamiento.
- Problemas de adaptación en la escuela.
- Mayor facilidad para sufrir accidentes.
- Problemas en las relaciones con los familiares y amigos.
- Problemas de sueño.
- Problemas emocionales.
- Dificultades a la hora de aprender.
- Alto nivel de ansiedad.

Un buen diagnóstico será fundamental para que padres y maestros acompañemos al niño con TDAH durante esta etapa escolar e intentemos evitar la aparición de estos problemas asociados.

2.2.5.- DIAGNÓSTICO Y TIPOS DE TRATAMIENTO

2.2.5.1.- Diagnóstico: Psicológico-Pedagógico-Médico

En los primeros años de escolaridad, exigimos al niño gran cantidad de demandas que para él representan cambios importantes. En casa debe ayudar cada vez más, debe permanecer sentado durante toda una comida familiar o destinar un tiempo, que antes ocupaba jugando, para hacer sus deberes escolares. También ocurren grandes cambios cuando entra en la escuela. Los horarios son más pautados, el número de niños por maestro es mayor... pero, sobre todo, se le exige una gran atención y control sobre sí mismo. Estos cambios, que para la mayoría se produce de una forma natural, para los niños con TDAH no son tan sencillos. Los padres luchan con sus hijos a la hora de hacer los deberes y el profesor se da cuenta de que aquel niño no rinde o no se comporta como los demás niños del grupo.

Por eso, muchas veces el diagnóstico coincide con la entrada del niño en el colegio. El gran número de exigencias, a las que el niño con TDAH no puede responder, hacen que

durante la etapa escolar sea más evidente la necesidad de un diagnóstico. Los padres debemos acudir a un profesional clínico especializado para que realice el diagnóstico. Este profesional necesitará, además de la información que le podamos dar nosotros, información por parte de la escuela mediante informes o cuestionarios, así como la exploración y observación del comportamiento y rendimiento del niño.

Muchos niños son "etiquetados" por las personas que les rodean. Estas etiquetas de "gandul" o "maleducado" no facilitan la comprensión de lo que realmente le sucede al niño ni orientan cómo ayudarle, a él y a su familia. Será mediante un diagnóstico que confirme o descarte el trastorno cuando se podrá comenzar a proporcionar la ayuda adecuada. Además, el profesional deberá evaluar si existen otros problemas asociados.

Si el especialista determina que tu hijo padece TDAH, establecerá una serie de técnicas de autocontrol y todos los tratamientos que requiera su caso concreto. En cualquier caso, diagnosticar el trastorno es el primer paso para comprenderlo y buscar soluciones.

2.2.5.2.-Tipos de Tratamiento

Según los diversos factores que intervienen en la determinación de la hiperactividad infantil se han desarrollado igualmente una gran variedad de aproximaciones de tratamiento a dicha problemática, aquí se abordaran los principales tratamientos que se han utilizado.

A) Farmacológico:

El tratamiento por excelencia es el farmacológico, se basa en que el modelo médico tiene la finalidad de conseguir una reducción de la hiperactividad y un tratamiento adecuado para modificar las conductas impulsivas e incrementar la atención ya que lo considera una enfermedad que debe ser tratada con medicamentos. El tratamiento farmacológico que debe prescribir un neurólogo o psiquiatra y que se está utilizando para estos niños es el Metilfenidato (el famoso Rubifén o Ritalín), la Dextroanfetamina (Dexedrina) y la Pemolina magnésica como (Cylert) pero estos dos últimos no están disponibles en España. Todos estos medicamentos facilitan la acción de la dopamina y de la noradrenalina (los dos neurotransmisores implicados en el trastorno) y por ello actúan de inmediato.

Metilfenidato: Los efectos del Rubifén, son inmediatos y empiezan a notarse a los 30 o 60 minutos tras la ingesta y comienza a disminuir unas 3 a 6 horas después de haber

tomado la pastilla. Quiere esto decir que se requiere la administración continuada del medicamento con las pautas que establezca su terapeuta. No es aconsejable medicar a un niño menor de seis años, aunque se han tratado niños de tres años cuya sintomatología era muy grave y el beneficio de la terapia farmacológica era imprescindible.

Se ha hablado mucho de este tipo de tratamiento en distintos países, ya que siguen existiendo muchas dudas por parte de profesionales de la hiperactividad para recetar los fármacos, que desde luego no son la panacea del tratamiento pero que nos facilitan la tarea cuando tenemos que seguir una reeducación y un tratamiento psicológico con estos niños.

Se insiste mucho en los efectos secundarios y la posible adicción a la medicación. Bien pasemos a describir los que ocasiona el Metilfenidato:

- ✓ Insomnio, cuando la dosis se da demasiado tarde.
- ✓ Puede haber pérdida de apetito.
- ✓ En ocasiones puede ocasionar dolores de cabeza.
- ✓ Molestias gástricas.

Estos dos últimos más leves.

La medicación se debe dar en pautas de dos o tres veces al día, dependiendo de la respuesta del niño a la medicación que deberán evaluar en un seguimiento semanal, los padres, profesores y el terapeuta. Normalmente el esquema de medicación es de 8 de la mañana, 11 de la mañana y antes de comer a las 14 o 15 hrs. Se establece la dosis óptima que se mantiene todos los días del colegio en el caso de que no presente problemas de conducta importantes en casa, y si no también deben darse los fines de semana, tratando de dar la medicación discontinua, cesando durante las vacaciones escolares. Por otra parte está demostrado que esta clase de medicamentos no crean adicción física siguiendo las orientaciones del médico, como sucede con otros muchos fármacos.

Cerca de un 20% de los niños pueden dejar la medicación al cabo de un año, puesto que además se supone que se ha trabajado con ellos desde el plano psicológico.

B) Tratamiento psicopedagógico

Tiene tres grandes frentes, que deben conocerse perfectamente para poder trabajar sobre las diferentes áreas y conductas.

FAMILIA - PROFESOR - TERAPEUTA

Veamos las pautas que un niño con TDHA necesita en la familia.

✚ Pautas FAMILIARES para un niño con TDHA

La familia deberá:

- Tener normas claras y bien definidas.
- Dar órdenes cortas y de una en una.
- Propiciar un ambiente ordenado y muy organizado, sereno y sin gritos.
- Reconocer el esfuerzo realizado por el niño.
- Aumentar su autoestima
- Evitar ser superprotectora y no dejarse manipular por sus caprichos.
- Cumplir siempre los castigos y las recompensas ante sus acciones.
- Darle pequeñas responsabilidades.
- Aceptarle tal y como es.
- Saber que el trabajo es mucho y que se necesita mucha constancia.
- Fomentar sus puntos fuertes, sus facultades.

▪ Pautas ESCOLARES para un niño con TDHA

El profesor deberá:

- Ser un profesor que comprenda y asimile el trastorno del niño, que se informe sobre él.
- Sentarle en el lugar adecuado, lejos de estímulos, enfrente de él, entre niños tranquilos.
- Darle órdenes simples y breves. Establecer contacto visual con el niño.

- Darle encargos una vez que haya realizado el anterior, no dejar que deje las cosas a medio hacer.
- No se le puede exigir todo a la vez, se debe desmenuzar la conducta a modificar en pequeños pasos y reforzar cada uno de ellos: si comienza por acabar las tareas, se le felicita para conseguirlo, luego que lo intente con buena letra y se valorará, más tarde que el contenido sea también correcto. Pedirle todo a la vez, le desmotivará porque no puede realizarlo.
- Alternar el trabajo de pupitre con otras actividades que le permitan levantarse y moverse un poco.
- Enseñarle y obligarle a mantener el orden en su mesa.
- Hacer concesiones especiales, darle más tiempo en los exámenes, indicarle cuando se está equivocando por un descuido, o facilitarles un examen oral de vez en cuando para que descanse de la escritura, etc.
- Darle ánimos continuamente, una palmada en el hombro, una sonrisa ante cualquier esfuerzo que presenta, por pequeño que sea. Premiar las conductas positivas es imprescindible, haber atendido, levantar la mano en clase, intentar buena letra, o contestar sin equivocarse son conductas a reforzar en el niño hiperactivo, dicho refuerzo puede ser con privilegios de clase (borrar la pizarra, repartir el material, hacer recados, lo que además le permite moverse que es lo que necesita), o bien dedicarle una atención especial, reconocimiento o halago público: comentarios positivos en alto, o en privado a otro profesor para que lo oiga el niño, notas para casa destacando aspectos positivos, una felicitación de la clase, un trabajo en el corcho, etc.
- Evitar humillarle o contestarle en los mismos términos. Evitar insistir siempre sobre todo lo que hace mal.
- Tener entrevistas frecuentes con los padres para seguir su evolución.

- **Pautas TERAPEÚTICAS para un niño con TDHA**

El terapeuta deberá:

- Orientar a los padres acerca del trastorno que padece su hijo.
- Darles pautas de conducta y actuación con su hijo.

- Reeducar las dificultades de aprendizaje asociadas (dislexias, falta de memoria, discalculias, disgrafías, etc.)
- Entrenarle en la resolución de problemas.
- Entrenarle en habilidades sociales puesto que suele presentar problemas con los demás.
- Entrenarle en técnicas de relajación.

Otros tratamientos que también se han implementado para los niños con hiperactividad:

- **La Retroalimentación.**

Un enfoque psicopedagógico que se ha desarrollado en los últimos tiempos para reducir la conducta hiperactiva, es el llamado feedback o retroalimentación en el cual la persona participa activamente en la revisión, evaluación y corrección de su propia conducta. La retroalimentación se informa al niño de los resultados de su propia actuación en una situación específica. Esta técnica usualmente utiliza aparatos mecánicos y/o electrónicos y contabiliza lo que el sujeto ha realizado para hacerlo consciente inmediatamente de los resultados de su comportamiento.

- **Autocontrol**

Consiste en que el niño controle su comportamiento a través de proporcionarse autoinstrucciones, es decir utilice su propio lenguaje como un instrumento de planeación y guía de su conducta no verbal. Cabe mencionar que el entrenamiento autoinstruccional fue desarrollado por Meichenbaum en 1979 y se trata de un programa terapéutico basado principalmente en el desarrollo del lenguaje interno o privado, Guevremont, Tishelman y Hull implementaron un programa de entrenamiento generalizado en autocontrol para niños con déficit de la atención utilizando a sus madres como terapeutas adjuntas.

Un trabajo que discute las bondades del entrenamiento en autocontrol es el realizado por Hinshaw y Melnick. El autocontrol ha sido igualmente estudiado en niños de edad preescolar con características de hiperactivos.

- **Psicoballet**

Este tratamiento tiene sus orígenes en Cuba. El Psicoballet es un método de psicoterapia artística, específicamente la danza, misma que se estructura en un sistema dinámico integral con sus características y leyes propias y específicas. Los mecanismos de acción del psicoballet son el reforzamiento y la corrección del marco referencial propioceptivo en la apreciación de la realidad y la estabilización de la actividad nerviosa superior, complementándose con la autodisciplina, el autocontrol y la creación de intereses estéticos en un medio donde la interacción del participante con el equipo de asistencia permite poner en juego los mecanismos de la psicoterapia de grupo.

En general estos niños solo necesitan que seamos conscientes de sus dificultades, de sus limitaciones, que sepamos, ya que el déficit de atención con hiperactividad es una entidad propia, con la sintomatología que acabamos de describir y, sobre la que aún, se están publicando continuos estudios, puesto que aún nos queda mucho por descubrir acerca de sus bases biológicas, la influencia del entorno y las posibilidades terapéuticas, pero creo que lo fundamental es que se reconozca el síndrome como tal.

Las familias que suelen estar desorientadas al principio, deben observar sin alarmismos innecesarios el comportamiento de su hijo, si les preocupa realmente, y realizar un diagnóstico precoz que facilitará el tratamiento posterior. Para ello, existe una asociación de reciente creación que puede orientar y poner en contacto a las distintas familias que de esta forma se sienten más comprendidas y escuchadas y desde luego, menos solas.

2.2.6.- Hiperactividad como Trastorno del Aprendizaje

2.2.6.1.- Fracaso Escolar

El fracaso escolar suele ser una consecuencia, un problema generado por un trastorno del comportamiento, el niño hiperactivo puede presentar lo siguiente:

- a) Sus trabajos escolares son descuidados y generalmente inacabados, pues trabaja de forma impulsiva y desorganizada
- b) Muestra dificultad en seguir las instrucciones que se le dan (pero no porque no las comprenda ni porque no quiera seguirlas).

También podría presentar los siguientes problemas en su paso por la escuela:

✓ **Problemas de atención**

La **atención** es un factor muy importante para que la información llegue hasta el cerebro y, posteriormente, quede retenida. La atención es selectiva, y no se puede prolongar indefinidamente. Es preferible mantenerla en un plazo corto de tiempo y volver sobre ella tras un período de descanso.

Para superar las dificultades sobre la atención es conveniente:

- a) Dedicar al sueño un número de horas suficientes, según la edad del niño y sus necesidades particulares.
- b) Cuidar la respiración: algo que suele pasar desapercibido, pero que es muy necesario para que el oxígeno llegue a la sangre con facilidad, contribuyendo así a disminuir el cansancio.
- c) Una alimentación equilibrada y completa: no realizar tareas de estudio después de una comida abundante.
- d) Motivar e interesar al niño para realizar la tarea propuesta.
- e) Dejar, entre tarea y tarea, un tiempo de relajación y/o descarga.

✓ **Problemas de memoria**

Para que se ponga en marcha el mecanismo de la memoria, la persona se ha de proponer recordar la información recibida. A partir de aquí, seleccionará de entre la información, la relacionará con otros datos ya adquiridos y la integrará.

Un ambiente relajado y tranquilo ayudará a "fijar" la información.

Encontrar la causa de dichos problemas, incidiendo sobre ella, así como realizando ejercicios específicos que impliquen dicha aptitud serán los pasos a seguir.

✓ **Problemas de razonamiento verbal**

Los niños con problemas en esta área, ven afectada tanto la comprensión como la fluidez de su lenguaje.

Se hará conveniente trabajar estos aspectos con un psicólogo infantil, a través de **tareas que impliquen estas aptitudes**, así como **el ir fomentando el gusto por la lectura** y todo aquello que, de alguna manera, pueda ir mejorando su capacidad lingüística.

✓ **Problemas de razonamiento abstracto**

Plantear y resolver problemas ayudará a desarrollar esta aptitud.

✓ **Problemas de razonamiento numérico**

Los problemas en esta aptitud suelen deberse a una falta de atención y de concentración, y a dificultades en temas propiamente de cálculo (de automatizar el mecanismo de las operaciones: suma, resta,...).

✓ **Problemas de sobrecarga-sobreexcitación**

El descansar poco, permanecer demasiado tiempo seguido frente a una misma tarea y el realizar un exceso de actividades extraescolares constituye un círculo vicioso que acaba repercutiendo negativamente en el éxito escolar del niño.

Se ha de llevar a cabo de **forma paralela, una terapia comportamental** de tipo psicológico, así como **proporcionar a padres y maestros asesoramiento sobre el trastorno** que sufre el niño y maneras de afrontarlo. Este trabajo conjunto suele dar muy buenos resultados.

2.2.7.- Estrategias de Atención Pedagógicas

Para niños que presenten el Trastorno de Hiperactividad con déficit atencional (TDAH), desde el enfoque metacognitivo se recomiendan algunos ejercicios que se pueden trabajar en casa:

1. Pedir al niño que coloree con crayones un papel, sin dejar espacios en blanco. Empezar este ejercicio con hojas de papel A4 e ir aumentando el tamaño hasta medio pliego. Es posible que, la primera vez que hace este ejercicio, el niño no pueda terminar el trabajo. Un adulto debe supervisar esta actividad y debe alentar al niño a completar toda la hoja. Es un ejercicio que debe hacerse cotidianamente, empezando dos veces por semana y aumentando paulatinamente hasta hacerlo a diario.

2. Conseguir planchas de corcho y un punzón (apropiado para niños, sin punta). Pedir al niño que perfore toda la plancha, haciendo la mayor cantidad de huecos posible y lo más próximos entre sí. Igual que en el ejercicio anterior puede empezar con planchas pequeñas e ir aumentando el tamaño.

Cualquier actividad que realice un niño con trastorno de hiperactividad con déficit atencional (HDA). Los padres deben estimularlo a terminar lo que ha comenzado, inclusive pueden premiar las conductas en las que demuestre constancia y concentración. No se recomienda castigar al niño ni retarlo por distraerse.

Es importante que los padres le den un ambiente de cariño y estabilidad, deben tener horarios y cierta regularidad en las actividades como comer, dormir, ver televisión, realizar tareas, etc.

La hiperactividad con déficit atencional es un trastorno que amerita un tratamiento profesional. Acuda a un psicólogo para que, con una evaluación del caso particular, pueda darle más información.

2.2.8.- PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN ESTRATEGIAS METACOGNITIVAS

Este movimiento es la principal característica de los seres vivos, es por ello que una señal de vida es cuando observamos que algo o alguien se mueven. En los niños, el movimiento resulta vital como una forma de relacionarse con el mundo que les rodea. En muchas ocasiones esta actividad no es comprendida por los adultos.

Esto sucede cuando el pequeño, por su mismo comportamiento, se expone a riesgos de daño físico, rompe cosas en el hogar, impide acudir a centros de reunión social en los que más que permitir la recreación y la convivencia familiar se convierte en un suplicio.

En la escuela, por su parte, nunca se queda quieto en su mesabanco, molesta a sus compañeros, en ocasiones muestra comportamientos que pueden ser calificados como agresivos. Así, el niño comienza a ser etiquetado como inquieto, agresivo, Hiperquinético o Hiperactivo.

De ahí que, surgen una serie de cuestionamientos que debieran ser respondidos: ¿Qué es la hiperactividad? ¿A qué se refiere cuando se menciona ese término? ¿Cómo diferenciarlo de la actividad normal del chico? ¿Cómo distinguir entre agresividad e impulsividad? etc.

En principio, se puede afirmar que la hiperactividad es un concepto que se refiere a un conjunto de alteraciones conductuales muy definido. Frecuentemente se encuentra asociado a niños con trastornos en el aprendizaje y/o emocionales. No obstante, el término alcanza su significación primordial cuando se hace referencia a un niño concreto.

¿Cómo se debe enfrentar esta problemática? La metodología es la misma para cualquier caso que se plantee un problema: Lo primero es definirlo lo más precisamente posible, después evaluarlo para determinar sus posibles causas y, en base a ello, establecer una estrategia de tratamiento.

Tanto el diagnóstico como el tratamiento de este trastorno han logrado un avance considerable. Actualmente, el síndrome de hiperactividad incluye frecuentemente los siguientes síntomas comportamentales: movimiento corporal excesivo, impulsividad; atención dispersa, variabilidad, emotividad, coordinación viso motora pobre, dificultades aritméticas, lectura pobre, memoria escasa y tendencia al fracaso. Por otra parte, en la clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se resume toda la sintomatología descrita anteriormente como se asienta a continuación:

- ✓ "Síndrome Hiperquinético de la Infancia".- El criterio para el diagnóstico utiliza como datos fundamentales la distracción, la desinhibición, la hiperactividad, la impulsividad, los cambios marcados del humor y la agresividad. (OMS, 1978) Por otro lado, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) caracteriza este síndrome en su DSM-III de la siguiente manera:

- ✓ "Déficit de Atención con Hiperactividad".- El criterio para el diagnóstico se basa en tres datos fundamentales y tres secundarios. Los primeros son: inatención, impulsividad e hiperactividad; los secundarios son: el principio del trastorno antes de los 7 años, duración de por lo menos 6 meses y certeza de que no tiene como causa la esquizofrenia, un desorden afectivo o algún grado de deficiencia mental.(DSM-III, 1995).
- ✓ Cabe mencionar que, a partir de esta revisión se plantea el desarrollo de una investigación en la cual se incorporen estrategias de intervención metacognitivas que hasta el momento no han sido abundantemente utilizadas en estudios en niños con síndrome de hiperactividad o inatención.

2.2.9.- Rendimiento escolar

La mayoría de los niños hiperactivos presentan dificultades en el aprendizaje. El 40 ó 50% de los niños hiperactivos tienen un bajo rendimiento escolar. Tienen dificultades perceptivas, con lo cual no diferencian bien entre letras y líneas y tienen poca capacidad para estructurar la información que recibe a través de los distintos sentidos.

La hiperactividad, también llamada déficit de atención, se considera un trastorno de la conducta que conlleva entre otras cosas:

- ▶ La falta de atención del niño a lo que se le dice.
- ▶ Fácil dispersión ante estímulos ajenos ante una situación dada.
- ▶ Dificultad de seguir instrucciones dadas.
- ▶ Dificultad de estar sentado cuando la situación lo requiere.
- ▶ A menudo habla excesivamente, verborrea.
- ▶ A menudo no escucha lo que se le dice.

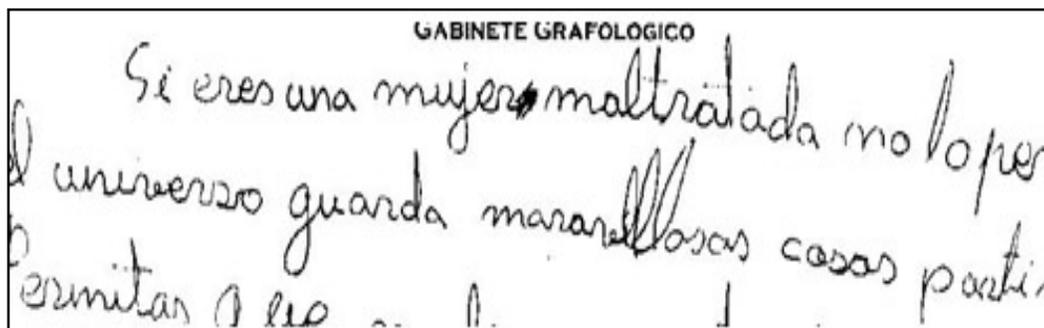
La letra de un hiperactivo es bastante complicada de leer y de entender; de ahí que en muchos casos baje su rendimiento escolar, pues, *–el profesor, sencillamente, no puede leer el texto que el alumno le ha escrito en un examen o porque el cuaderno está muy desorganizado, lleno de tachaduras y de borrones–*. Además, de la dispersión que muestran

antes cualquier estímulo, hace que el rendimiento escolar sea mucho más bajo de lo que potencialmente tienen estos alumnos.

Los rasgos gráficos más comunes en la escritura son:

- ✓ Las letras suelen ser bastante irregulares, es decir, unas son más grandes que otras.
- ✓ El tamaño de la letra en la zona superior suele ser bastante grande, ni letras, ni márgenes ni la ocupación en la página guardan ningún tipo de orden.
- ✓ Los renglones descienden o ascienden.
- ✓ Los óvalos suelen ser muy grandes, con respecto a otras vocales.
- ✓ Tachan, corrigen y añaden muchísimo

Por lo indicado, la letra de un hiperactivo es bastante complicada de leer y de entender; de ahí que en muchos casos su rendimiento escolar baja -porque el profesor, sencillamente, no puede leer el texto que el alumno le ha escrito en un examen o porque el cuaderno está desorganizado, lleno de tachaduras, añadidos y borrones. Además, de la dispersión que muestran ante cualquier estímulo, hacen que el rendimiento escolar sea mucho más bajo de lo que potencialmente tienen estos alumnos.



2.3. Marco Teórico Contextual

2.3.1.- Génesis

La escuela en donde se realizaron las observaciones para esta institución fue fundada en el año de 1968 con el nombre de su fundador profesor LUIS F. ENRIQUEZ DE LA FUENTE, tiene su ubicación en la ciudad de Comalcalco, Tabasco, debido al gran número de niños que había en esos momentos sin asistir a la escuela ya que no había suficiente cupo en la Escuela Primaria Teresa Vera ubicada en dicha ciudad cuenta hasta la fecha con doce docentes, de los cuales son Lic. en Ciencias de la Educación de igual forma hay profesores en Educación Especial, dieciséis salones los cuales se dividen:

- ✓ 12 Salones de clases desde primero hasta sexto año
- ✓ 1 Salón de Educación Especial
- ✓ 1.- Biblioteca
- ✓ 1.- Cooperativa
- ✓ 1.- Limpieza

Al iniciar sus labores esta escuela contaba con 450 niños en la actualidad hay cerca de 626 niños.

Esta escuela tiene niños con hiperactividad, con problemas de aprendizaje, problemas de lenguaje por mencionar algunos ya que estos son los más tratados por los profesores de Educación Especial y por un psicólogo que hace sus visitas una vez a la semana.

Estos son algunos de los datos de la escuela que dio la oportunidad de hacer observaciones pero realizar esta investigación.

2.3.2.- Misión, Visión, Objetivos

2.3.2.1.- Misión

Somos un grupo de profesionistas caracterizados por el sentimiento de responsabilidad y nos comprometemos a desarrollar en los alumnos las habilidades básicas como: leer, escribir, hablar y escuchar correctamente y desarrollar en ellos la creatividad ya

que estas son algunas de sus necesidades, esto lo lograremos a través de una actualización constante que nos permita lograr una educación constructivista que involucre la participación activa del niño.

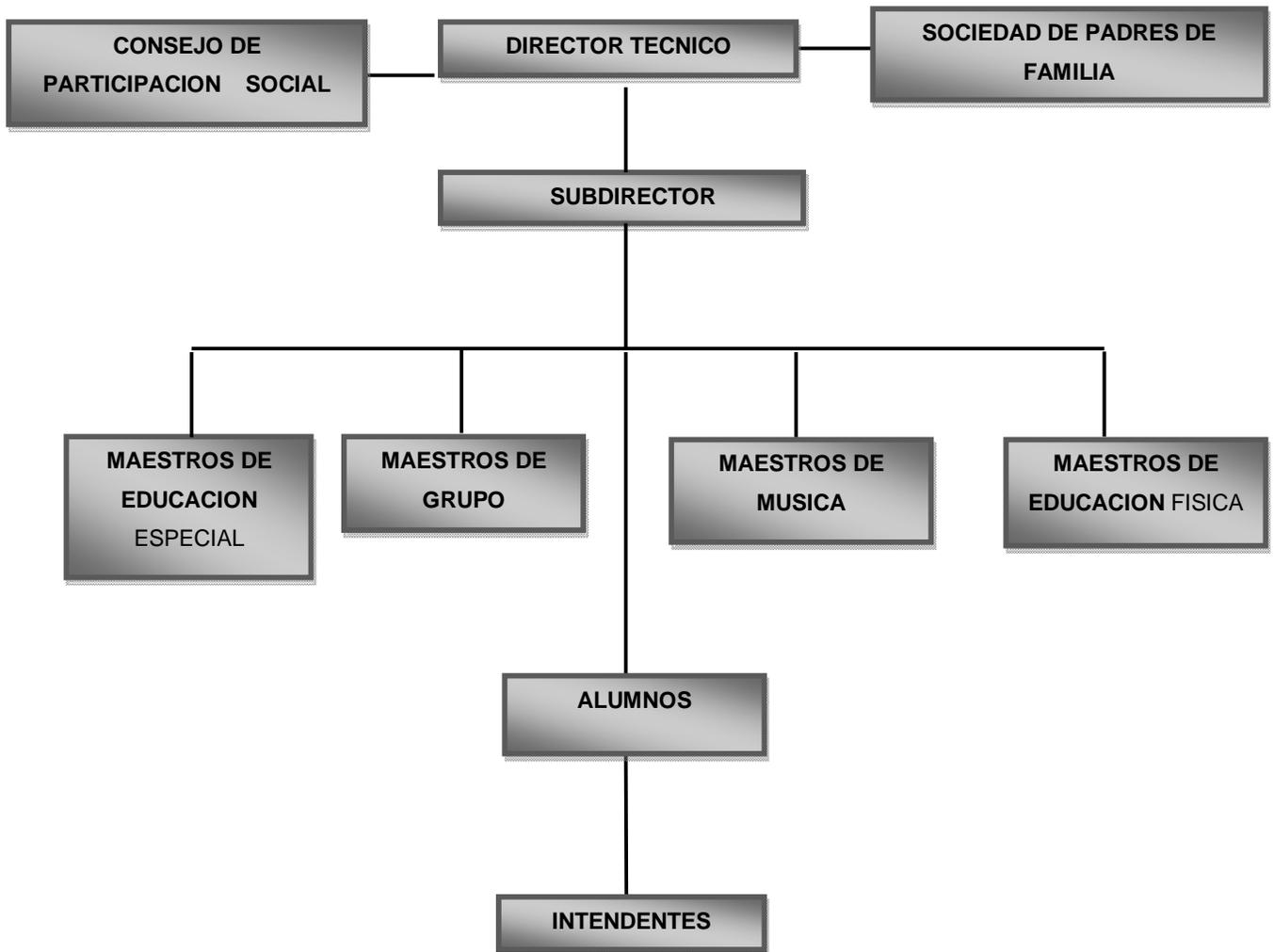
2.3.2.2.- Visión

Aspiramos lograr en los próximos años una educación de calidad, de equidad y pertenencia. En donde los agentes educativos participen activamente para ofrecer una formación integral y armónica de los alumnos basados en la aplicación de los enfoques de los planes y programas de estudio, que fortalezcan los valores universales, la participación social y el desarrollo de la comunidad educativa.

2.3.2.3.- Objetivo

Prestar el servicio educativo a las niñas y niños en edad escolar, para que adquieran los conocimientos básicos en las diferentes asignaturas, con el fin de elevar la calidad de la educación.

2.3.3.- Organigrama



2.3.4.-Matrícula Escolar

La matrícula escolar de la escuela es de 633 alumnos, por lo que en cada salón de clases hay de 36 a 44 alumnos por grupo.

2.3.5.- Programas Institucionales para la Atención de casos con hiperactividad

Estos programas no existen en la escuela en donde se hizo el estudio de casos ya que no están preparados para tratar a los niños hiperactivos.

2.3.6 Perspectivas y Metas para niños con Hiperactividad

En esta escuela donde se hizo el estudio de casos no tienen ninguna perspectiva o meta acerca de los niños hiperactivos, ya que como se dijo anteriormente los profesores encargados no poseen el conocimiento y compromiso necesario para atender a los niños con este tipo de trastornos.

CAPÍTULO III.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación titulada “Estrategias didácticas para niños con hiperactividad en educación primaria”, se realizó a través de una investigación documental y de campo. Misma que fue reforzada con un estudio de casos (sobre un niño que presenta el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad). En un principio se recurrió a la búsqueda de información bibliográfica, como son: libros, revistas, manuales, entre otros. Posteriormente, se acudió a la institución educativa del nivel primaria, para efectuar las entrevistas y registros de observaciones al menor que padece dicha problemática.

3.1.- Técnicas e Instrumentos de Investigación

Entrevistas: Se decidió realizar entrevistas pues esta técnica presenta un tópico al entrevistado y lo alientan a que responda con sus palabras, sin considerar alguna alternativa de respuesta pre-definida. Este instrumento de recolección de datos enriquece más nuestro estudio, por la diversidad de respuestas que se pueden emitir al respecto.

Registros de observación: Cabe destacar que se realizarán observaciones en la institución elegida, consideradas como información imprescindible; con el fin de ampliar la visión de cuál es el tratamiento adecuado para los niños con Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad.

3.2.- Población y Muestra

La institución educativa elegida fue: LUIS F. ENRIQUEZ DE LA FUENTE, tiene su ubicación en la ciudad de Comalcalco, Tabasco. Cuenta con 10 profesores (Licenciados en Ciencias de la Educación) y un psicólogo (quien realiza una visita a la semana). Su matrícula escolar es de 205 alumnos, del turno matutino.

3.3.- Muestra:

La muestra fue tomada al azar. Realizando un estudio sobre el comportamiento del alumno: Horacio Lugo Ricardez. De quien se presenta su estudio clínico y reporte de actividades que se implementaron con sus compañeros de grupo, que consistían en actividades de juego, recreativas y de conducta.



Dr. Mario Villar Soto

PSIQUIATRA NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS

CED. PROF. MCP 13966/99 CED. PROF. MTRIA PSIQ.2764691 CED. ESP. PSIQ. 3168026
IPN-ESM- HOSPITAL PSIQUIATRICO VILLAHERMOSA U.J.A.T. HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"
CERTIFICADO POR EL CONSEJO MEXICANO DE PSIQUIATRIA

Villahermosa Tab. a 24 de Agosto de 2006

A QUIEN CORRESPONDA

Asunto. Se emite resumen clínico del paciente
HORACIO LUGO RICARDEZ

Mediante el presente informo que el paciente escolar masculino 7 años de edad, de nombre Horacio Lugo Ricardez, inició evaluación y manejo por Psiquiatría infantil desde El mes de Enero del presente año, por presentar sintomatología del desempeño escolar. Teniendo como antecedente alteraciones perinatales (entorno a su nacimiento como condiciones desfavorables). Se ha evaluado mediante entrevistas clínicas, revisiones del examen mental, entrevistas de detección a la madres y observación clínica de la conducta. Posterior a la evaluación se integran criterios clínicos para identificar TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN COMBINADO con predominio de la impulsividad. Además de un TRASTORNO ESPECÍFICO DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE. Así como presencia de sintomatología de la conducta asociada a estructura de límites inadecuada.

Ha iniciado un tratamiento farmacológico con un psicoestimulante de liberación prolongada para incrementar su nivel atencional y ampliar la concentración, al mismo tiempo se ha elegido un neuromodulador de la conducta para limitar la hiperactividad e impulsividad. Se tiene contemplada la evaluación psicométrica con pruebas psicológicas de orientación pedagógica, así como la actividad de socialización. Se ha identificado la permanencia de los síntomas de la conducta intrahogar como piromanía (gusto por jugar con fuego); por lo que se le han instaurado al menos dos esquemas diferentes de manejo para la conducta, mostrando hasta la fecha mejora en su atención y en su manejabilidad. Se recomienda tenerlo siempre en actividad incrementando el número de repeticiones si termina antes, así como darle pequeñas comisiones para mantenerle la iniciativa, como repartir hojas, borrar de vez en cuando la pizarra, etc. Muy importante mantenerlo en primeras filas muy cerca de la profesora para mantenerle presente el estímulo de la atención y evitar que se disperse.

El pronóstico se desarrollará en función de la respuesta clínica al tratamiento y la funcionalidad en la continuidad de las citas. Esperando sea de utilidad el presente resumen me dispongo a ampliar la información si esta es requerida por escrito. Quedo de usted.

ATENTAMENTE

CLÍNICA PEDIÁTRICA JIMÉNEZ

Av. Obregón 102 1er. Piso Consultorio 6 Col. Nueva Villahermosa Tel: 01 (993) 131.1286 email: drmaviso@yahoo.com Martes a Viernes de 17:00 a 20:00 hrs. Sábado de 09:00 a 14:00 hrs.

**3.1 REGISTRO DE OBSERVACIÓN SOBRE CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS HIPERACTIVOS
DEL 16 AL 20 DE MARZO DE 2009**

CARÁCTERÍSTICAS	CASO UNO	CASO DOS
INQUIETO	XX	XXXX
POCA ATENCION	XXX	XXXX
DISTRAIDO	XXX	XXXX
CAMBIOS DE HUMOR	X	XXXX
IMPULSOS INCONTROLADOS	0	XXXX
CONCENTRACIÓN NULA	XX	0
NO DISTINGUE EL PELIGRO	0	XXXX
NO LE DA IMPORTANCIA CUANDO SE PREMIA O CASTIGA	0	0
AGRESIVO	0	XXXX
PROBLEMAS DE LENGAJE	0	0
PROBLEMAS VISUALES	0	0
INCAPACIDAD DE COORDINAR ACTIVIDADES	XX	XXXX
POCA LIMPIEZA	XXX	XX
CAPACIDAD PARA HACER AMIGOS	XXXX	XXXX
TRASTORNO DEL SUEÑO	0	XXX
SUPERVISIÓN CONSTANTE	XXX	XXXX
INCAPACIDAD PARA TERMINAR TAREAS	XXXX	XXXX

X = MUY POCO

XX= POCO

XXX= REGULAR

XXXX= DEMASIADO

0= NUNCA

REGISTRO DE OBSERVACIÓN SOBRE CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS HIPERACTIVOS

DEL 23 AL 27 DE MARZO DE 2009

CARÁCTERÍSTICAS	CASO UNO	CASO DOS
INQUIETO	XX	XXXX
POCA ATENCIÓN	XXX	XXXX
DISTRAIDO	XXX	XXXX
CAMBIOS DE HUMOR	X	XXXX
IMPULSOS INCONTROLADOS	0	XXXX
CONCENTRACIÓN NULA	XX	0
NO DISTINGUE EL PELIGRO	0	XXXX
NO LE DA IMPORTANCIA CUANDO SE PREMIA O CASTIGA	0	0
AGRESIVO	0	XXXX
PROBLEMAS DE LENGAJE	0	0
PROBLEMAS VISUALES	0	0
INCAPACIDAD DE COORDINAR ACTIVIDADES	XX	XXXX
POCA LIMPIEZA	XXX	XX
CAPACIDAD PARA HACER AMIGOS	XXXX	XXXX
TRASTORNO DEL SUEÑO	0	XXX
SUPERVISIÓN CONSTANTE	XXX	XXXX
INCAPACIDAD PARA TERMINAR TAREAS	XXXX	XXXX

X = MUY POCO

XX= POCO

XXX= REGULAR

XXXX= DEMASIADO

0= NUNCA

REGISTRO DE OBSERVACIÓN SOBRE CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS HIPERACTIVOS

DEL 31 DE MARZO AL 3 DE ABRIL DE 2009

CARACTERÍSTICAS	CASO UNO	CASO DOS
INQUIETO	XXX	XXXX
POCA ATENCIÓN	XXXX	XXXX
DISTRAIDO	XXXX	XXXX
CAMBIOS DE HUMOR	XX	XXXX
IMPULSOS INCONTROLADOS	0	XXXX
CONCENTRACIÓN NULA	XXX	0
NO DISTINGUE EL PELIGRO	XX	XXXX
NO LE DA IMPORTANCIA CUANDO SE PREMIA O CASTIGA	0	0
AGRESIVO	0	XXXX
PROBLEMAS DE LENGAJE	0	0
PROBLEMAS VISUALES	0	0
INCAPACIDAD DE COORDINAR ACTIVIDADES	XXX	XXXX
POCA LIMPIEZA	XXXX	XX
CAPACIDAD PARA HACER AMIGOS	XXXX	XXXX
TRASTORNO DEL SUEÑO	0	XXX
SUPERVISIÓN CONSTANTE	XXXX	XXXX
INCAPACIDAD PARA TERMINAR TAREAS	XXXX	XXXX

X = MUY POCO

XX= POCO

XXX= REGULAR

XXXX= DEMASIADO

0= NUNCA

REGISTRO DE OBSERVACIÓN SOBRE CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS HIPERACTIVOS

DEL 6 AL 10 DE ABRIL DE 2009

CARACTERÍSTICAS	CASO UNO	CASO DOS
INQUIETO	XXX	XXXX
POCA ATENCIÓN	XXXX	XXXX
DISTRAIDO	XXXX	XXXX
CAMBIOS DE HUMOR	XX	XXXX
IMPULSOS INCONTROLADOS	0	XXXX
CONCENTRACIÓN NULA	XX	0
NO DISTINGUE EL PELIGRO	0	XXXX
NO LE DA IMPORTANCIA CUANDO SE PREMIA O CASTIGA	0	0
AGRESIVO	0	XXXX
PROBLEMAS DE LENGAJE	0	0
PROBLEMAS VISUALES	0	0
INCAPACIDAD DE COORDINAR ACTIVIDADES	XXX	XXXXX
POCA LIMPIEZA	XXXX	XXX
CAPACIDAD PARA HACER AMIGOS	XXX	XXXX
TRASTORNO DEL SUENO	0	XXXX
SUPERVISIÓN CONSTANTE	XXX	XXXX
INCAPACIDAD PARA TERMINAR TAREAS	XXXX	XXXXX

X = MUY POCO

XX= POCO

XXX= REGULAR

XXXX= DEMASIADO

0= NUNCA

REGISTRO DE OBSERVACIÓN SOBRE CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS HIPERACTIVOS

DEL 13 AL 17 DE ABRIL DE 2009

CARACTERÍSTICAS	CASO UNO	CASO DOS
INQUIETO	XXXX	XXXX
POCA ATENCIÓN	XXX	XXXXX
DISTRAIDO	XXXX	XXXX
CAMBIOS DE HUMOR	X	XXXX
IMPULSOS INCONTROLADOS	0	XXXX
CONCENTRACIÓN NULA	XXX	0
NO DISTINGUE EL PELIGRO	0	XXXX
NO LE DA IMPORTANCIA CUANDO SE PREMIA O CASTIGA	0	0
AGRESIVO	0	XXXX
PROBLEMAS DE LENGAJE	0	0
PROBLEMAS VISUALES	0	0
INCAPACIDAD DE COORDINAR ACTIVIDADES	XXX	XXXX
POCA LIMPIEZA	XXX	XXXX
CAPACIDAD PARA HACER AMIGOS	XXXX	XXXX
TRASTORNO DEL SUEÑO	0	XXX
SUPERVISIÓN CONSTANTE	XXX	XXXX
INCAPACIDAD PARA TERMINAR TAREAS	XXXX	XXXX

X = MUY POCO

XX= POCO

XXX= REGULAR

XXXX= DEMASIADO

0= NUNCA

REGISTRO DE OBSERVACIÓN SOBRE CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS HIPERACTIVOS

DEL 18 AL 22 DE MAYO DE 2009

CARACTERÍSTICAS	CASO UNO	CASO DOS
INQUIETO	XXX	XXXX
POCA ATENCIÓN	XXXX	XXXX
DISTRAIDO	XXXX	XXXX
CAMBIOS DE HUMOR	XX	XXXX
IMPULSOS INCONTROLADOS	0	XXXX
CONCENTRACIÓN NULA	XX	0
NO DISTINGUE EL PELIGRO	0	XXXX
NO LE DA IMPORTANCIA CUANDO SE PREMIA O CASTIGA	0	0
AGRESIVO	0	XXXX
PROBLEMAS DE LENGAJE	0	0
PROBLEMAS VISUALES	0	0
INCAPACIDAD DE COORDINAR ACTIVIDADES	XXX	XXXX
POCA LIMPIEZA	XXXX	XXX
CAPACIDAD PARA HACER AMIGOS	XXX	XXXX
TRASTORNO DEL SUÑO	0	XXXX
SUPERVISIÓN CONSTANTE	XXX	XXXX
INCAPACIDAD PARA TERMINAR TAREAS	XXXX	XXXX

X = MUY POCO

XX= POCO

XXX= REGULAR

XXXX= DEMASIADO

0= NUNCA

REGISTRO DE OBSERVACIÓN SOBRE CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS HIPERACTIVOS

DEL 25 AL 29 DE MAYO DE 2009

CARACTERÍSTICAS	CASO UNO	CASO DOS
INQUIETO	XXX	XXXX
POCA ATENCIÓN	XXXX	XXXX
DISTRAIDO	XXXX	XXXX
CAMBIOS DE HUMOR	XX	XXXX
IMPULSOS INCONTROLADOS	0	XXXX
CONCENTRACIÓN NULA	XX	0
NO DISTINGUE EL PELIGRO	0	XXXX
NO LE DA IMPORTANCIA CUANDO SE PREMIA O CASTIGA	0	0
AGRESIVO	0	XXXX
PROBLEMAS DE LENGAJE	0	0
PROBLEMAS VISUALES	0	0
INCAPACIDAD DE COORDINAR ACTIVIDADES	XXX	XXXXX
POCA LIMPIEZA	XXXX	XXX
CAPACIDAD PARA HACER AMIGOS	XXX	XXXX
TRASTORNO DEL SUEÑO	0	XXXX
SUPERVISIÓN CONSTANTE	XXX	XXXX
INCAPACIDAD PARA TERMINAR TAREAS	XXXX	XXXX

X = MUY POCO

XX= POCO

XXX= REGULAR

XXXX= DEMASIADO

0= NUNCA

REGISTRO DE OBSERVACIÓN SOBRE CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS HIPERACTIVOS

DEL 1 AL 5 DE JUNIO DE 2009

CARACTERÍSTICAS	CASO UNO	CASO DOS
INQUIETO	XXX	XXXX
POCA ATENCIÓN	XXXX	XXXX
DISTRAIDO	XXXX	XXXX
CAMBIOS DE HUMOR	XX	XXXX
IMPULSOS INCONTROLADOS	0	XXXX
CONCENTRACIÓN NULA	XX	0
NO DISTINGUE EL PELIGRO	0	XXXX
NO LE DA IMPORTANCIA CUANDO SE PREMIA O CASTIGA	0	0
AGRESIVO	0	XXXX
PROBLEMAS DE LENGAJE	0	0
PROBLEMAS VISUALES	0	0
INCAPACIDAD DE COORDINAR ACTIVIDADES	XXX	XXXXX
POCA LIMPIEZA	XXXX	XXX
CAPACIDAD PARA HACER AMIGOS	XXX	XXXX
TRASTORNO DEL SUENO	0	XXXX
SUPERVISIÓN CONSTANTE	XXX	XXXX
INCAPACIDAD PARA TERMINAR TAREAS	XXXX	XXXXX

X = MUY POCO

XX= POCO

XXX= REGULAR

XXXX= DEMASIADO

0= NUNCA

REGISTRO DE OBSERVACIÓN SOBRE CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS HIPERACTIVOS

DEL 8 AL 12 DE JUNIO DE 2009

CARACTERÍSTICAS	CASO UNO	CASO DOS
INQUIETO	XXX	XXXX
POCA ATENCIÓN	XXXX	XXXX
DISTRAIDO	XXXX	XXXX
CAMBIOS DE HUMOR	XX	XXXX
IMPULSOS INCONTROLADOS	0	XXXX
CONCENTRACIÓN NULA	XX	0
NO DISTINGUE EL PELIGRO	0	XXXX
NO LE DA IMPORTANCIA CUANDO SE PREMIA O CASTIGA	0	0
AGRESIVO	0	XXXX
PROBLEMAS DE LENGAJE	0	0
PROBLEMAS VISUALES	0	0
INCAPACIDAD DE COORDINAR ACTIVIDADES	XXX	XXXXX
POCA LIMPIEZA	XXXX	XXX
CAPACIDAD PARA HACER AMIGOS	XXX	XXXX
TRASTORNO DEL SUÑO	0	XXXX
SUPERVISIÓN CONSTANTE	XXX	XXXX
INCAPACIDAD PARA TERMINAR TAREAS	XXXX	XXXXX

X = MUY POCO

XX= POCO

XXX= REGULAR

XXXX= DEMASIADO

0= NUNCA

REGISTRO DE OBSERVACIÓN SOBRE CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS HIPERACTIVOS

DEL 15 AL 19 DE JUNIO DE 2009

CARACTERÍSTICAS	CASO UNO	CASO DOS
INQUIETO	XXXX	XXXX
POCA ATENCIÓN	XXXX	XXXX
DISTRAÍDO	XXX	XXXX
CAMBIOS DE HUMOR	0	XXXX
IMPULSOS INCONTROLADOS	0	XXXX
CONCENTRACIÓN NULA	XXX	XX
NO DISTINGUE EL PELIGRO	0	XXXX
NO LE DA IMPORTANCIA CUANDO SE PREMIA O CASTIGA	0	0
AGRESIVO	X	XXXX
PROBLEMAS DE LENGAJE	0	0
PROBLEMAS VISUALES	0	0
INCAPACIDAD DE COORDINAR ACTIVIDADES	XX	XXX
POCA LIMPIEZA	XXX	XXXX
CAPACIDAD PARA HACER AMIGOS	X	XX
TRASTORNO DEL SUENO	0	XXXX
SUPERVISIÓN CONSTANTE	XX	XXXX
INCAPACIDAD PARA TERMINAR TAREAS	XXX	XXXX

X = MUY POCO

XX= POCO

XXX= REGULAR

XXXX= DEMASIADO

0= NUNCA

REGISTRO DE OBSERVACIÓN SOBRE CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS HIPERACTIVOS

DEL 24 AL 28 DE AGOSTO DE 2009

CARACTERÍSTICAS	CASO UNO	CASO DOS
INQUIETO	XXXX	XXXX
POCA ATENCIÓN	XXX	XXX
DISTRAÍDO	XXXX	XXXX
CAMBIOS DE HUMOR	X	XXXX
IMPULSOS INCONTROLADOS	0	XXX
CONCENTRACIÓN NULA	XXX	X
NO DISTINGUE EL PELIGRO	0	XXXX
NO LE DA IMPORTANCIA CUANDO SE PREMIA O CASTIGA	0	0
AGRESIVO	0	XXXX
PROBLEMAS DE LENGAJE	0	0
PROBLEMAS VISUALES	0	0
INCAPACIDAD DE COORDINAR ACTIVIDADES	XXX	XXX
POCA LIMPIEZA	XXXX	XXXX
CAPACIDAD PARA HACER AMIGOS	XX	XXXX
TRASTORNO DEL SUEÑO	0	XXXX
SUPERVISIÓN CONSTANTE	XXXX	XXXX
INCAPACIDAD PARA TERMINAR TAREAS	XXXX	XXXX

X = MUYPOCO

XX= POCO

XXX= REGULAR

XXXX= DEMASIADO

0= NUNCA

REGISTRO DE OBSERVACIÓN SOBRE CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS HIPERACTIVOS

DEL 31 DE AGOSTO AL 4 DE SEPTIEMBRE DE 2009

CARACTERISTICAS	CASO UNO	CASO DOS
INQUIETO	XXX	XXXX
POCA ATENCION	XXXX	XXXX
DISTRAIDO	XXXX	XXXX
CAMBIOS DE HUMOR	XX	XXXX
IMPULSOS INCONTROLADOS	0	XXXX
CONCENTRACION NULA	XX	0
NO DISTINGUE EL PELIGRO	0	XXXX
NO LE DA IMPORTANCIA CUANDO SE PREMIA O CASTIGA	0	0
AGRESIVO	0	XXXX
PROBLEMAS DE LENGAJE	0	0
PROBLEMAS VISUALES	0	0
INCAPACIDAD DE COORDINAR ACTIVIDADES COORDINADAS	XXX	XXXXX
POCA LIMPIEZA	XXXX	XXX
CAPACIDAD PARA HACER AMIGOS	XXX	XXXX
TRASTORNO DEL SUENO	0	XXXX
SUPERVISION CONSTANTE	XXX	XXXX
INCAPACIDAD PARA TERMINAR TAREAS	XXXX	XXXXX

X = MUY POCO

XX= POCO

XXX= REGULAR

XXXX= DEMASIADO

0= NUNCA

REGISTRO DE OBSERVACIÓN SOBRE CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS HIPERACTIVOS

DEL 21 AL 25 DE SEPTIEMBRE DEL 2009

CARACTERISTICAS	CASO UNO	CASO DOS
INQUIETO	XXX	XXXX
POCA ATENCIÓN	XXX	XXX
DISTRAIDO	XXX	XXXX
CAMBIOS DE HUMOR	XX	XXXX
IMPULSOS INCONTROLADOS	0	XXXX
CONCENTRACION NULA	XX	0
NO DISTINGUE EL PELIGRO	0	XXXX
NO LE DA IMPORTANCIA CUANDO SE PREMIA O CASTIGA	0	0
AGRESIVO	0	XXXX
PROBLEMAS DE LENGAJE	0	0
PROBLEMAS VISUALES	0	0
INCAPACIDAD DE COORDINAR ACTIVIDADES COORDINADAS	XX	XXX
POCA LIMPIEZA	XX	XXXX
CAPACIDAD PARA HACER AMIGOS	0	XXXX
TRASTORNO DEL SUENO	0	XXXX
SUPERVISION CONSTANTE	XXX	XXXX
INCAPACIDAD PARA TERMINAR TAREAS	XXXX	XXXXX

X = MUY POCO

XX= POCO

XXX= REGULAR

XXXX= DEMASIADO

0= NUNCA

REGISTRO DE OBSERVACIÓN SOBRE CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS HIPERACTIVOS

DEL 5 AL 9 DE OCTUBRE DE 2009

CARACTERÍSTICAS	CASO UNO	CASO DOS
INQUIETO	XXXX	XXXX
POCA ATENCIÓN	XXX	XXXX
DISTRAIDO	XXX	XXXX
CAMBIOS DE HUMOR	XXX	XXXX
IMPULSOS INCONTROLADOS	0	XXXX
CONCENTRACION NULA	XXX	XXX
NO DISTINGUE EL PELIGRO	0	XXXX
NO LE DA IMPORTANCIA CUANDO SE PREMIA O CASTIGA	0	0
AGRESIVO	0	XXXX
PROBLEMAS DE LENGAJE	0	0
PROBLEMAS VISUALES	0	0
INCAPACIDAD DE COORDINAR ACTIVIDADES COORDINADAS	XX	XXX
POCA LIMPIEZA	X	XX
CAPACIDAD PARA HACER AMIGOS	0	XXXX
TRASTORNO DEL SUEÑO	0	XXX
SUPERVISION CONSTANTE	XX	XXXX
INCAPACIDAD PARA TERMINAR TAREAS	XXXX	XXXX

X = MUY POCO

XX= POCO

XXX= REGULAR

XXXX= DEMASIADO

0= NUNCA

REGISTRO DE OBSERVACIÓN SOBRE CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS HIPERACTIVOS

DEL 12 AL 16 DE OCTUBRE DE 2009

CARACTERÍSTICAS	CASO UNO	CASO DOS
INQUIETO	XX	XXX
POCA ATENCIÓN	XXX	XXX
DISTRAIDO	XXX	XXXX
CAMBIOS DE HUMOR	X	XXX
IMPULSOS INCONTROLADOS	0	XXXX
CONCENTRACION NULA	0	XXX
NO DISTINGUE EL PELIGRO	0	XX
NO LE DA IMPORTANCIA CUANDO SE PREMIA O CASTIGA	0	0
AGRESIVO	0	XXXX
PROBLEMAS DE LENGAJE	0	0
PROBLEMAS VISUALES	0	0
INCAPACIDAD DE COORDINAR ACTIVIDADES COORDINADAS	XX	XXX
POCA LIMPIEZA	X	XX
CAPACIDAD PARA HACER AMIGOS	0	XXXX
TRASTORNO DEL SUENO	0	XXX
SUPERVICION CONSTANTE	XX	XXXX
INCAPACIDAD PARA TERMINAR TAREAS	XXXX	XXXX

X = MUY POCO

XX= POCO

XXX= REGULAR

XXXX= DEMASIADO

0= NUNCA

3.2 RESULTADOS DE ESTUDIO GRUPAL

MARTES 10 DE MARZO D3 2009

Se implementaron técnicas grupales, observaciones contantes que tenían como objetivo principal promover la convivencia entre los alumnos, no discriminar a sus compañeros; sin embargo durante la realización de diversas actividades se recolectaron datos precisos, que se detallan a continuación:

- ✓ La niña **Erika Nayeli Lugo Hernández**, fue elegida por 7 de sus compañeros para realizar actividades escolares situándose en primer lugar; los motivos fueron: porque es inteligente, ayuda con las tareas, amable, amistosa, la consideran como buena amiga y buena.
- ✓ El segundo lugar lo ocupó la alumna **Rosy Stefani** con 3 elecciones. Por los siguientes motivos: estudiosa, inteligente, buena y sabe mucho.
- ✓ El tercer lugar lo ocuparon 3 alumnos: María Fernanda, Yildi del Carmen, Yessica Anahí.
- ✓ Por último, el alumno **Horacio** fue elegido por cuarta ocasión por Roberto Carlos. Sus motivos fueron, porque le gusta jugar futbol y es su amigo de este año.

3.3.- ACTIVIDADES DE JUEGO Y RECREATIVAS

Para las actividades de juego y recreativas se ubican con 3 elecciones, las alumnas: Carolina y Byanca. Al considerarlas cariñosas, amables, no pelean, no son agresivas, son simpáticas.

Con 2 votaciones se encuentran: Rosy Stefany, Juan Pablo, Jesús Daniel, María Fernanda, Lizbet Danet, Erika Nayeli y Bicole Elizabeth, porque son agradables para jugar.

En el caso de Horacio, resultó electo por una ocasión por el alumno: Roberto Carlos; mencionando que, lo eligió porque es un buen amigo y es estudioso.

3.4.- ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA CONDUCTA

El alumno rechazado en 12 ocasiones, fue Horacio; mencionando que es maldoso, pega, maltrata y sus demás compañeros, copia, hace relajo, platica mucho en clases, no le gusta estudiar, es mal educado, etc.

Sus compañeros de clase, sugieren que trate de portarse mejor, que les gustaría que fuera más amable, en resumen, que cambie de actitud.

El segundo lugar, lo ocupa la alumna Nicole Elizabeth con 5 elecciones; externando que, es grosera, presumida, siempre dice que es la mejor.

Por último, el tercer lugar lo obtuvo: Juan Pablo Conde Gómez con 3 elecciones; indicando lo siguiente: es grosero, golpea a las niñas, es violento, hace muchas travesuras, no obedece a la maestra y reprueba los exámenes.

3.5 ENTREVISTAS REALIZADAS

A partir del día 17 de noviembre del 2009 a las 8:56 de la mañana se realizó la entrevista a especialistas en Psicología, Pedagogía, Psiquiatría y maestros de la escuela primaria; siendo estos últimos los encargados del aprendizaje de los alumnos, quienes en varias ocasiones se enfrentan a ciertos problemas, como es el caso del “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad”. En relación al psicólogo, éste se encarga de efectuar las revisiones periódicas a los niños en dicha institución; así como también se mantiene en constante comunicación con padres de familia que en casa cuentan con un “Niño Hiperactivo”. La finalidad de estas entrevistas, es obtener información precisa y contundente acerca del tratamiento oportuno a niños que presentan “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad”. La duración de cada entrevista duró alrededor de 30 minutos, agradeciendo especialistas y padres de familia su valiosa participación.

Posteriormente, se realizó la interpretación de las respuestas brindadas por los entrevistados, finalizando con una pequeña conclusión y la presentación del informe escolar, registros de observación de un alumno del 4to. Grado que posee T. D. A. H. (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad).

3.5.1 E N T R E V I S T A (Psicólogo) (17/11/2009)

1.- DESDE SUS ÁMBITO LABORAL ¿CÓMO SE DEFINE LA HIPERACTIVIDAD?

R=Es un trastorno de la conducta que se puede identificar a partir de los tres años de edad en donde por lo regular se muestra una gran actividad motriz incontrolable por parte del menor y en muchas ocasiones viene acompañada de descuido o falta de atención de las actividades que realiza.

2.- ¿EN SU PROFESIÓN DE QUÉ MANERA SE DETECTA LA HIPERACTIVIDAD?

R= Por la actividad motriz del niño ante situaciones escolares, no termina lo que se le solicita, lo hace de manera intempestiva y continuamente deambula en el salón o se sale del mismo.

3.- ¿DESDE SU ÁMBITO PROFESIONAL QUÉ CLASE DE TRATAMIENTO SE LE BRINDA?

R= Incluyen los padres para establecer actividades tanto en casa como en la escuela, la cual se le trata de controlar por medio de darle premios o dejarle realizar actividades que mas le gustan hasta que termine alguna actividad que se le asigno. En otras ocasiones se le puede solicitar, si es que presenta conductas sociales de interrelación positiva con sus compañeros, que les ayude en sus actividades si es que ya concluyo la suya.

4.- ¿REPERCUTE EN EL RENDIMIENTO ESCOLAR? ¿POR QUÉ?

R= Sí, porque al estar realizando actividades diferentes a las que se asigna en el salón no aprende la habilidades o conocimientos que se requieren en su desarrollo escolar.

5.- ¿QUÉ CONSEJO LE DARÍA A LOS PADRES DE FAMILIA QUE TIENEN NIÑOS CON ESTE PROBLEMA?

R= Buscar la ayuda de un profesional para que conjuntamente con el Psicólogo, Neurólogo el maestro y los padres puedan ayudar a un desarrollo mas adecuado.

3.5.2 ENTREVISTA (Pedagogo) (20/11/2009)

1.- DESDE SUS ÁMBITO LABORAL ¿CÓMO SE DEFINE LA HIPERACTIVIDAD?

R= Es un trastorno que se conoce como TDAH y que esta relacionado con procesos mentales (cerebrales) que hacen que el niño presente una gran cantidad de energía incontrolable y difícil de regular por medios conductuales, cognitivos.

2.- ¿EN SU PROFESIÓN DE QUÉ MANERA SE DETECTA LA HIPERACTIVIDAD?

R= Cuando se sospecha es necesario referir al niño con un especialista (psiquiatra) ya que es la única manera de hacer un correcto diagnostico diferencial ya que la hiperactividad no es lo mismo que ser travieso y muchas veces esto se confunde.

3.- ¿DESDE SU ÁMBITO PROFESIONAL QUÉ CLASE DE TRATAMIENTO SE LE BRINDA?

R= El abordaje pedagógico esta relacionado con terapia recreativa sus energías en caso de existir TDA se utilizan Nemo-tecnias que permitan propiciar el recuerdo y la atención.

4.- ¿REPERCUTE EN EL RENDIMIENTO ESCOLAR? ¿POR QUÉ?

R= Sí, ya que el niño Hipercinético, solo te puede regalar pocos minutos de atención y esto repercute en el bajo aprovechamiento y escaso rendimiento académico.

5.- ¿QUÉ CONSEJO LE DARÍA A LOS PADRES DE FAMILIA QUE TIENEN NINOS CON ESTE PROBLEMA?

R= Que realicen un correcto Psicodiagnóstico, que den la medicación apropiada al niño, y que procuren el equipo interdisciplinario, Psiquiatra, Psicólogo, Pedagogo para obtener óptimos resultados.

3.5.3 ENTREVISTA (psiquiatra)(07/12/2009)

1.- DESDE SUS ÁMBITO LABORAL ¿CÓMO SE DEFINE LA HIPERACTIVIDAD?

R= Es el aumento de una actividad motriz que no tiene una finalidad

2.- ¿EN SU PROFESIÓN DE QUÉ MANERA SE DETECTA LA HIPERACTIVIDAD?

R= Mediante criterio clínicos en la CIE-10 (Clasificación interna de enfermedades), y/o, DSM-IV

3.- ¿DESDE SU ÁMBITO PROFESIONAL QUÉ CLASE DE TRATAMIENTO SE LE BRINDA?

R= Psicofarmacológicos con estimulantes por ejemplo metilfenidato, terapia conductual, psicoeducación para padres y maestros.

4.- ¿REPERCUTE EN EL RENDIMIENTO ESCOLAR? ¿POR QUÉ?

R= Sí, porque falta concentración, para mantenerse haciendo una misma tarea por un tiempo determinado e inferir con los procesos.

5.- ¿QUÉ CONSEJO LE DARÍA A LOS PADRES DE FAMILIA QUE TIENEN NIÑOS CON ESTE PROBLEMA?

R=Buscar una valoración a los padres, psicológica o psiquiátrica, ya que en un alto porcentaje de niños hiperactivos es porque sus padres tuvieron poca atención en su edad escolar.

3.5.4 ENTREVISTA A LOS MAESTROS

(30 de noviembre del 2009)

1.- ¿Qué es la Hiperactividad?

R= Es un desajuste emocional que trae el niño ya de nacimiento (congénito) porque a veces sus papas son adictos.

2.- ¿Tiene niños hiperactivos?

R= 2 niños.

3.- ¿Cómo se dio cuenta que eran niños hiperactivos?

R= Porque estaban inquietos, molestaban a sus compañeros, no ponían atención a la clase y están de aquí y de allá en el salón de clases.

4.- ¿Qué actitud tomó usted ante el problema de este niño?

R= Comunicué a la maestra de educación especial.

5.- ¿Utiliza alguna técnica pedagógica con este niño?

R= No

6.- ¿Qué trato tiene usted con este niño y con sus compañeros?

R= Trato igual.

7.- ¿Cómo es el rendimiento escolar del niño?

R= Regular, porque a veces tiene calificaciones de 10 otras veces de 7 pero hasta ahorita no ha reprobado materias.

8.- ¿Participa en clases?

R= Si, ahora expone, hace preguntas, y participa más en la clase.

9.- Desde que usted se dio cuenta que el niño es hiperactivo ¿Ha notado algún cambio en él?

R= Si, he notado ciertos cambios, ya no se pelea a la hora del recreo, ya está más tranquilo a la hora de clases ya no pasea mucho en el salón.

3.5.5 ENTREVISTA A LOS MAESTROS

(30 de noviembre del 2009)

1.- ¿Qué es la Hiperactividad?

R= Es un descontrol en la personalidad del niño y además en su actividad motora.

2.- ¿Tiene niños hiperactivos?

R= 1 niño.

3.- ¿Cómo se dio cuenta que eran niños hiperactivos?

R= Porque es un niño mal educado inquieto, grosero molestaba en el salón de clases se peleaba con sus compañeros.

4.- ¿Qué actitud tomo usted ante el problema de este niño?

R= Hablar con sus padres

5.- ¿Utiliza alguna técnica pedagógica con este niño?

R= No

6.- ¿Qué trato tiene usted con este niño y con sus compañeros?

R= Trato igual.

7.- ¿Cómo es el rendimiento escolar del niño?

R= Es un niño inteligente ya que no ha reprobado ninguna materia

8.- ¿Participa en clases?

R= Sí, trata de ser participativo en todo

9.- Desde que usted se dio cuenta que el niño es hiperactivo ¿Ha notado algún cambio en él?R= Sí, al menos ya no pelea en el salón ya pone atención y hace tarea

3.5.6 ENTREVISTA A PADRES /CASO 1.-

✓ DATOS DE LOS PADRES

NOMBRE DE LA MADRE: María de Lourdes Ricardez Mendoza

EDAD: 38

PROFESION: Maestra

HORARIO DE TRABAJO: 7 a 15 hrs

NOMBRE DEL PADRE: Horacio Lugo

EDAD: 43

PROFESION: Obrero

HORARIO DE TRABAJO: indefinido

✓ DATOS DEL NIÑO

NOMBRE DEL NIÑO: Horacio Lugo Ricardez

FECHA DE NACIMIENTO: 10 de diciembre de 1998

EDAD ACTUAL: 11

ESCUELA EN DONDE ESTUDIA: Luis Felipe E. de la Fuente

GRADO ESCOLAR: 5to

ENTREVISTA A PADRES

1.- ¿A qué edad se embarazo del niño?

R= 27 años

2.- ¿Cómo se sintió cuando se enteró que estaba embarazada?

R= Muy feliz y contenta

3.- ¿Fue embarazo deseado?

R= Sí fue deseado

4.- ¿Cómo fue su embarazo?

R= Fue un embarazo muy tranquilo

5.- ¿Durante su embarazo padeció alguna enfermedad?

R= No, todo fue normal

6.- Tipo de tratamiento que recibió durante su embarazo

R= Ninguno

7.- El niño durante su gestación fue inquieto es decir si se movía mucho

R= Sí

8.- El niño nació a tiempo R= Sí

9.- El niño cuando nació lloro R=Sí

10.- Cuanto peso y midió R= 3 kilos

11.- ¿Como fue su desarrollo en sus primeros meses de edad hasta la edad de 6 años?

R= Normal

12.- ¿De los 6 años su edad actual?

R= es un niño, muy travieso, no tiene miedo a nada, grosero, y no, muy sociable

13.- ¿Como se dio cuenta usted de que el niño tenía hiperactividad?

R= Porque era inquieto

14.- ¿Como se la detectaron y a qué edad?

R= Le realizaron estudios en donde se le detecto que tenia hiperactividad

15.- ¿Qué estudios le realizaron para detectar el nivel de hiperactividad del niño?

R= Test, estudios cerebrales entre otros

16.-¿Se le dio tratamiento?

R= Sí se le dio tratamiento, pero al cabo de unos años se lo dejo de dar porque vio que el niño ya tenía mejoría.

17.- ¿Qué tipo de tratamiento?

R= Tomado

18.- En la actualidad el niño recibe tratamiento neurológico ¿cuáles?

R= Actualmente no recibe ningún tipo de tratamiento

19.- Que cambios ha notado desde el momento de su detección hasta la actualidad.

En casa: es un niño muy travieso le gusta andar tocando y desbaratando lo que encuentra, no hace caso.

En la escuela: es un niño que no tiene muchos amigos no pone atención en clases se pasea por el salón

Con sus compañeros: no se relaciona con sus compañeros a veces se enoja porque no hacen lo que él dice o quiere

3.5.7 ENTREVISTA A PADRES / CASO 2.-

✓ DATOS DE LOS PADRES

NOMBRE DE LA MADRE: Hernández Guzmán Yolanda Amelia.

EDAD: 43

PROFESION: Maestra

HORARIO DE TRABAJO: 8 a 15 horas

NOMBRE DEL PADRE: Romero Oteo Carlos Agustín

EDAD: 51

PROFESION: Licenciado en Derecho

HORARIO DE TRABAJO: 7 a 14 horas

✓ DATOS DEL NIÑO

NOMBRE DEL NIÑO: Romero Hernández Carlos Roberto

FECHA DE NACIMIENTO: 22 de diciembre de 1997

EDAD ACTUAL: 11 años

ESCUELA EN DONDE ESTUDIA: Luis E. de la Fuente

GRADO ESCOLAR: 5to

ENTREVISTA

1.- ¿A qué edad se embarazo del niño?

R= 29 años

2.- ¿Cómo se sintió cuando se enteró que estaba embarazada?

R=Feliz

3.- ¿Fue embarazo deseado?

R=Sí

4.- ¿Cómo fue su embarazo?

R=Fue de alto riesgo el niño nació a los 8 meses por medio de cesárea

5.- ¿Durante su embarazo padeció alguna enfermedad?

R=No, solo sangrado entre los 6 y 7 meses y sufrió emociones fuertes por cuestiones de trabajo (accidente de trabajo)

6.- Tipo de tratamiento que recibió durante su embarazo

R=No tuvo

7.- El niño durante su gestación fue inquieto es decir si se movía mucho

R= No mucho

8.- El niño nació a tiempo

R=No fue provocado a los 8 meses ya que por tuvo molestias y le dieron medicamento y el bebe dejo de moverse al parecer se quedo dormido y tuvieron que hacerle cesárea después de 24 horas de haber aplicado el medicamento

9.- El niño cuando nació lloro R= Sí lloró

10.- Cuanto peso y midió

R=No recuerdo

11.- ¿Como fue su desarrollo en sus primeros meses de edad hasta la edad de 6 años?

R=Todo bien no tuvo ninguna complicación

12.- ¿De los 6 años su edad actual?

R=Es un niño poco sociable, es agresivo no tiene comunicación con nosotros (padres) y es muy inquieto

13.- ¿Como se dio cuenta usted de que el niño tenía hiperactividad?

R= Pues no me di cuenta hasta que se lo diagnosticaron

14.- ¿Como se la detectaron y a qué edad?

R=Por medio de estudios

15.- ¿Qué estudios le realizaron para detectar el nivel de hiperactividad del niño?

R=Revisiones, electro encefalograma y se le llevó con un psiquiatra

16.- ¿Se le dio tratamiento?

R=No

17.- ¿Qué tipo de tratamiento?

R=No tiene ningún tipo de tratamiento

18.- En la actualidad el niño recibe tratamiento neurológico ¿cuáles?

R=No

19.- Que cambios ha notado desde el momento de su detección hasta la actualidad.

En casa: es un niño travieso y se la pasa en la computadora

En la escuela: es poco sociable por lo mismo no tiene muchos amigos

Con sus compañeros: se enoja si no hacen lo que él quiere, es agresivo

CAPÍTULO IV.- DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 CONCLUSIÓN

Para concluir con este estudio de casos podemos decir que no se tiene una teoría específica de lo que causa la hiperactividad pero conforme ha pasado el tiempo y desde que fue diagnosticada por primera vez, se han descubierto distintos tipos de tratamiento ya sea por medio de medicamentos, por terapias al igual que en conjunto con padres y maestros de niños hiperactivos.

Al ser diagnosticada oportunamente la hiperactividad el niño tiene la oportunidad de ser tratado con el medicamento apropiado y no ser rechazado o en su defecto que en la escuela sean llamados niños problemas, es bien sabido que con un tratamiento adecuado la conducta del niño se va nivelando y puede llegar a ser un excelente estudiante.

4.2 PROPUESTAS

- Es conveniente realizar un diagnóstico oportuno para detectar a tiempo la hiperactividad.
- Dar al niño tarea ya sea en la escuela o en casa que pueda realizar, por ejemplo, borrar el pizarrón, recoger los juguetes de su cuarto.
- Ocupar al niño en actividades deportivas o recreativas en las cuales el pueda gastar parte de su energía.
- Dar pláticas a los padres y maestros de niños hiperactivos para que ellos tengan un conocimiento acerca de este trastorno y las pautas que tiene que seguir.
- Concientizar a las personas que un niño con TDAH es un niño normal como los demás pero con más energía.
- Dar a conocer las distintas actividades que puede realizar un maestro en el aula con niños hiperactivos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Armstrong, T.: Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad. Estrategias en el aula. Barcelona. Paidós
- 2) C. Ávila y A. Polaino-Lorente, Niños hiperactivos. Comportamiento, diagnóstico, tratamiento, ayuda familiar y escolar. Ed. Omega, Narcea. Pág.23.
- 3) Dionisio Manga, Concepción Fournier, Ana B. Navarredonda. Trastornos por Déficit de Atención en la Infancia. Editorial: Trillas. Edición: 1990.
- 4) Biblioteca práctica para padres y educadores. Pedagogía y Psicología infantil Editorial: Cultural, Edición, 2003.
- 5) Dr. Fernando García Castaño Publicado en el periódico EL NUEVO DIA, de San Juan de Puerto Rico, el 7 de Marzo de 1998.
- 6) C. Ávila y A. Polaino-Lorente, Niños hiperactivos. Comportamiento, diagnóstico, tratamiento, ayuda familiar y escolar, Editorial: Omega, Narcea, 2002.
- 7) Novedades Educativas, La atención y el aprendizaje, niños inquietos. ¿Actividad o Hiperactividad?, Año 18, núm. 196, abril 2007.
- 8) Noveduc, Niños desatentos e hiperactivos, patología de la infancia.
- 9) Lev Vygotsky, L. S. Pensamiento y Lenguaje, Buenos Aires, Pléyade, 1985.

PÁGINAS ELECTRÓNICAS

- 1) [HTTP://ES.WIKIPEDIA.ORG/WIKI/HIPERACTIVIDAD](http://ES.WIKIPEDIA.ORG/WIKI/HIPERACTIVIDAD)
- 2) <http://www.cun.es/areadesalud/tu-perfil/infancia/trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad-tdah-diagnostico/>
- 3) WWW.PSICOPEDAGOGIA.COM ,AUTOR: SANDRA SANTAMARIA
- 4) MONOGRAFÍAS DE PSIQUIATRÍA INFANTO-Juvenil, Joaquín Díaz Atienza
- 5) Asociación Mexicana por el Déficit de Atención, Hiperactividad y Trastornos Asociados. <http://www.deficitdeatencion.org/>
- 6) 17.- "PROGRAMA DE **ENTRENAMIENTO EN ESTRATEGIAS** METACOGNITIVAS PARA MAESTROS DE NIÑOS HIPERACTIVOS".

<http://www.monografias.com/trabajos25/hiperactividad/hiperactividad.shtml>

ANEXOS

E NTREVISTA (ESPECIALISTAS)

- 1) *DESDE SUS AMBITO LABORAL ¿COMO SE DEFINE LA HIPERACTIVIDAD?*

- 2) *¿EN SU PROFESION DE QUE MANERA SE DETECTA LA HIPERACTIVIDAD?*

- 3) *¿DESDE SU AMBITO PROFESIONAL QUE CLASE DE TRATAMIENTO SE LE BRINDA?*

- 4) *¿REPERCUTE EN EL RENDIMIENTO ESCOLAR? ¿POR QUE?*

- 5) *¿QUE CONSEJO LE DARIA A LOS PADRES DE FAMILIA QUE TIENEN NIÑOS CON ESTE PROBLEMA?*

ENTREVISTA A LOS MAESTROS

- 1) ¿A qué edad se embarazó del niño?
- 2) ¿Cómo se sintió cuando se enteró que estaba embarazada?
- 3) ¿Fue embarazo deseado?
- 4) ¿Cómo fue su embarazo?
- 5) ¿Durante su embarazo padeció alguna enfermedad?
- 6) ¿Tipo de tratamiento que recibió durante su embarazo?
- 7) ¿El niño durante su gestación fue inquieto, es decir, si se movía mucho?
- 8) El niño, ¿Nació a tiempo?
- 9) El niño, ¿Cuándo nació llorando?
- 10) Cuanto peso y midió
- 11) ¿Como fue su desarrollo en sus primeros meses de edad hasta la edad de 6 años?
- 12) ¿De los 6 años su edad actual?
- 13) ¿Como se dio cuenta usted de que el niño tenía hiperactividad?
- 14) ¿Como se la detectaron y a qué edad?
- 15) ¿Qué estudios le realizaron para detectar el nivel de hiperactividad del niño?
- 16) ¿Se le dio tratamiento?
- 17) ¿Qué tipo de tratamiento?
- 18) ¿En la actualidad el niño recibe tratamiento neurológico? ¿Cuáles?
- 19) ¿Que cambios ha notado desde el momento de su detección hasta la actualidad?

ENTREVISTA A PADRES

- 1) ¿A qué edad se embarazó del niño?
- 2) ¿Cómo se sintió cuando se enteró que estaba embarazada?
- 3) ¿Fue embarazo deseado?
- 4) ¿Cómo fue su embarazo?
- 5) ¿Durante su embarazo padeció alguna enfermedad?
- 6) Tipo de tratamiento que recibió durante su embarazo
- 7) El niño durante su gestación fue inquieto es decir si se movía mucho
- 8) El niño nació a tiempo
- 9) El niño cuando nació lloro
- 10) Cuanto peso y midió
- 11) ¿Como fue su desarrollo en sus primeros meses de edad hasta la edad de 6 años?
- 12) ¿De los 6 años su edad actual?
- 13) ¿Como se dio cuenta usted de que el niño tenía hiperactividad?
- 14) 14.- ¿Como se la detectaron y a qué edad?
- 15) ¿Qué estudios le realizaron para detectar el nivel de hiperactividad del niño?
- 16) ¿Se le dio tratamiento?
- 17) ¿Qué tipo de tratamiento?
- 18) En la actualidad el niño recibe tratamiento neurológico ¿cuáles?
- 19) Que cambios ha notado desde el momento de su detección hasta la actualidad.
 - ✓ En casa
 - ✓ En la escuela
 - ✓ Con sus compañeros