



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN

NIVEL DE POSTGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN EDUCACIÓN INFANTIL PROMAEDI

TÍTULO:

“EL TRASTORNO: SÍNDROME DE HIPERACTIVIDAD (TDA/H) Y SU INCIDENCIA EN LAS INTERACCIONES ESCOLARES DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DEL PRIMER AÑO DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DE LOS CENTROS EDUCATIVOS: “JULIO ORDÓÑEZ ESPINOZA” Y “JOSÉ ÁNGEL PALACIOS” DE LA CIUDAD DE LOJA, PERÍODO 2011-2012. LINEAMIENTOS PROPOSITIVOS”

**TESIS DE GRADO PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER EN
EDUCACIÓN INFANTIL.**

1859

AUTORA:

LIC. JENNY GUADALUPE ORTIZ SILVA

DIRECTOR:

DR. MG. ANGEL CABRERA

LOJA – ECUADOR

2015

CERTIFICACIÓN

Dr. Milton Eduardo Andrade Tapia, Ph. D.

DOCENTE INVESTIGADOR DEL NIVEL DE POSTGRADO DEL ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

CERTIFICA: Haber asesorado y revisado detenida y minuciosamente todo el desarrollo de la tesis titulada: **“EL TRASTORNO: SÍNDROME DE HIPERACTIVIDAD (TDA/H) Y SU INCIDENCIA EN LAS INTERACCIONES ESCOLARES DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DEL PRIMER AÑO DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DE LOS CENTROS EDUCATIVOS: “JULIO ORDÓÑEZ ESPINOZA” Y “JOSÉ ÁNGEL PALACIOS” DE LA CIUDAD DE LOJA, PERÍODO 2011-2012. LINEAMIENTOS PROPOSITIVOS”**, realizado por la postulante Jenny Guadalupe Ortiz Silva, por lo que, autorizo continuar con los trámites legales pertinentes para su presentación y defensa.

Loja, Marzo 06 de 2015.



Dr. Milton Eduardo Andrade Tapia, Ph. D

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo **Lic. Jenny Guadalupe Ortiz Silva**, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autora: Lic. Jenny Guadalupe Ortiz Silva

Firma: _____



Cédula: 1103223168

Fecha: 06/03/2015

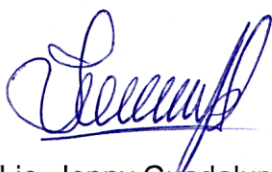
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTORA, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRONICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, Lic. Jenny Guadalupe Ortiz Silva, declaro ser autora de la tesis titulada: "EL TRASTORNO: SÍNDROME DE HIPERACTIVIDAD (TDA/H) Y SU INCIDENCIA EN LAS INTERACCIONES ESCOLARES DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DEL PRIMER AÑO DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DE LOS CENTROS EDUCATIVOS: "JULIO ORDÓÑEZ ESPINOZA" Y "JOSÉ ÁNGEL PALACIOS" DE LA CIUDAD DE LOJA, PERÍODO 2011-2012. LINEAMIENTOS PROPOSITIVOS", como requisito para obtener el grado de Magister en Educación Infantil; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que confines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tenga convenio la Universidad.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los seis días del mes de Marzo del dos mil quince, firma la autora.

Firma:



Autora: Lic. Jenny Guadalupe Ortiz Silva

Cédula: 1102336128

Dirección: Estados Unidos y Brasil- Ingahurco Ambato.

Correo electrónico: jennygos26@yahoo.es

Teléfono: **Celular:** 0988385814

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dr. Milton Eduardo Andrade Tapia, Ph.D.

Tribunal de Grado:

Presidente: Dr. Oswaldo E Minga Díaz. Mg. Sc

Primer Vocal: Lic. María Eugenia Rodríguez. Mg. Sc.

Segundo Vocal: Dr. Ana Lucía Andrade Carrión. Mg. Sc.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Loja, al Área de la Educación, el Arte y la Comunicación, al Programa de Maestría en Educación Infantil, a sus catedráticos que con sabia experiencia y conocimiento científico supieron asesorar en mi persona el deseo de investigar.

De manera especial al Dr. Ángel Benigno Cabrera. Mg. Sc. Director de Tesis; quién con su espíritu de trabajo responsable supo guiarme hasta su culminación.

Mi profundo agradecimiento a las autoridades, docentes, padres de familia, niños y niñas de las Escuelas: Julio Ordóñez Espinoza y José Ángel Palacios de la ciudad de Loja, por su colaboración en el presente estudio Expreso investigativo.

La autora

DEDICATORIA

El crecimiento intelectual debe comenzar al nacer y sólo cesará con la muerte. – Albert Einstein-

Cuando los seres humanos, alcanzamos nuestros logros para realizarnos, lo hacemos pensando, en mejorar nuestra calidad de vida y de las personas que dependen de nosotros.

Dedico este esfuerzo intelectual con mucho amor y cariño a mi hijo, quien ha sido la fuente permanente de inspiración, a mi madre que en todo momento me brindó la motivación para que siga adelante en la conquista de mis metas.

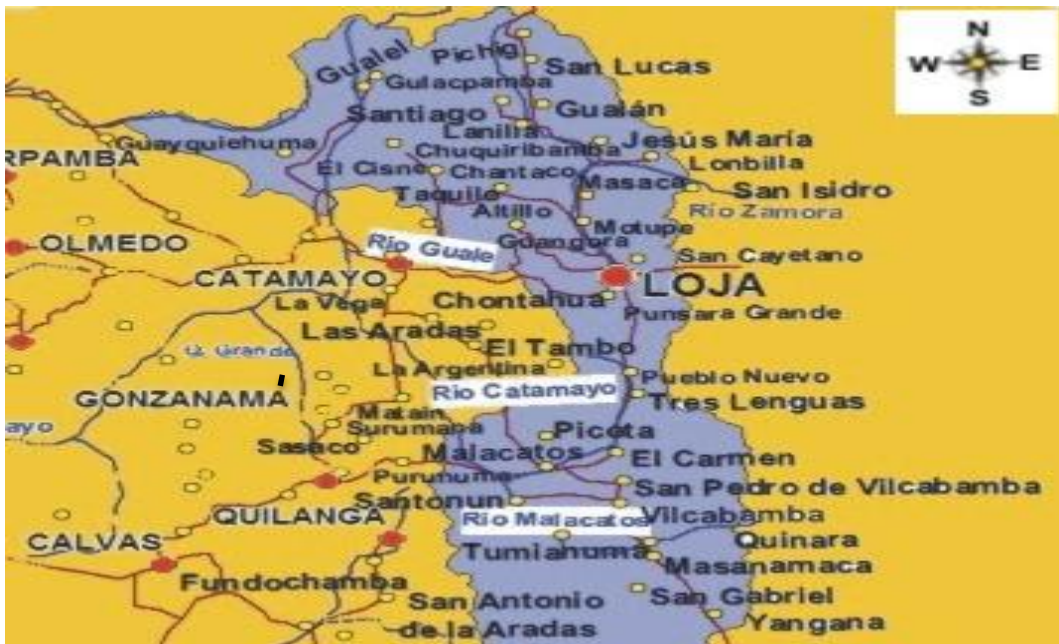
Jenny Guadalupe

ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA INVESTIGACIÓN

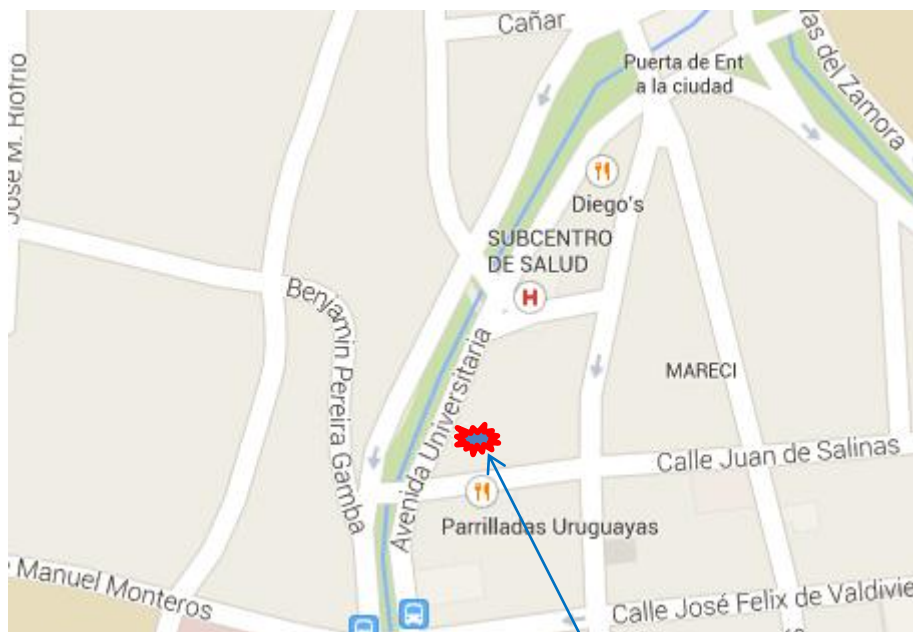
BIBLIOTECA: Área de la Educación, el Arte y la Comunicación

TIPO DE DOCUMENTO	AUTOR/NOMBRE DEL DOCUMENTO	FUENTE	FECHA AÑO	ÁMBITO GEOGRÁFICO						Desagregación	NOTAS OBSERVACIONES
				NACIONAL	REGIONAL	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	BARRIOS COMUNIDAD		
TESIS	LIC. JENNY GUADALUPE ORTIZ SILVA “EL TRASTORNO: SÍNDROME DE HIPERACTIVIDAD (TDA/H) Y SU INCIDENCIA EN LAS INTERACCIONES ESCOLARES DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DEL PRIMER AÑO DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DE LOS CENTROS EDUCATIVOS: “JULIO ORDÓÑEZ ESPINOZA” Y “JOSÉ ÁNGEL PALACIOS” DE LA CIUDAD DE LOJA, PERÍODO 2011-2012. LINEAMIENTOS PROPOSITIVOS”	UNL	2014	ECUADOR	ZONA 7	LOJA	LOJA	Sagrario	Juan de Salinas	CD	Magister en Educación Infantil

MAPA DEL CANTÓN LOJA



UBICACIÓN DE LA ESCUELA PROF. JULIO ORDÓÑEZ ESPINOZA



Escuela Fiscal
Prof. Julio Ordóñez Espinoza

ESQUEMA DE TESIS

- Portada
- Certificación
- Autoría
- Carta de autorización
- Agradecimiento
- Ámbito geográfico de la investigación
- Mapas y croquis
- Esquema de tesis
 - a. Título
 - b. Resumen (Abstrac)
 - c. Introducción
 - d. Revisión de literatura
 - e. Materiales y métodos
 - f. Resultados
 - g. Discusión
 - h. Conclusiones
 - i. Recomendaciones

 - Lineamientos alternativos
- j. Bibliografía
- k. Anexos:
 - Proyecto
 - Índice

a. TÍTULO

“EL TRASTORNO: SÍNDROME DE HIPERACTIVIDAD (TDA/H) Y SU INCIDENCIA EN LAS INTERACCIONES ESCOLARES DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DEL PRIMER AÑO DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DE LOS CENTROS EDUCATIVOS: “JULIO ORDÓÑEZ ESPINOZA” Y “JOSÉ ÁNGEL PALACIOS” DE LA CIUDAD DE LOJA, PERÍODO 2011-2012. LINEAMIENTOS PROPOSITIVOS”

b. RESUMEN

El mundo moderno exige niveles de calidad y excelencia en el ámbito educativo, por lo tanto, se torna necesaria, importante e imprescindible, para los que estamos inmersos en este hermoso campo de la ciencia, propendamos a superarnos día a día y tratemos los problemas con responsabilidad, a fin de coadyuvar satisfactoriamente a la solución de los mismos. El trabajo que se presenta, comprende el estudio sobre “El trastorno: Síndrome de Hiperactividad (TDA/H) y su incidencia en las interacciones escolares de las niñas y niños del Primer Año de Educación General Básica de los Centros Educativos “Julio Ordóñez Espinoza” y “José Ángel Palacios” de la ciudad de Loja, período 2011-2012. El tema de estudio inicia con la recolección de datos, utilizando la técnica de la encuesta y el test, aplicados a docentes y padres familia, niños y niñas del primer año de educación básica. El procesamiento de la información en el análisis e interpretación de datos fueron manejados con los métodos: deductivo y analítico sintético. Los criterios de los docentes fueron de mucha relevancia, resultados que nos indican que el trastorno de Déficit de atención es la situación de desarrollo que el niño atraviesa con niveles altos de desatención, impulsividad, inquietud, descuido de las tareas, actividades que se inician pero que nunca terminan, escasa comunicación e interacción con grupos coetáneos, mayores o menores, Se plantea como objetivo general. “Analizar si los docentes del Primer Año de Educación Básica cuentan con la fundamentación teórica necesaria que permita realizar un adecuado manejo del síndrome de hiperactividad que presentan las niñas y niños del Primer Año de Educación General Básica, en las interacciones escolares, así como a su adecuado manejo por parte de docentes y padres de familia”. Entre los objetivos específicos se cuentan; Conocer las causas que originan el síndrome de hiperactividad en las interacciones escolares de las niñas y niños del Primer Año de Educación General Básica” y Determinar las formas de interacción escolar que registran las niñas y niños que padecen el síndrome de hiperactividad, cómo se presentan los tipos de atención que reciben de docentes y padres. Una vez que se ha culminado el trabajo de investigación, se llega a determinar las siguientes conclusiones: A los docentes de los Centros Educativos “Julio Ordóñez Espinoza” y “José Ángel Palacios”, de la ciudad de

Loja, les falta formación profesional, referida al síndrome de hiperactividad. No conocen en algunos casos de que se trata y, en otros, cuando han sido identificados dichos casos, no saben cómo actuar. Gracias a esta investigación, se logró identificar cinco casos de niños que sufren el síndrome de hiperactividad, mismos que habían sido ignorados por las maestras; simplemente decían que son niños molestos y con eso terminaba su rol. En estos centros educativos hace falta actualización y profesionalización de los docentes. En dos casos de maestras, éstas no cuentan con estudios de cuarto nivel, lo cual, incide en el proceso formativo de los niños y niñas. Las interacciones escolares, se ven afectadas en estos dos paralelos del primer año de educación básica, por cuanto, existiendo cinco casos de niños con el síndrome de hiperactividad, se generan manifestaciones de comportamiento que alteran el orden, la tranquilidad y frena los procesos de aprendizaje. Hacen falta nuevos estudios sobre diversos problemas psicológicos que tienen los niños de estos importantes centros educativos, en virtud de que la gran población se corresponde a la clase media baja, en la cual, muchos padres viven fuera del país, en otros casos, los padres son separados o también existen madres solteras, que de una u otra manera, inciden en las interacciones escolares, aprovechamiento y rendimiento escolar. Los resultados obtenidos son muy satisfactorios porque se han determinado causas y posibles alternativas de solución a la problemática identificada. Esto ha sido posible por cuanto se comprobaron las hipótesis planteadas.

SUMMARY

The modern world requires levels of quality and excellence in education, therefore, becomes necessary, important and essential for those who are immersed in this beautiful field of science, propendamos to improve each day and treat problems responsibility to contribute successfully to solve them. The work presented includes the study of "disorder: Syndrome Hyperactivity Disorder (AD / HD) and its impact on interactions of school children from the First Year of Basic General Education of Schools" Julio Espinoza Ordonez "and "José Ángel Palacios" in the city of Loja, 2011-2012. The subject of study begins with data collection using the survey technique and the test applied to teachers and parents family, children of the first year of primary education. The processing of information in the analysis and interpretation of data were handled using the methods: deductive and analytical synthetic. The criteria of teachers were highly relevant, results indicates that Attention Deficit Disorder is the situation of development that children go through high levels of inattention, impulsivity, restlessness, neglect of duties, activities that are initiated but that never end, poor communication and interaction with peers groups, more or less, it is the general objective. "Analyze whether teachers First-Year Basic Education have the necessary theoretical foundation that allows adequate management of hyperactivity syndrome presented by children from the first year of basic general education in school interactions, as well as their proper management by teachers and parents. "Specific objectives include Knowing the causes hyperactivity syndrome in school interactions of the children of the First Year of Basic General Education "and determine the forms of interaction that log school children with the syndrome of hyperactivity, and how the types of care they receive from teachers and padres. Una once you have completed the research work presented, you get to determine the following conclusions: teachers in the Schools "Julio Espinoza Ordonez" and "José Ángel Palacios" "city of Loja, they lack training, related to hyperactivity syndrome. Not known in some cases in question and, in others, when such cases have been identified, do not know how to act. Through this research, it was possible to identify five cases of children suffering from hyperactivity syndrome, they who had been ignored by the teachers; simply said they are pesky children and ended with

that role. In these schools need upgrading and professionalization of teachers. In two cases of teachers, they do not have studies of fourth level, which affects the learning process of children and niñas. Las school interactions are affected in these two parallel first-year basic education because, exist five cases of children with the syndrome of hyperactivity, behavioral manifestations that alter the order generated, tranquility and slows the learning process. We need new studies on various psychological problems of the children in these important educational centers under the large population corresponds to the lower middle class, in which many parents live abroad, in other cases, parents are separated or there are single mothers, who in one way or another, affect school interactions, development and school performance. The results obtained are very satisfactory for certain causes and possible solutions to the problem have been identified. This was possible because the hypotheses were tested.

c. INTRODUCCIÓN

El término "hiperactividad" se utiliza para describir a una clase de niños (posteriormente jóvenes y adultos) que presentan un comportamiento especial, diferente de la mayoría, a los que se considera "normales".

Hablar de niño hiperactivo involucra a diversas definiciones y concepciones. La denominación de Síndrome intenta dar cuenta de que se trata de una problemática abarcativa. El manual de los trastornos mentales **DSM-IV** considera que dentro de los "Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia" se encuentran los "Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador" y dentro de esta clasificación enumera distintas clasificaciones entre las que se encuentran "el tipo con predominio hiperactivo – impulsivo" y "el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado".

En general se define la desatención cuando predomina que un niño: No presenta atención a los detalles, o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades. Cuando tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas. A menudo parece no escuchar cuando se le habla, ni sigue las instrucciones ni finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones, evitando las actividades que requieren un esfuerzo mental sostenido. Es común que extravíe objetos y se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.

La hiperactividad la define cuando a menudo mueve en exceso manos o pies, y presenta dificultades para mantenerse quieto en un asiento, o para dedicarse tranquilamente a actividades de ocio, también habla en exceso.

La impulsividad la define cuando a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas, tiene dificultades para guardar su turno y se inmiscuye o interrumpe las actividades de otros.

El manual aclara que deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral, no explicándose estos síntomas por otros trastornos mentales.

Algunos autores lo consideran un **trastorno de conducta**, caracterizado básicamente por la imposibilidad de mantener la atención en una situación durante un período de tiempo razonablemente prolongado.

Como suele mostrarse con mayor frecuencia en niños que en niñas, se puede hacer el razonamiento hipotético de la posibilidad de las características culturales como un factor determinante, debido a las diferencias culturales de género. Por otra parte no se ha encontrado diferencias físicas y los estudios cerebrales han encontrado un funcionamiento absolutamente normal.

Tomando en consideración estos referentes teórico-explicativos se desarrolló el trabajo de investigación referido a El trastorno: Síndrome de hiperactividad (TDA/H) y su incidencia en las interacciones escolares de las niñas y niños del Primer Año de Educación General de los Centros Educativos “Julio Ordóñez Espinoza” y “José Ángel Palacios” de la ciudad de Loja, período 2011-2012. Lineamientos Propositivos, para lo cual se propusieron objetivos claros, mismo que se cumplieron en el decurso de toda la investigación.

La revisión bibliográfica comprende importantes definiciones que fueron necesarias para aclarar las categorías principales que se trabajaron.

En lo que corresponde a las hipótesis, éstas se sometieron a su respectivo proceso, a fin de llegar a su eficaz comprobación.

Los resultados se los presenta en cuadros estadísticos, en los que se encuentran las correspondientes frecuencias y porcentajes. Además de ello, se acompañan gráficos, con el propósito de clarificar la información.

Las conclusiones son el producto de todo el proceso investigativo, mismas que permitieron reflexionar mesuradamente, a fin de organizar adecuadamente los lineamientos propositivos, que están orientados a contribuir

significativamente a superar en parte las problemáticas de los niños que sufren de este síndrome, así como a brindar pautas orientadoras, que conlleven a mejorar los procesos formativos de los niños y niñas.

Este trabajo no es nada acabado, se trata de contribuir de una u otra manera, a mejorar los procesos pedagógicos que deben impulsarse en los grupos de niñas y niños que sufren del síndrome de hiperactividad. Es un modesto aporte educativo, que se aspira se constituya en guía para los docentes que trabajan en este ámbito psicológico.

Finalmente tomando en cuenta las conclusiones y recomendaciones se presentan los Lineamientos Alternativos con miras a desarrollar conciencia y orientación en los Padres de Familia, Docentes y sociedad en general sobre la importancia de contribuir a superar el Síndrome de Hiperactividad y su incidencia en las interacciones escolares, para prevenir futuros problemas.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

SÍNDROME DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN

TDAH son las siglas de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Se trata de un trastorno de carácter neurobiológico originado en la infancia que implica un patrón de déficit de atención, hiperactividad y/o impulsividad, y que en muchas ocasiones está asociado con otros trastornos comórbidos. DMS-5(2012)

El TDAH es un síndrome o agrupación de síntomas que se manifiesta en diferentes estructuras de la personalidad, es decir, en la organización psíquica del niño/a, a partir de las interacciones entre sus competencias y el entorno desde el inicio de la vida. No tiene una causalidad determinada y los factores etiológicos que hay que considerar son múltiples: sociales, familiares, psicológicos y biológicos. Los principales síntomas son la hiperactividad, el déficit de atención y la impulsividad y, aunque habitualmente coexisten en grado menor o mayor los tres síntomas, hay patrones en los que predomina uno de ellos. Hay síntomas asociados, como la labilidad emocional y los trastornos específicos del desarrollo, que afectan al proceso de aprendizaje escolar y de adaptación al medio. MABRES, MERCÈ (2013, p 21)

Estos síntomas principales no pueden ser explicados por ningún otro proceso, deben estar presentes por lo menos durante seis meses, haberse iniciado después de los 4 años y antes de los 7 y tener una repercusión importante en las funciones sociales, académicas o laborales como indicadores en la historia evolutiva del niño/a.

El TDAH es un trastorno de conducta que aparece en la infancia, y que se suele empezar a diagnosticar en torno a los 7 años de edad aunque en algunos casos este diagnóstico se puede realizar de una manera más precoz. Se manifiesta como un aumento de la actividad física, impulsividad y dificultad para mantener la atención en una actividad durante un periodo de tiempo continuado. Además de esto hay niños en los que se observan a su vez problemas de autoestima debidos a los síntomas propios del TDAH y que los padres no suelen asociar a dicho trastorno. A su vez, el TDAH se puede asociar con frecuencia a otros

problemas, y sus consecuencias se aprecian en distintos ambientes de la vida del niño, no solo el escolar, sino que también afecta en gran medida a las relaciones interpersonales tanto con la familia, como con otros niños y con sus educadores, siendo estas interrelaciones clave en el desarrollo del niño.
trastornohiperactividad.com

Según la clasificación norteamericana de enfermedades psiquiátricas DSM-IV, no todas las personas que padecen TDAH tienen el mismo cuadro clínico. En algunas de ellas predominan los síntomas de TDAH de inatención, en otras los de hiperactividad e impulsividad, y en otras hay problemas tanto atencionales como de hiperactividad e impulsividad (lo que se conoce como TDAH combinado o mixto). Es decir, el TDAH se puede desglosar en varios subtipos, dependiendo de qué grupo de síntomas predominen. DMSV IV (2012)

El 5 por ciento de los niños en edad escolar sufre síndrome de hiperactividad y déficit de atención, un trastorno que debe diagnosticarse y tratarse a tiempo para evitar el fracaso en los estudios y la inadaptación social.

“Son un manojo de nervios desde que nacen y, al crecer, se muestran cada vez más impulsivos, exigentes, temerarios e incapaces de tolerar la frustración. Los niños hiperactivos tienen serios problemas para regular su conducta, lo que conlleva de continuo una acción irreflexiva en la que se busca la satisfacción inmediata de los deseos sin acatar las normas sociales ni tener en cuenta el riesgo que tal exigencia comporta. Este conjunto de síntomas, unido a una actividad motriz excesiva y a la falta de atención y continuidad en las tareas, marcan el denominador común del síndrome de hiperactividad y déficit de atención, que afecta al 5 por ciento de los niños, varones en su mayoría, entre seis y dieciséis años de edad respectivamente” MANZANO (, 2010, p. 65)..

Generalmente, casi todos los casos se detectan al alcanzar la edad escolar, momento en el que los educadores advierten a las familias sobre el comportamiento anómalo de sus hijos, que se muestran desobedientes, «contestones» y empeñados en molestar continuamente a sus compañeros, a los que distraen en clase justo cuando más atención se requiere.

Pero a esta conducta, que aflora en concordancia con los balbuceos académicos del niño, le preceden otras manifestaciones en sus primeros años, cuando el pequeño suele llorar mucho, dormir poco y moverse incesantemente.

La falta de concentración es la actividad que estos niños derrochan es vertiginosa y desorganizada por demás, lo mismo en que hacer cotidianos (tienden a lavarse, comer o vestirse de forma rápida y desordenada) como en las tareas escolares, ante las cuales resulta vano todo intento por fijar su atención.

A esta falta de concentración achacan los expertos el escaso rendimiento de estos niños y, en consecuencia, el fracaso escolar al que estén abocados muchos de ellos. Mientras, los hilos de la inadaptación social van tejiendo su infancia y adolescencia hasta derivar, en el peor de los casos, por derroteros de alcoholismo, toxicomanías y conductas antisociales (mentiras, peleas, robos.

“Si no se les pone un tratamiento -advierten desde la Asociación de Niños con Síndrome de Hiperactividad y Déficit de Atención (ANSHDA)- terminan por sentir una baja autoestima, registrándose entre ellos un mayor porcentaje de suicidios” MANZO (2010, p. 73).

En su evolución cronológica, la hiperactividad pierde virulencia a medida que avanza la edad del paciente, disminuyendo en considerable medida a los 20 años. El doctor Paulino Uclés, neurofisiólogo del Hospital Miguel Servet, de Zaragoza, subraya que a partir de ese momento “podría persistir la falta de atención, lagunas educativas y problemas de psicopatía si no ha sido convenientemente tratado; así, lo que se manifiesta a esa edad es una gran obstinación y actitud hostil, sobre todo hacia los padres; estos jóvenes suelen encerrarse en sí mismos, hablan poco y no se relacionan. En adultos, lo que se observa, muchas veces, son problemas de marginación, trastornos obsesivos y tendencia a la depresión” SAIZ (2010, p. 25).

En este aspecto discrepa el doctor Jerónimo Sáiz, jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Ramón y Cajal, de Madrid: “Es bastante discutible que

este trastorno se mantenga en la edad adulta aunque, se manifiesta fundamentalmente por problemas de conducta” SAIZ (2010, p. 42).

La infancia, según el psiquiatra, es *presa predilecta del síndrome de hiperactividad*. La nota característica de estos niños hipercinéticos, como se les denominaba antes, no es que se muevan mucho sino que lo hacen en momentos inapropiados, apostilla el doctor Sáiz. Llegando este punto, psicólogos, psiquiatras y neurólogos coinciden en que el diagnóstico precoz es la clave. Los esfuerzos se dirigen a descartar otros procesos o circunstancias que puedan también manifestarse con signos de hiperactividad.

PRESENTACIONES

Los síntomas nucleares del TDAH **son independientes unos de otros**. No todos los niños con el trastorno manifiestan los mismos síntomas ni con la misma intensidad. Es decir que un niño con TDAH puede manifestar sólo uno de estos tres síntomas.

De la diversidad de manifestaciones del TDAH **se diferencian tres presentaciones** según el DSM-5 Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales:

Presentación predominante de falta de atención



La conducta prevalente es el déficit de atención
(más frecuente entre las niñas)

Presentación predominante hiperactividad/impulsividad



La conducta prevalente es la hiperactividad
y/o impulsividad

Presentación combinada déficit de atención e hiperactividad/impulsividad



Presentan los tres síntomas nucleares
(déficit de atención, hiperactividad e impulsividad)

Prevalencia del TDAH

La prevalencia de un trastorno hace referencia a la **frecuencia de presentación** de este en la población general. El TDAH es uno de los trastornos psiquiátricos infantiles más frecuentes, situándose por encima de otros, como la esquizofrenia o el trastorno bipolar. CASAS (2009).

EN EL MUNDO

Se calcula que la prevalencia global del TDAH es de 5,29%. POLANCZYK (2007) en niños en edad escolar.

EN EUROPA

Se calcula que en la Unión Europea un 5% (3,3 millones) de los niños y adolescentes entre 6 y 17 años padece TDAH. WITTCHEN (2011)

EN ESPAÑA

Un estudio reciente sugiere que la prevalencia en España es de 6,8%.CATALA (2011)

Debido a que **el diagnóstico se basa en criterios clínicos** y que **puede variar a lo largo del tiempo**, los datos fluctuarán en función de: los criterios diagnósticos, el método de evaluación, el tipo de muestra, las fuentes de información utilizadas y las características socioculturales de la población evaluada. CARDO (2011)

Origen

Debido a la complejidad del TDAH, **no puede identificarse una sola causa**. Se considera que es un trastorno heterogéneo con diferentes subtipos,

resultado de las distintas combinaciones de los diversos factores de riesgo que actúan conjuntamente.

Sin embargo, sí que se ha identificado que las causas del TDAH se deben a **factores principalmente genéticos** y ambientales (prenatales, perinatales, y posnatales).

Se consideran **factores ambientales del TDAH** (entre otros): los traumatismos craneoencefálicos en la infancia, las infecciones del sistema nervioso central, la prematuridad, la encefalopatía hipóxica-isquémica, el bajo peso al nacimiento o el consumo de tóxicos como el alcohol o el tabaco en el embarazo.

El TDAH tiene una heredabilidad del 76%⁹ (es decir, que en una población media, el 76% de los casos de TDAH están relacionados con los genes, y el resto a factores no genéticos).

Los estudios han demostrado que los familiares de personas con TDAH tienen un riesgo cinco veces mayor que las personas sin antecedentes familiares de TDAH. BIEDERMAN (1992).

Causas

La causa del TDAH es heterogénea y multicausal. Podríamos decir que nunca se encuentra un único factor etiológico que explique el síndrome; por el contrario, los factores implicados son variados y numerosos. En todo caso, los estudios actuales se decantan hacia aceptar la combinación e interacción de múltiples factores (Biederman y Faraone, 2005; Guía de Práctica Clínica del SNS, 7 2010).

Se considera que existen factores biológicos, como una disfunción de la corteza prefrontal y de los ganglios basales que provocan un menor consumo de glucosa y de flujo sanguíneo. Existen múltiples estudios de los factores genéticos en el TDAH que muestran, a través de estudios genéticos

moleculares, la complejidad de dichos factores. Biederman y Faraone (2005), entre otros, identificaron diversos genes que se relacionan con los receptores de la dopamina DR4 y DR5 implicados en la patofisiología del TDAH. Otros signos no genéticos sino neurológicos, estarían relacionados con antecedentes de encefalopatía por hipoxia y prematuridad, por ejemplo. Coincide con una de las denominaciones y etiología que se reflejaba en formulaciones anteriores a la inclusión en las clasificaciones diagnósticas del TDAH, que era el concepto de disfunción cerebral mínima. Respecto a los factores relacionados con el entorno relacional-afectivo, según Miró (citada por Torras, 2007), «la compleja interacción entre la dotación del recién nacido y la conducta específica de los cuidadores —incluyendo la conducta intrusiva, la que descuida o la sobre o infraestimulación— saca a la luz, en estos casos, la reactividad e hipersensibilidad del niño». Además, la atención es una función notablemente compleja del Yo, se desarrolla en un contexto relacional específico y está influida por factores genéticos, intercambios emocionales primitivos, temperamento y microtraumas. En recientes investigaciones, FONAGY (2006) ha estudiado los trastornos de la vinculación afectiva, concluyendo que:

El trastorno del vínculo produce discontinuidades en la estructura del self que son, por lo tanto, discontinuidades en la identidad. Cuando hay una pobre mentalización de los padres, frecuentemente la encontramos también en los hijos y la interacción se da en términos físicos, corporales... Cuando no existe la función especular (mirroring) en la madre, reflejando los estados mentales del hijo, predomina la evacuación de las tensiones en forma somática y/o motriz. Brown (2003) y Goldman (1998) señalan en sus aportaciones que las primeras manifestaciones del TDAH las debemos encontrar en los primeros tiempos de vida del niño y sus dificultades para tolerar la frustración. Berger (1999), desde el punto de vista de las teorías psicoanalíticas, señala cuatro ejes principales de funcionamiento psicopatológico que pueden manifestarse a través de la sintomatología de hiperactividad: AMBRES (2013)

La hiperactividad como una defensa frente la depresión. La hiperactividad dentro del marco de la psicosis infantil. La hiperactividad como fallo en la envoltura corporal. La hiperactividad como fruto de un funcionamiento operativo.

Diagnósticos prudentes

Comorbilidades

Cuando decimos que el TDAH se presenta frecuentemente con otros trastornos comórbidos, hablamos de que el TDAH en muchas ocasiones no se presenta sólo, sino que **aparece junto a otros trastornos psiquiátricos**. Esto es así en el 70% de los casos de TDAH. SOUTULLO (2011)

De hecho, una persona con TDAH tiene **de 6 a 7 veces más probabilidades de tener otro trastorno psiquiátrico** o trastorno del aprendizaje. KESSLER (2004)

Entre las **comorbilidades más frecuentes** destacan: trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta, trastorno de ansiedad, trastorno del ánimo, tics, trastorno del aprendizaje... y pueden tener un impacto adicional en la calidad de vida. STEINHAUSEN (2009)

Cuando el TDAH se asocia a otros trastornos, con frecuencia se complica el diagnóstico, empeora la evolución y la respuesta al tratamiento es menor.

Trastorno Negativista Desafiante 50%

Trastorno del sueño 50%

Trastorno de conducta 40%

Trastorno de ansiedad 30%

Trastorno del espectro autista 28%

Tics 11%

Trastorno del ánimo 4%

*Adaptado de la GPCM del Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, 2010.

La psicóloga Claudia MENDIETA. (2013) advierte y menciona que

“Hay que ser prudentes para diagnosticar a un niño hiperactivo, máxime cuando en la primera infancia es muy difícil distinguirlo de otros que derrochan la misma actividad; además, no todo el que manifiesta un comportamiento agresivo o antisocial puede considerarse como tal” (p. 72). “No hay que confundir este síndrome con los trastornos de atención y sobreactividad que pueden presentarse en niños procedentes de ambientes familiares inadecuados o caóticos o como consecuencia de retraso mental y ciertos trastornos de personalidad o ansiedad”.

El origen del trastorno suscita discrepancias: hay quienes lo atribuyen a una disfunción cerebral, en tanto que otros consideran su causa exclusivamente emocional.

Artífice y defensor de la tesis que atribuye un origen neurológico a la hiperactividad, el doctor Paulino UCLÉS (2009) “asegura que la teoría predominante es que, bajo este problema, subyace una disfunción cerebral provocada por la falta de desarrollo de los lóbulos frontales, donde se localizan las áreas de la racionalidad, la autoconciencia o la supervisión y planificación de una acción motora o verbal” UCLES., (2009, p. 74).

Según MABRES (2013) los Principales síntomas son:

Déficit de atención: el niño se distrae muy fácilmente, no puede concentrarse en una tarea ni finalizar ninguna actividad. Le cuesta prestar atención y a menudo parece que no escuche ni se dé cuenta de lo que se le dice. No sigue instrucciones y mantiene una actitud despistada, con olvidos y desobediencias muy frecuentes.

Hiperactividad: movimiento constante sin objetivo concreto, tiende a tocar y a manipular todos los objetos sin una actividad organizada. Inquietud excesiva: corre, salta y habla en exceso o en situaciones en las que no es adecuado.

Impulsividad: interrumpe bruscamente su actividad y la de los otros. Pasa constantemente y de manera súbita de una actividad a otra. Interviene y

responde de manera intempestiva. Necesita control constante por su tendencia a ignorar el peligro y el riesgo. No tiene respeto por las normas habituales.

Síntomas asociados

Labilidad emocional: oscilaciones entre tristeza y euforia; baja tolerancia a la frustración que genera irritabilidad y oposición, que pueden llegar al descontrol de la impulsividad. En casos extremos se puede plantear el diagnóstico diferencial con los llamados Trastornos disociales y del comportamiento, caracterizados por conductas destructivas, actitudes desafiantes y retardoras, y la transgresión de normas e imposiciones sociales y familiares: robos, fugas, absentismos, etc.

Trastornos específicos del desarrollo: afectan al aprendizaje y a la adquisición del lenguaje, derivados del mismo fallo en la organización precoz que afecta a los esquemas básicos sensoriomotores y a las funciones cognitivas y de simbolización. Alteración secundaria del rendimiento escolar: problemas de adaptación al entorno derivados del comportamiento. Generan en el niño un descenso de la autoestima, vivencia de desvalorización y desánimo, dudas sobre su capacidad intelectual, sentimientos de marginación injusta y comportamientos de sumisión-pasividad agresiva (si predomina el humor depresivo) o actitudes de revancha desafiante y de negación de las dificultades (si predomina la euforia hipomaníaca). MOYA (2007) refiere que, dentro de la perspectiva categorial, la aproximación europea a la definición y clasificación del TDAH difiere de la norteamericana. A pesar de haber adoptado criterios casi idénticos en la identificación de los síntomas, el DSM-IV 5 requiere la presencia de seis síntomas de inatención o seis síntomas de hiperactividad-impulsividad o de ambos. En cambio la CIE-10 6 establece que deben existir como mínimo seis síntomas de falta de atención, tres de hiperactividad y uno de impulsividad y no se permite el diagnóstico si no hay síntomas de falta de atención. Lógicamente existen también diferencias que afectan a las prevalencias, ya que según el DSM-IV, que permite la presencia de comorbilidad, las prevalencias estarían entre el 5 y el 10%; en cambio, cuando se utilizan criterios CIE10 y el diagnóstico está restringido a la presencia del síndrome completo sin condición de comorbilidad, se encuentran

niveles del 1 o el 2%, aproximadamente. El trastorno es más frecuente en niños que en niñas, en una proporción que oscila entre 2,5:1 y 5,6:1. Se considera que hasta un 65% de los casos persiste en la edad adulta. MABRES. (2013)

Maduración del cerebro

Para probar el retraso en la maduración del cerebro de los niños hiperactivos, el doctor UCLÉS, (2009) “aplicó la estimulación magnética cerebral. Entre 1993 y 1994 él mismo diseñó un aparato que mide las alteraciones neurológicas en estos pacientes. Resultados que fueron recogidos en la revista “Journal of Child Neurology”, (p, 78).

Al margen de la naturaleza de este trastorno, los expertos aseguran que los niños que lo padecen no presentan retraso mental, llegando en ocasiones a superar la media normal de inteligencia.

La psicóloga SERRATE (2009), subraya que “Carecen de problemas afectivos y no tienen doblez ni actúan con saña y sí, en cambio, con buen corazón” (p. 47).

El doctor UCLÉS (2009), añade un rasgo esencial: “básicamente, son imprudentes y este comportamiento les conduce a no calibrar las consecuencias de sus actos” (p. 88).

Volviendo a la fisiología del trastorno, UCLES, (2009, p. 110), remarca el especialista que, tal vez, “no se desarrollen correctamente en ellos los lóbulos frontales porque existe un gen que esté alterado”

Queda abierta la puerta al origen genético, tesis que ha sido refrendada por diversos estudios. Terapia psicológica y fármacos. Es necesario recurrir cuanto antes a un tratamiento integral que combina las terapias neurofisiológicas con la indispensable asistencia psicológica.

Según la psicóloga Rosa SERRATE, (2009), dice que se “intenta involucrar a los padres y educadores. Este asesoramiento adquiere especial relevancia cuando se trata de convivir con niños tan problemáticos, que son fuente continua de conflictos familiares” (p. 58).

Alicia LUNA, (2010, p 47), presidenta de la recién creada Asociación de Niños con Síndrome de Hiperactividad y Déficit de Atención (ANSHDA), que reclama el reconocimiento de este trastorno como una enfermedad. “La mitad de los casos -asegura- está sin diagnosticar y, por tanto, no reciben tratamiento. Creemos que es necesario dotar a los colegios de personal cualificado que atienda a estos niños, a los que ahora se cuelga, sin más, el cartelito de niño malo”

Así, se han encontrado con pequeños que han sido arrastrados de las orejas por su profesor.

Con estos niños, además de mucha paciencia, hay que tener las cosas muy claras para que ellos, a su vez, puedan cumplir con lo que se les dicta.

Entre otras cosas, les damos normas de comportamiento muy concretas, intentando, por ejemplo, que adquieran hábitos de convivencia tan imprescindibles como ducharse o lavarse los dientes” SERRATE (2009, p. 79).

Parte importante de la terapia es enseñarles a estudiar y a mantener un orden en sus cosas y actividades. Frente al estudio, resulta fundamental inculcarles una actitud positiva, para cuya consecución se recomienda evitar las manías hacia determinadas asignaturas o profesores, además de crear el ambiente y las condiciones propicias: estudiar sin sueño, sin hambre, sin cansancio, e un lugar ventilado y con la mesa ordenada. Hay que insistirles - subraya la psicóloga- en que deben conseguir explicar lo aprendido con sus propias palabras, lo que implica no memorizar nada que no hayan entendido.

Los métodos para mejorar la lectura, la pronunciación, la psicomotricidad, la coordinación y la concentración se alternan con técnicas de relajación, que el

niño aprende para practicar luego en casa. Aunque el peso fundamental del tratamiento recae sobre las terapias psicológicas, también se dispone de fármacos muy eficaces, fundamentalmente psicoestimulantes, como el metilfenidato, sustancia similar a las anfetaminas con la que más del 75 por ciento de los niños mejoran.

Así lo expresan los especialistas españoles y otros, como el norteamericano Thomas BROWN (2010), que ha subrayado la eficacia y seguridad de estos medicamentos en el simposio internacional sobre este trastorno que acaba de celebrarse en Salzburgo. La mayor parte de los expertos avalaron esta tesis con los resultados concluyentes de 162 estudios.

En estos pacientes, los medicamentos de este tipo tienen efectos psicosedantes y, al contrario de lo habitual, les tranquiliza en vez de excitarles. La emolina es otro fármaco similar que se utiliza en los que no responden al tratamiento anterior” BROWN (2010, p. 203).

Pero hay también voces discrepantes, como la del director del departamento de Psiquiatría de la Universidad Clínica de Viena, Max Fríedrich, (2011). Advirtió del posible peligro del “uso indiscriminado .CONSEJOS BÁSICOS. Los niños con hiperactividad necesitan hacer mucho ejercicio al aire libre, a ser posible por la mañana y por la tarde. El ejercicio debe ser programado y conducido, preferentemente, por un monitor. No se les debe castigar en el colegio” (p. 84).

Según los expertos, nunca hay que dejarlos en clase sin recreo “porque necesitan moverse como el agua. Hay que restringir el consumo de dulces y de alimentos con muchos conservantes y colorantes, como embutidos y «chucherías». Algunos especialistas recomiendan evitar el hábito de comer chocolate, al que atribuyen en la mayor parte de estos niños efectos neurotóxicas. La dieta mediterránea es la más recomendable para estos pequeños: legumbres, frutas, verduras, pescados y carne fresca” FRÍEDRICH, (2011, p. 103).

Diagnostico

Según LASA (2008), antes de determinar el tipo de intervención conveniente se deberá realizar una exhaustiva evaluación diagnóstica mediante:

Entrevistas a los padres. Evaluación psicológica. Recogida de informaciones del entorno educativo, médico y sociocomunitario.

Entrevistas a los padres: La ansiedad, el desbordamiento y la irritabilidad están frecuentemente presentes en los padres del niño con conducta hiperactiva, cosa que implica una fiabilidad variable de sus valoraciones, en especial cuando esta se efectúa principalmente a través de cuestionarios que no permiten la contextualización, ni la matización. Trataremos de hacer una recogida pormenorizada de la anamnesis. En los niños con sintomatología TDAH se encuentran descripciones clínicas semejantes en edades anteriores en sus historias evolutivas. Podemos diferenciar entre los niños de 0 a 6 años y los niños de 6 a 12 años LASA (, 2008).

Niños de 0 a 6 años Hasta los 18 meses:

- Descritos como bebés «muy movidos», protestones y gritones.
- Desarrollo motor en general rápido y marcado, a partir del desplazamiento, gateo y marcha, por el desconocimiento del peligro y el riesgo y repetición de accidentes.
- Alteraciones del sueño (dificultades para conciliar el sueño, que suele ser ligero y con sobresaltos) y del apetito (escaso e irregularmente repetitivo).
- Predominio de la inquietud y la intranquilidad con escasos periodos de calma y atención tranquila. No suelen buscar a la madre, con la mirada o con la mímica, para utilizarla como punto de referencia y de orientación.
- Recurren menos que otros niños al abrazo y al apego como búsqueda de contención. Se puede generar así una perturbación precoz en la

interacción madre-hijo y de los mecanismos de autotranquilización del niño, y alterarse así uno de los reguladores habituales de la excitación y el desbordamiento del niño.

De los 18 meses a los 3 años:

- Retraso en la aparición y la organización del lenguaje.
- Precocidad motriz pero poco armónica por la impulsividad y brusquedad de los movimientos.
- Dificultades en la motricidad fina porque exige paciencia y fluidez o, lo que es lo mismo, atención sostenida.
- Los impulsos descontrolados y la imprudencia comienzan a ser frecuentes y a angustiar a la familia. El riesgo de accidentes domésticos (contacto con enchufes, ingestas inapropiadas) o exteriores (caídas, comportamientos temerarios diversos) suelen ser mucho más frecuentes que en otros niños.

A partir de los 4-5 años:

- El comportamiento desordenado involuntario o, a veces, voluntariamente destructor, genera rápidos conflictos desde la entrada del niño en ambientes colectivos. Una vez en ellos, a partir de los 4-5 años, la sintomatología se va asemejando a la descrita en la edad de referencia (a partir de los 6 años).

Niños de 6 a 12 años Los síntomas fundamentales son:

- Déficit de atención. Hiperactividad. Impulsividad.

Y los síntomas asociados:

- Labilidad emocional.
- Trastornos específicos del desarrollo.

- Alteración secundaria del rendimiento escolar.
- Signos neurológicos menores.

La recogida de datos no solamente será una cronología de la evolución del niño, así como de sus adquisiciones o retrasos, sino que nos interesaremos a fondo por:

- Recogida de los datos esenciales referentes a la cronología, intensidad y duración de los síntomas, el motivo de consulta, la anamnesis y las características del niño. Evaluación de la calidad del clima emocional y relacional de la familia y su interrelación con el comportamiento del niño en el hogar.
- Evaluación de la interacción de las fantasías y temores, conscientes o no, de los padres hacia el hijo, que determinan no solo proyecciones psicológicas que deforman la percepción de los padres hacia el hijo, sino que, además, pueden provocar que este responda de manera que confirme los temores parentales MANZANO, PALACIO-ESPASA Y ZHILKA (2002).

TRATAMIENTO DEL TDAH

El tratamiento del TDAH con mayor aval científico incluye fármacos, reeducación pedagógica y entrenamiento a padres en el manejo de los comportamientos alterados de su hijo. Estos tres aspectos siempre se adaptan a las características del paciente, de forma que al final es un "traje a medida". Además de esto se debe proceder a evaluar por parte del profesional el tratamiento del TDAH realizando los cambios necesarios para que la adaptación al paciente sea perfecta o lo más próximo a ella, ya que cada paciente presenta unos síntomas y en un grado diferente. Debemos recordar a modo de resumen que este es un trastorno que se produce en muy diversos ámbitos y que, por tanto, debemos ajustar el tratamiento del TDAH a esta circunstancia.
<http://www.trastornohiperactividad.com/>

INTERACCIONES ESCOLARES

Juan C. DÜRSTELER, (2002), plantea que la interacción es la acción recíproca entre dos o más agentes, y a su vez es considerado como uno de los procesos básicos mediante el cual captamos información relevante de aquello que nos rodea. Las primeras reacciones de todos los primates ante un objeto nuevo en el entorno son de observación e interacción

Se refiere a situaciones en las que los protagonistas actúan simultánea y recíprocamente en un contexto determinado, en torno a una tarea o contenidos de aprendizaje, con el fin de lograr los objetivos más definidos.

El proceso de enseñanza–aprendizaje se produce en el aula y la calidad del desarrollo de ese proceso va a venir determinada en principio por las condiciones físicas de ese escenario, por la distribución de los alumnos y por el tipo de interacciones personales que en él tengan lugar. Las variables ecológicas del aula son la disposición de los asientos, diseño y organización espacial de la clase, nivel de ruido, espacios abiertos.

El alumno no aprende solo, la actividad auto estructurante está mediada por la influencia de los otros.

Los componentes intencionales, contextuales y comunicativos que se dan durante las interacciones maestro-alumno y alumno-alumno, se convierten en los elementos básicos que permiten entender procesos de la construcción de un conocimiento compartido.

El ambiente escolar es el ámbito de formación y convivencia en el plano material y organizativo de una escuela, en el intervienen las diferentes interacciones y relaciones de alumnos, profesores, directivos y padres de familia; así como los espacios que la propia escuela ofrece salones, biblioteca, patio.

El ambiente escolar tiene un impacto formativo que puede aprovecharse para promover prácticas y formas de convivencia donde se expresen y se vivan valores y actitudes orientadas al respeto de la dignidad de las personas y a la convivencia democrática que indudablemente favorecerán en el aprendizaje de cada alumno.

Para que este ambiente escolar sea adecuado y acogedor, es importante que todas las personas que lo conforman tengan una buena comunicación, que esté basada en el respeto a la dignidad y en la aceptación a las diversas formas de pensar y actuar que pueden encontrar entre ellos, específicamente con los alumnos, ya que todos provienen de diferentes contextos que inevitablemente influyen en su conducta, pensamiento y aprendizaje.

“En este sentido el maestro debe poner atención al observarlos, para saber cómo interactuar con cada uno de ellos y tratarlos de manera que pueda hacerlos sentir parte del grupo al que pertenecen, aquí puede ponerse en práctica que se conoce como: comunicación horizontal (interacción alumno-alumno) y la comunicación vertical (interacción maestro-alumno); el buen uso de estos principios favorecerá a la participación y aprendizajes óptimos de los niños durante sus clases y de otras actividades” RODRÍGUEZ (2011, p. 34).

Así mismo, el hecho de que el maestro conozca a cada uno de sus alumnos y su contexto le permitirá en dado momento llevar un buen trato con los padres de familia, basado en el diálogo y la negociación de lo que él necesita de ellos, ya que son parte importante en el proceso de aprendizaje.

Las interacciones escolares pueden ser definidas como los nexos que se establecen a través del proceso de enseñanza-aprendizaje entre docentes y estudiantes, entre niñas y niños, dentro de diversos espacios del entorno educativo.

Las interacciones escolares permiten a las/os maestras/os formar al estudiante a través de los conocimientos científicos pero sobre todo con sus

actitudes, con sus expresiones corporales, con sus acciones, con sus palabras y pensamientos.

“Estos procedimientos van moldeando en ellas/os una concepción de sí mismos, de las/os demás, del papel que juegan y de su futuro en la sociedad.

Las interacciones escolares incluyen también a los niños y niñas quienes comparten con sus compañeros/as las actividades pedagógicas y la diversión en los juegos infantiles” RODRÍGUEZ (2011. p. 38).

Mediante estas interacciones construyen experiencias y asimilan valores que van delineando en ellas/os formas de pensar y de actuar. En definitiva a través de las interacciones escolares, se construyen determinadas relaciones de género, formas de ser mujer y hombre y maneras de valorar femenino y masculino.

Tipos de interacción

Según la autora Verónica, FIGUEROA (2012) menciona que los tipos de interacción a su criterio son los siguientes:

- * **Interacción individualista.**- Es aquella en la que no hay ninguna relación entre los objetivos que persigue cada uno de los alumnos, sus metas son independientes entre sí. La consecución de los objetivos depende de su propia capacidad y esfuerzo. Se considera menos relevante el trabajo de otros, puesto que no hay metas ni acciones conjuntas.
- * **Interacción competitiva.**- Es aquella en la que los objetivos que persigue cada alumno no son independientes de lo que consigan sus compañeros. Bajo el esquema de competencia el alumno obtiene un mejor rendimiento. Genera una motivación extrínseca con metas orientadas a la valoración social y recompensas externas.
- * **Interacción cooperativa.**- Está basada en el principio que cooperar es trabajar juntos para lograr metas compartidas, interacción positiva”• Los individuos establecen metas que son benéficas para sí mismo y para los

miembros del grupo, buscando maximizar tanto el aprendizaje propio como el de los demás.

- * **Aprendizaje cooperativo.**- Un elevado grado de igualdad, un grado de mutualidad variable. Entendiendo la mutualidad como el grado de conexión, profundidad y bidireccionalidad de las transacciones comunicativas. Se promueve una planificación y discusión conjunta, se delimita la división del trabajo.
- * **Interacción promocional.**- Es muy importante porque existe un conjunto de actividades cognitivas y dinámicas interpersonales que sólo ocurren cuando los alumnos interactúan entre sí en relación a los materiales y actividades.
- * **Interacción y valoración personal.**-. Se debe fortalecer académica y afectivamente a los integrantes del grupo, ayudando a los que necesitan más apoyo y evitando que otros descansen con el trabajo de los demás” FIGUEROA (pp. 24-27).

La interacción social en el aula

Los seres humanos están en un contexto determinado, pero no están pasivamente, sino de forma activa. El aprendizaje humano surge a partir de la relación entre personas.

Los procesos escolares de enseñanza-aprendizaje son procesos interactivos con tres vértices:

- * El alumno que aprende.
- * El objeto de conocimiento, que es el contenido a aprender.
- * El profesor que actúa, para favorecer el aprendizaje de los alumnos en el aula.

Hasta no hace mucho tiempo en el currículum escolar se tomaban como básicas dos variables: el alumno y el profesor y se hacía hincapié en la influencia de la relación entre ambos en lo que se refería a unos contenidos de aprendizaje. El profesor era considerado como la persona encargada de

transmitir el conocimiento y el alumno como un receptor más o menos activo en esa acción transmisora del profesor.

Aspectos como el proceso de socialización, la adquisición de competencias y destrezas, el control de los impulsos agresivos, el grado de adaptación a las normas establecidas, la superación del egocentrismo, la relativización progresiva del punto de vista, el nivel de aspiración, el rendimiento escolar son, entre otros, factores que van a incidir de forma decisiva en las relaciones de los alumnos con sus compañeros de clase tanto dentro como fuera de ella.

Elementos de que componen la interacción social

- * **“La relación en razón del status:** Es el vínculo entre las posiciones sociales, la relación de la situación o el puesto que ocupa la persona dentro de la sociedad respecto unos de otros. También se aplica a las relaciones entre grupos, categorías, asociaciones, clases.

- * **La relación en virtud del rol:** Es la interacción funcional recíproca que ocurre cuando las personas desempeñan conjuntamente sus roles sociales complementarios. Los roles de diferentes personas se enfrentan y se relacionan, como las relaciones amigo-amigo, padre-hijo, vendedor-cliente.

- * **La relación en virtud del proceso:** Son unas pocas formas básicas de interacción social. El término proceso designa una serie repetida de operaciones. Los procesos básicos de interacción social son: la cooperación, la acomodación, la asimilación, el conflicto, la obstrucción y la competición” BLAU (, 2012. p. 34).

Clasificación de los procesos de interacción social

- **Procesos conjuntivos.-** Son relaciones positivas, por las que las personas se atraen entre sí y se integran. Constituyen una expresión de las virtudes sociales de justicia, altruismo y amor, pues las personas que

participan logran un objetivo considerado deseable para ellas. Sirven para perpetuar y mantener la sociedad como un organismo vivo. Los tres procesos sociales conjuntivos son:

- * **Procesos cooperativos.-** Dos o más personas actúan conjuntamente en la prosecución de un bien común. Es la forma más habitual de interacción y es un requisito esencial para el mantenimiento y la continuidad de los grupos y la sociedad.
- * **Procesos de asimilación.-** Dos o más personas aceptan y realizan pautas de comportamiento de la otra parte. Una persona o una categoría minoritaria es asimilada por un grupo o una sociedad. Pero la asimilación no es un proceso unilateral, es interaccional, pues ambas partes participan recíprocamente, aun cuando una de ellas resulte más afectada que la otra. Las diferencias de idiomas, religión, riqueza y educación son obstáculos importantes para la asimilación.
- * **Procesos de acomodación.-** Es una forma de proceso social en la que dos o más personas actúan mutuamente con el fin de impedir, reducir o eliminar los conflictos. La acomodación ocurre cuando se ha superado un conflicto, y los sobrevivientes aprenden a adaptarse y ajustarse unos a otros. Es un medio de vivir en paz, de coexistir.
- * **Procesos de acomodación.-** La mera tolerancia entre las personas; la componenda, proceso en el que una de las partes hace concesiones a la otra; el arbitraje y la conciliación. En una sociedad compleja, en la que la persona participa en varios grupos, puede cooperar en uno y acomodarse en otro.
- * **Procesos disyuntivos.-** Son relaciones negativas, por las que las personas se distancian entre sí y se tornan menos solidarias. Los procesos disyuntivos expresan los vicios sociales de la injusticia, la hostilidad y el odio. Las personas que participan tratan de impedir que los

demás logren su objetivo. Los participantes están en pugna y no en armonía. Los tres procesos sociales disyuntivos son:

- * **Procesos de conflicto.**- Es la forma de interacción en la que una o más personas tratan de excluirse mutuamente, ya sea aniquilando una parte de la otra o reduciéndola a la inacción. Su forma más elemental es el conflicto armado, en el que amplios grupos de personas se enfrentan en combate y tratan de destruirse unos a otros.

- * **Proceso de obstrucción.**- Cada una de las personas o grupos contrarios tratan de impedir que otros logren sus objetivos, tanto si la persona o el grupo desea obtenerlo o no. Es una forma cortés y elegante de conflicto, pues implica hostilidad y antagonismo, pero sin actuar directamente ni de frente al contrario.

- * **Proceso de competición.**- Dos o más personas se esfuerzan por lograr un mismo objetivo. En la competición, los individuos enfocan su atención en el objetivo que quieren lograr y solo secundariamente en la parte contraria como tal. Todas las personas compiten por un objeto y la competencia es más fuerte si el objeto escasea o es de gran valor” GODELIER (, 2010, p. 42).

e. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de Estudio

Para la ejecución de este trabajo de investigación se utilizaron diferentes métodos, técnicas e instrumentos, considerando que la investigación fue de carácter socio-educativa, descriptivo y cualitativo, puesto que la educación se fundamenta en el comportamiento del individuo.

Métodos

El proceso de investigación se efectuó en estrecha relación con el proyecto, a través de la aplicación de los siguientes métodos:

Descriptivo: este método fue utilizado para detallar la actual situación de cada una de las variables e indicadores intervinientes en el proceso investigativo; se puntualizó, de manera detallada las características del síndrome de hiperactividad y las interrelaciones escolares de los estudiantes.

Analítico-sintético: se lo utilizó en la fase de análisis e interpretación de la información empírica obtenida del trabajo de campo y, la formulación de conclusiones y recomendaciones.

Estadístico descriptivo: se consideró como una herramienta básica para la representación gráfica de la información en tablas, cuadros, que permitió facilitar la comprensión e interpretación.

Técnicas e instrumentos

Para recuperar la información teórica-empírica sobre el objeto de investigación propuesto, se utilizaron las siguientes técnicas:

Encuesta: estuvo dirigida a docentes y padres de familia del primer año de Educación General Básica de los centros educativos “Julio Ordóñez Espinoza” y “José Ángel Palacios”, con el propósito de recuperar la información que sobre el síndrome de hiperactividad y las interrelaciones personales de los niños, tenían estos dos importantes sectores.

Para obtener dicha información, se aplicó un cuestionario, mismo que contenía preguntas abiertas y cerradas sobre las variables en estudio. A los niños se les aplicó el test de hiperactividad para diagnosticar el nivel de hiperactividad que padecen; esto permitió conocer el grado de hiperactividad y las causas que están determinando este síndrome.

Población y muestra: La población de investigación estuvo constituida por niñas y niños, docentes y padres de familia; y, en vista de ser pequeña dicha población, se trabajó con todo el universo. La población está demostrada en el siguiente cuadro:

CUADRO Nº 1

Población y muestra de la investigación

SECTOR INVESTIGADO	POBLACIÓN			MUESTRA	
	H	M	T	f	%
Docentes	0	4	4	4	2.63
Estudiantes	31	43	74	74	48.68
Padres de familia	12	62	74	74	48.68
TOTAL	43	109	252	152	100

Fuente: Secretaría centros educativos.

Elaboración: Lic. Jenny Guadalupe Ortiz Silva.

CUADRO Nº 2

Participantes del Primer Año de Educación General Básica en la investigación por Centro Educativo

ESCUELA	PARALELO	ESTUDIANTES	
		POBLACIÓN	MUESTRA
Julio Ordóñez Espinoza	"A"	22	22
	"B"	21	21
Profesores		2	2
Padres de familia		46	46
José Ángel Palacios	"A"	16	16
	"B"	15	15
Profesores		2	2
Padres de familia		28	28
TOTAL		152	152

Fuente: Secretaria de los centros educativos

Elaboración: Jenny Guadalupe Ortiz Silva

f. RESULTADOS

❖ Primera Hipótesis

☛ Enunciado:

En los docentes del Primer Año de Educación General Básica, es limitada la formación y fundamentación teórica sobre el manejo del síndrome de hiperactividad”.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA APLICADA A LOS DOCENTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS JULIO ORDÓÑEZ ESPINOZA Y JOSÉ ÁNGEL PALACIOS DE LA CIUDAD DE LOJA.

Del síndrome, ¿Cuáles son los síntomas más importantes?

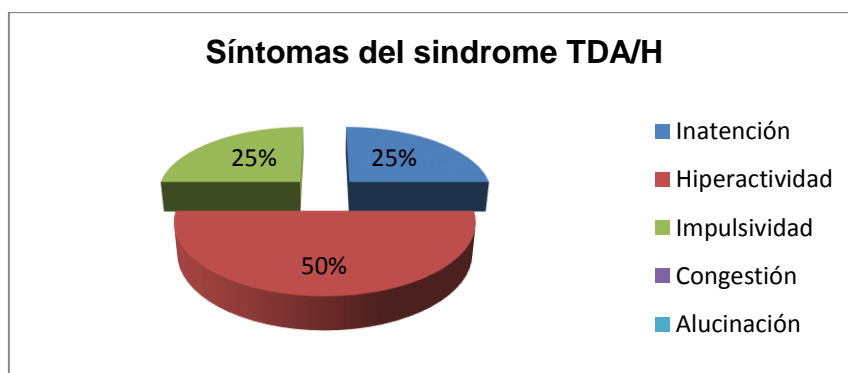
CUADRO Nº 3

Respuesta	f	%
Inatención	1	25
Hiperactividad	2	50
Impulsividad	1	25
Congestión	-	-
Alucinación	-	.-
TOTAL	4	100

Fuente: Encuesta aplicada a los docentes de los centros educativos

Elaboración: Jenny Guadalupe Ortiz Silva

GRÁFICA 3



ANÁLISIS

QUINTERO (2009) Manifiesta que: Es probablemente uno de los síntomas más fáciles de reconocer, por su evidencia y por ser el más conocido por el público en general es.

La persona que padece hiperactividad se caracteriza por que:

- se mueve en momentos en los que no resulta adecuado
- le cuesta permanecer quieto cuando es necesario
- habla en exceso
- hace ruidos constantemente, incluso en actividades tranquilas
- tiene dificultad para relajarse
- cambia de actividad sin finalizar ninguna
- tiene falta de constancia

La hiperactividad puede manifestarse de forma distinta en las diferentes etapas de la vida, aunque la descripción de los síntomas sí que permanece igual para niños y adultos. El 25% de los docentes manifiestan que la inatención es uno de los síntomas que se manifiestan en los niños y niñas que sufren del síndrome de hiperactividad; la hiperactividad ocupa el 50%, mismo que se presenta a través de movimientos emocionales permanentes; en tanto que el 25% restante incluye en los síntomas más importantes a la impulsividad.

INTERPRETACIÓN

Tomando en consideración los resultados obtenidos, se puede indicar que la hiperactividad es uno de los síntomas que más se presentan en los niños, toda vez que su situación emocional, propia de la edad cronológica y de desarrollo, se constituye en el mejor aliado para que los niños y niñas, demuestren inquietud, impaciencia, movilidad exagerada y presten poca atención a las explicaciones de las maestras.

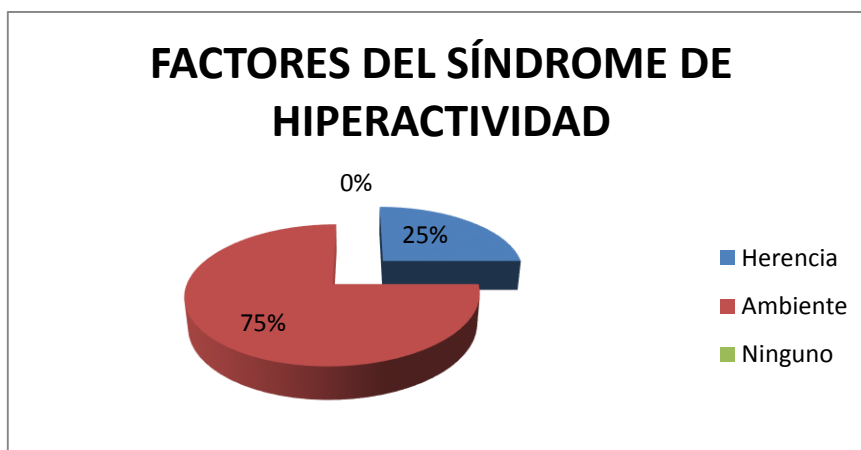
Cuál de los factores, que a continuación se enuncian influye más en el síndrome de hiperactividad?

CUADRO Nº 4

Respuesta	f	%
Herencia	1	25
Ambiente	3	75
Ninguno	-	-
TOTAL	4	100

Fuente: Encuesta aplicada a los docentes de los centros educativos
Elaboración: Jenny Guadalupe Ortiz Silva

GRÁFICA 4



ANÁLISIS

La causa del TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad) es algo incierto todavía hoy en día. Se trata de un trastorno neurobiológico heterogéneo y complejo, que no puede explicarse por una única causa, sino por una serie de condiciones genéticas junto con otros factores ambientales y Psicosociales. HERREROS (2002)

.De acuerdo a los resultados obtenidos de determina que el 25% de los informantes manifiesta que la herencia es un factor esencial que influye más en el síndrome de hiperactividad, en tanto que el 75% que es la mayoría,

considera que el ambiente en el que los niños y niñas se desenvuelven, se constituye en uno de los principales motivos para que se desarrolle aceleradamente este síndrome.

INTERPRETACIÓN

Siendo estas las principales causas, se estima pertinente, buscar estrategias que permitan contrarrestar dichas influencias, para lo cual, se deben inculcar valores, formas de comportamiento y demás normas, que coadyuven a garantizar una eficaz formación y desarrollo de los niños.

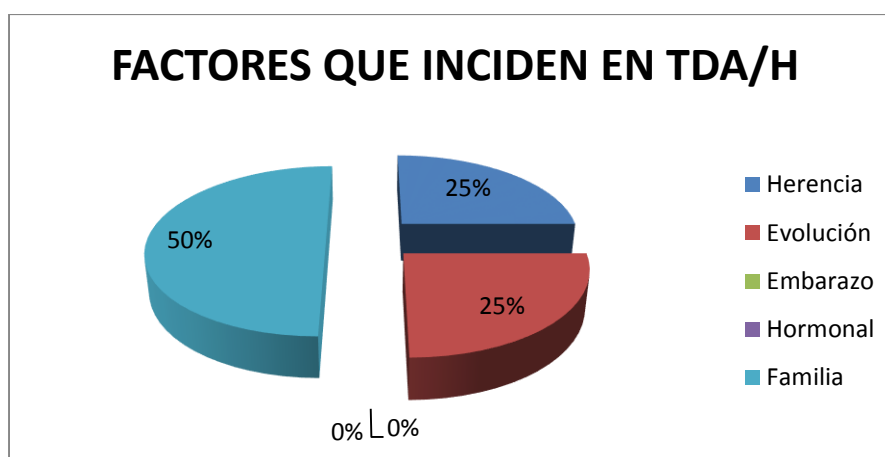
¿Cuáles son los factores, que inciden en TDA/H?

CUADRO 5

Respuesta	f	%
Herencia	1	25
Evolución	1	25
Embarazo	0	0
Hormonal	0	0
Familia	2	50
TOTAL	4	100

Fuente: Encuesta aplicada a los docentes de los centros educativos
Elaboración: Jenny Guadalupe Ortiz Silva

GRÁFICA 5



ANÁLISIS

Se han asociado una serie de factores ambientales como factores de riesgo de padecer el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, principalmente, durante el embarazo, el parto, y después del parto.

Se consideran factores ambientales:

Principalmente: nacimiento prematuro, encefalopatía hipóxico-isquémica (síndrome que se manifiesta en la primera semana de vida producido por la disminución del aporte de oxígeno (O₂) o la reducción mantenida del flujo sanguíneo cerebral), bajo peso al nacimiento y consumo de tabaco y alcohol durante el embarazo. BRAUN (2006).

Otros: consumo de heroína y cocaína durante el embarazo, exposición intrauterina al plomo y el zinc DIAZ (2009), traumatismos craneoencefálicos en la primera infancia, infecciones del sistema nervioso central o la adversidad psicosocial.

Factores psicosociales

Los factores psicosociales no se consideran críticos en la etiología del TDAH, es decir, que no se cree que sean factores determinantes, aunque sí desempeñan un papel importante en el trastorno y sobre todo, suponen una oportunidad para la intervención. QUINTERO (2011).

Así, algunos investigadores se han centrado en la familia, sobre todo en los factores contextuales (estrés, desavenencias matrimoniales o trastornos psicopatológicos de los padres) y la interacción entre padres e hijos.

Como se indica en líneas anteriores, la herencia ocupa un 25%; la evolución 25% y la familia el 50%.

INTERPRETACIÓN

Estos datos que se obtuvieron en el trabajo de campo que se hizo, son muy elocuentes, porque la familia, como primer núcleo social, se constituye en el factor de mayor influencia en el TDA/H. La familia alberga en su seno múltiples miembros, de personalidad y caracteres diferentes, con actitudes variadas, se constituyen en el foco esencial de influencia en la adquisición de este trastorno.

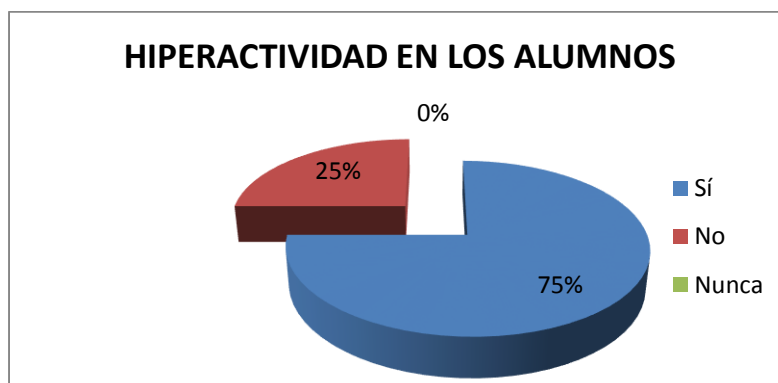
¿Usted como docente del primer año de educación general básica, ha logrado identificar casos de hiperactividad entre sus alumnos (as)?

CUADRO 6

Respuesta	f	%
Sí	3	75
No	1	25
Nunca	0	00
TOTAL	4	100

Fuente: Encuesta aplicada a los docentes de los centros educativos
Elaboración: Jenny Guadalupe Ortiz Silva

GRÁFICA 6



ANÁLISIS

Comparados con los niños sin TDAH, los alumnos con este trastorno presentan mayores dificultades para adaptarse al medio académico, tienen más dificultades en las relaciones con sus iguales y sus profesores, y muestran más conductas indicadoras de mayor inadaptación escolar, sobre todo los subtipos TDAH/HI y TDAH/C; siendo los niños pertenecientes al grupo TDAH/I

los que presentan mayores niveles de adaptación al ámbito escolar (Roselló, Abad y Pitartch 2002; López et al., 2003).

Tres docentes, que equivale al 75% manifiestan que sí han encontrado casos de niños (as) que sufren de hiperactividad, en tanto que el 25% restan señala que no.

INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede determinar que es muy latente este problema, porque al dialogar con las maestras, se encuentra que en el paralelo "A", existen 3 casos y en el paralelo "B" 2 casos. Es preocupante esta situación, porque cinco niños, de por sí, se constituyen en problema, toda vez que alteran el desarrollo normal de la clase y generan malestar a los demás compañeros.

Señale con una X los tipos de síndrome de hiperactividad

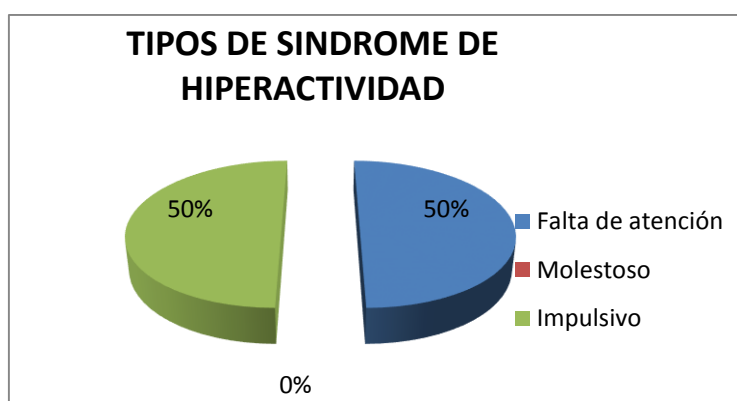
CUADRO 7

Respuesta	f	%
Falta de atención	2	50
Molestoso	0	0
Impulsivo	2	50
TOTAL	4	100

Fuente: Encuesta aplicada a los docentes de los centros educativos

Elaboración: Jenny Guadalupe Ortiz Silva

GRÁFICA 7



ANÁLISIS

El TDAH se ubica en la clasificación de los trastornos mentales del APA (Asociación Americana de Psiquiatría), en el apartado de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador (DSM IV, cuarta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 1994).

Se establecen 3 subtipos del TDAH, según la presentación del síntoma predominante:

Tipo con predominio del déficit de atención.

Tipo con predominio de la impulsividad-hiperactividad.

Tipo combinado, donde predominan tanto síntomas de desatención como de impulsividad-hiperactividad.

En la clasificación estadística internacional de enfermedades de la OMS (la CIE-10 de 1992), más utilizada en el ámbito europeo, el TDAH se ubica en el apartado de Trastorno hipercinético, clasificado en cuatro categorías básicas:

Trastorno de la actividad y de la atención: subdividido en Trastorno de déficit de atención y Síndrome de déficit de atención con hiperactividad.

Trastorno hipercinético disocial.

Otros trastornos hipercinéticos.

Trastorno hipercinético sin especificación.

Los informantes manifiestan en un 50% que la falta de atención es un tipo básico de hiperactividad y el 50% restante, ubican al tipo impulsivo.

INTERPRETACIÓN

De acuerdo a estos resultados, encontramos manifestaciones permanentes de falta de atención e impulsividad, características esenciales en los niños que sufren de hiperactividad. Esto denota una constante y permanente movilidad en

el proceso de clase; los niños son excesivamente inquietos y en muchos de los casos molestos.

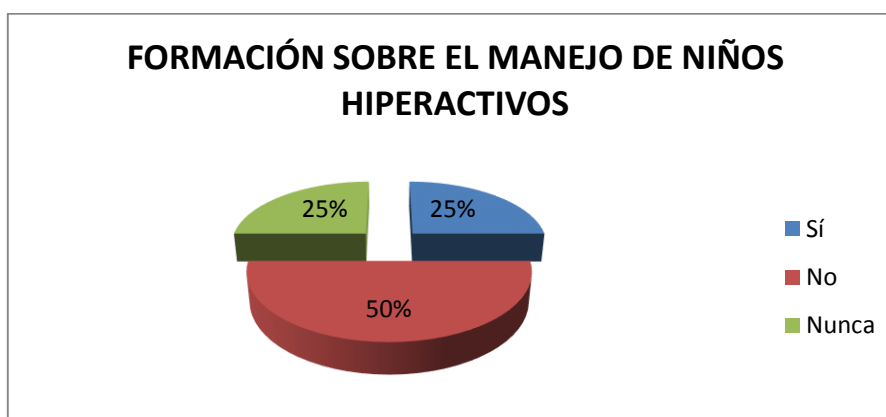
¿Usted como docente recibió formación sobre el manejo de niños hiperactivos?

CUADRO 8

Respuesta	f	%
Sí	1	25
No	2	50
Nunca	1	25
TOTAL	4	100

Fuente: Encuesta aplicada a los docentes de los centros educativos
Elaboración: Jenny Guadalupe Ortiz Silva

GRÁFICA 8



ANÁLISIS

El TDAH no sólo afecta a la conducta, sino que también afecta a nivel cognitivo. Esto quiere decir, que debemos ayudar al niño con TDAH a que compense esta dificultad a través de diversas habilidades. El tratamiento psicopedagógico del TDAH es un recurso muy importante para responder adecuadamente a las necesidades educativas específicas que puedan tener los alumnos con TDAH, procurando comprender los procesos de enseñanza y aprendizaje en el contexto escolar y extraescolar. El objetivo de este tratamiento es conseguir que el alumno aprenda de una forma más efectiva. TDAH.YTU.ES (2012)

. La enseñanza de estas habilidades es lo que entendemos por tratamiento psicopedagógico. Los docentes en un 25% manifiestan que sí han recibido formación sobre el manejo de niños hiperactivos; el 50% dice que no recibió formación y el 25% señala que nunca recibió este tipo de formación e información.

INTERPRETACIÓN

Es bastante crítica esta situación, toda vez que, dada la complejidad social, encontramos muchos casos de niños hiperactivos y lamentablemente en la formación profesional de los docentes, es muy superficial la información que se les brinda, por lo tanto, su falta de conocimiento, incide en el tratamiento que debe brindarse a los niños hiperactivos y no encuentran las formas de cómo actuar en los casos que se les presenta.

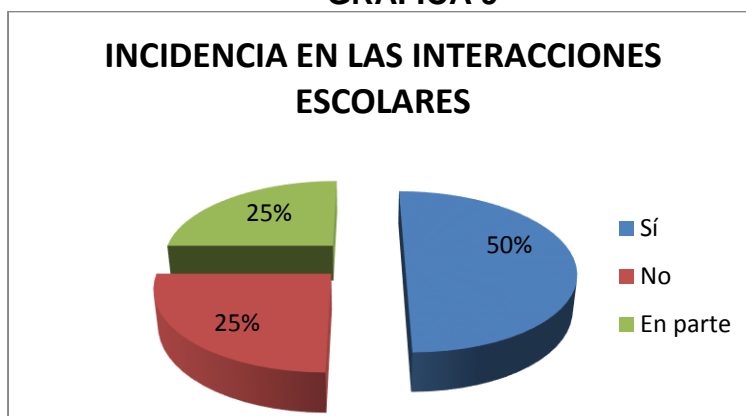
Ha notado usted en los niños que sufren de hiperactividad, que su problema incide en las interacciones escolares?

CUADRO 9

Respuesta	f	%
Sí	2	50
No	1	25
En parte	1	25
TOTAL	4	100

Fuente: Encuesta aplicada a los docentes de los centros educativos
Elaboración: Jenny Guadalupe Ortiz Silva

GRÁFICA 9



ANÁLISIS

La escuela es un agente principal en la detección del TDAH y suele ser quien alerta la alteración del comportamiento. Los niños pasan muchas horas en el colegio y eso hace que los profesores o educadores estén en una posición privilegiada para observar el comportamiento de los alumnos, así como para poder comparar la conducta y el funcionamiento cognitivo entre niños de la misma edad y avisar en caso de que exista algún indicio de problema. www.tdahytu.es

Los comportamientos derivados del TDAH se encuentran en todos los niños, la diferencia realmente radica en la intensidad y la frecuencia con la que se presentan. Por lo tanto, antes de dar la voz de alarma, conviene consultar al psicopedagogo u orientador escolar para descartar otros trastornos conductuales o psicológicos.

El 50% de los docentes estima que el problema de hiperactividad incide bastante en las interacciones escolares; el 25% estima que no incide y el 25% restante considera que sólo incide en parte.

INTERPRETACIÓN

Fundamentalmente se debe tener presente que, quiérase o no, incide de manera directa el problema de la hiperactividad en las interacciones escolares, toda vez que, los niños con normalidad, se apartan de los niños que sufren el síndrome porque son molestos, inquietos, no prestan atención y molestan a los demás, lo que no les permite concentrarse en los estudios. De allí que las interrelaciones sean poco cordiales.

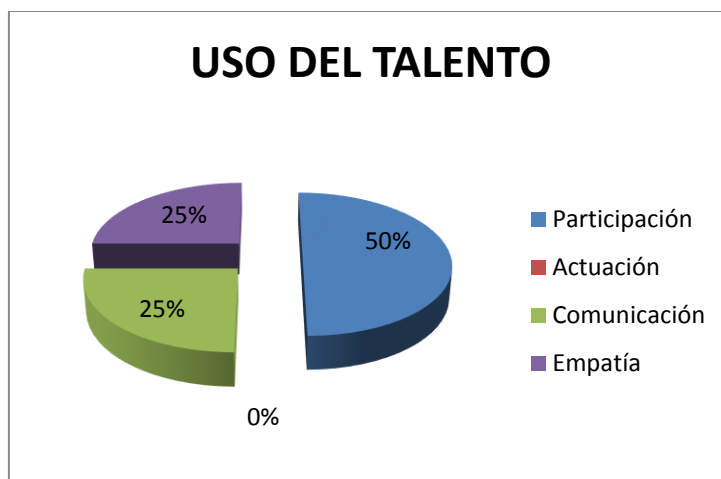
¿De qué manera usted logra que, los niños que sufren de hiperactividad, utilicen su talento para beneficio de sí mismo?

CUADRO 10

Respuesta	f	%
Participación	2	50
Actuación	0	0
Comunicación	1	25
Empatía	1	25
TOTAL	4	100

Fuente: Encuesta aplicada a los docentes de los centros educativos
Elaboración: Jenny Guadalupe Ortiz Silva

GRÁFICA 10



ANÁLISIS

El colegio, es un entorno ideal para detectar el trastorno y esencial para su manejo. Por ello es fundamental que los docentes reciban información y formación sobre el trastorno, para que estén alerta para la detección ante las posibles señales y que sepan cómo atender a cada uno de sus alumnos en función de las necesidades, para mejorar el rendimiento en el aula y favorecer un entorno apropiado para el aprendizaje.

El 50% de docentes estima que es a través de la participación como se logra que los niños que sufren de hiperactividad, utilicen su talento para

beneficio de sí mismo; el 25% indica que lo hace a través de la comunicación y el 25% restante lo hace mediante la empatía con los demás.

INTERPRETACIÓN

Es saludable que las maestras reviertan las manifestaciones de hiperactividad de los niños que la sufren para beneficio de ellos mismos, toda vez que hay de brindarles la oportunidad para que, sus emociones y actitudes, sean controladas y las utilicen en su propio aprendizaje.

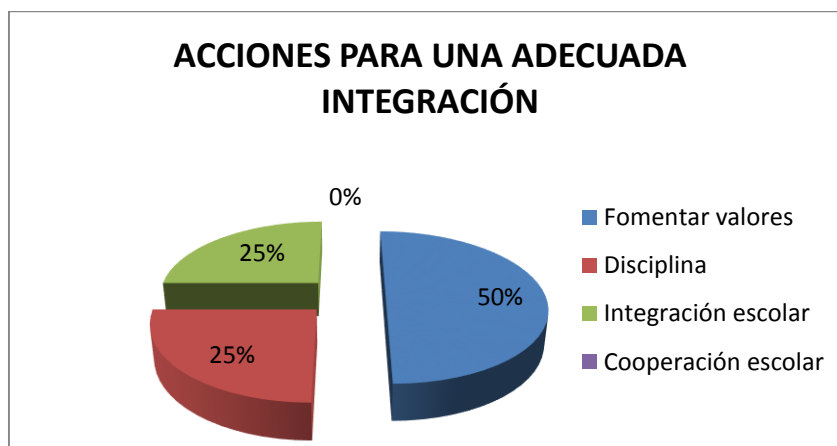
Usted como docente, que posiblemente cuenta con niños que sufren el síndrome de hiperactividad, qué hace para que en las dimensiones del clima escolar, se logre una adecuada integración y de esta manera se promuevan eficientemente las interacciones entre los niños?

CUADRO 11

Respuesta	f	%
Fomentar valores	2	50
Disciplina	1	25
Integración escolar	1	25
Cooperación escolar	0	0
TOTAL	4	100

Fuente: Encuesta aplicada a los docentes de los centros educativos
Elaboración: Jenny Guadalupe Ortiz Silva

GRÁFICA 11



ANÁLISIS

Los alumnos con TDAH suelen presentar un rendimiento escolar inferior al que se espera por su capacidad. Además, entre los afectados por este trastorno, es frecuente encontrar dificultades en el aprendizaje de las áreas instrumentales: lenguaje y matemáticas. Suelen mostrar un déficit en el desarrollo de habilidades sociales y emocionales, lo que puede dificultar la relación con sus compañeros.

El 50% de los docentes estima que para lograr una adecuada integración, a fin de promover eficientemente las interacciones entre los niños, se debe fomentar los valores; el 25%, señala que es básico el desarrollo y control de la disciplina y el otro 25%, considera que a través de la integración escolar se pueden alcanzar muchos cambios de actitud en todo el colectivo estudiantil.

INTERPRETACIÓN

Es fundamental que las maestras utilicen cualquier mecanismo que sea válido, a fin de que se logre, que las interacciones escolares, sean de lo mejor y conlleven a conformar un grupo consolidado.

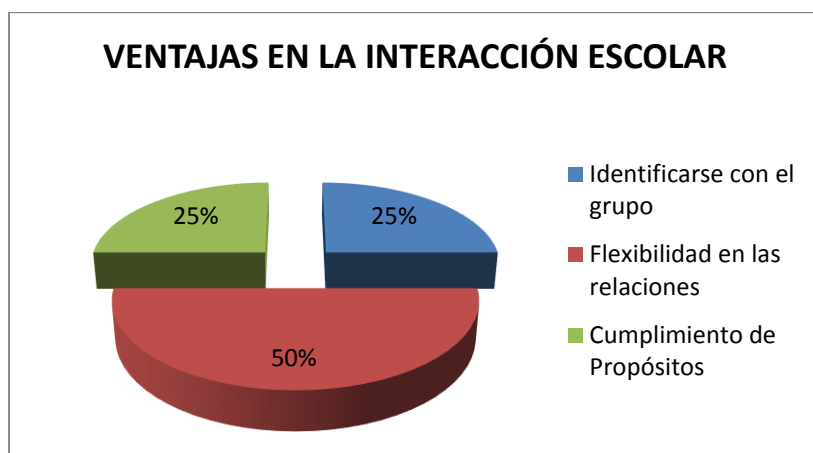
Según su criterio ¿qué ventajas tiene la identidad, autonomía y convivencia en las interacciones escolares?

CUADRO 12

Respuesta	f	%
Identificarse con el grupo	1	25
Flexibilidad en las relaciones	2	50
Cumplimiento de Propósitos	1	25
TOTAL	4	100

Fuente: Encuesta aplicada a los docentes de los centros educativos
Elaboración: Jenny Guadalupe Ortiz Silva

GRÁFICA 12



ANÁLISIS

La educación, enmarcada en el contexto escolar, supone una situación comunicativa y un fenómeno de tipo colectivo. Las peculiaridades lingüísticas que tienen lugar dentro de las aulas son fundamentales para explorar el modo en que se produce el aprendizaje dentro de la dimensión colectiva. IDONEOS (2012)

Los docentes en un 25%, manifiestan que la identificación con el grupo es una de las principales ventajas que presenta la identidad, autonomía y convivencia en las interacciones escolares; el 50% considera que esto permite una mayor y mejor flexibilidad en las relaciones entre los niños y el 25% restante, estima que con ello se logra el cumplimiento de propósitos,

INTERPRETACIÓN

Todas estas manifestaciones puestas a la exposición, son saludables, por cuanto, contribuyen al mejoramiento de las interacciones escolares entre los niños del primer año de Educación General Básica y ello, a su vez, genera un ambiente de paz y tranquilidad, que sirva básicamente para garantizar excelentes aprendizajes.

ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES DE FAMILIA DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE PRIMER AÑO DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA

Información Básica para conocer antecedentes esenciales sobre la vida del niño (a), a fin de poder encontrar causas que hayan originado el síndrome de hiperactividad.

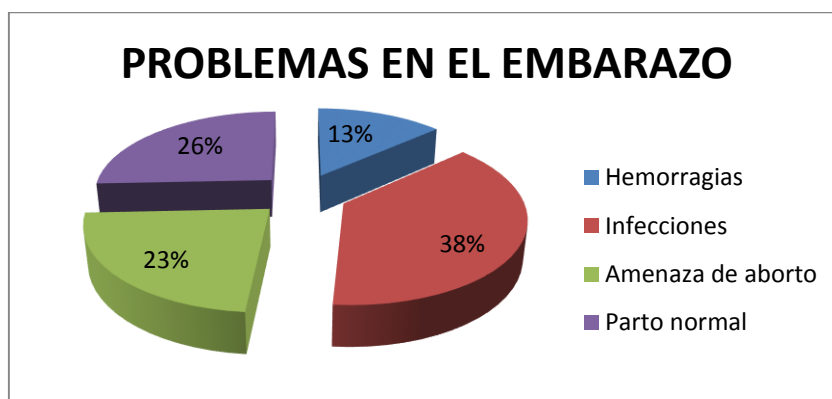
Durante el embarazo tuvo algún tipo de problemas referidos a:

CUADRO 13

Respuestas	f	%
Hemorragias	10	13.51
Infecciones	28	37.84
Amenaza de aborto	17	22.97
Parto normal	19	25.68
TOTAL	74	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de familia de los niños de primer año de Básica
Elaboración: Jenny Guadalupe Ortiz Silva

GRÁFICA 13



ANÁLISIS

Se han asociado una serie de factores ambientales como factores de riesgo de padecer el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, principalmente, durante el embarazo, el parto, y después del parto.

Se consideran factores ambientales:

Principalmente: nacimiento prematuro, encefalopatía hipóxico-isquémica (síndrome que se manifiesta en la primera semana de vida producido por la disminución del aporte de oxígeno (O₂) o la reducción mantenida del flujo sanguíneo cerebral), bajo peso al nacimiento y consumo de tabaco y alcohol durante el embarazo. BRAUN (2006).

Otros: consumo de heroína y cocaína durante el embarazo, exposición intrauterina al plomo y el zinc⁶, traumatismos craneoencefálicos en la primera infancia, infecciones del sistema nervioso central o la adversidad psicosocial.

El 13.51% de las madres de familia, manifiestan que durante el embarazo tuvieron problemas referidos a hemorragias. El 37.83% sufrió de infecciones. El 23.97%, sintió amenazas de aborto, en tanto que el 25.67% tuvo un parto normal.

INTERPRETACIÓN

Tomando en consideración los resultados obtenidos, la mayoría de las madres de familia, han tenido problemas considerables en su etapa de embarazo, lo que de una u otra manera, incide en la formación del niño, lo cual origina alteraciones psicológicas o físicas.

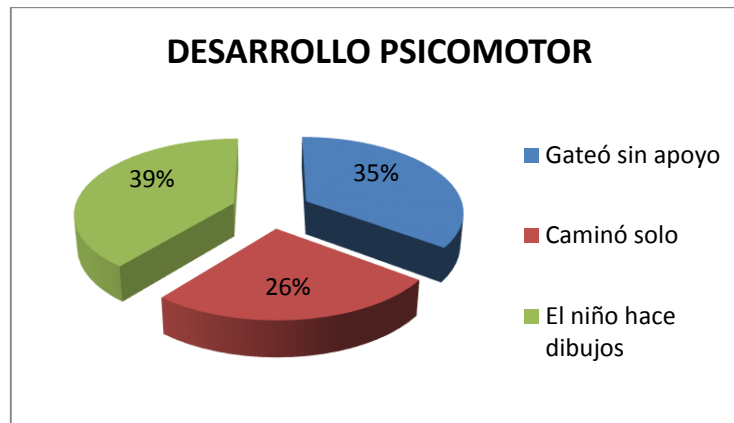
En lo que corresponde al desarrollo psicomotor, el niño (a):

CUADRO 14

Respuesta	f	%
Gateó sin apoyo	26	35.14
Caminó solo	19	25.68
El niño hace dibujos	29	39.19
TOTAL	74	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de familia de los niños de primer año de Básica
Elaboración: Jenny Guadalupe Ortiz Silva

GRÁFICA 14



ANÁLISIS

El desarrollo psicomotor, o la progresiva adquisición de habilidades en el niño, es la manifestación externa de la maduración del Sistema Nervioso Central (SNC). La proliferación de las dendritas y la mielinización de los axones son los responsables fisiológicos de los progresos observados en el niño. La maduración del SNC tiene un orden preestablecido y por esto el desarrollo tiene una secuencia clara y predecible: el progreso es en sentido céfalocaudal y de proximal a distal. Más aún, si un niño nace antes de término, la maduración del cerebro continúa su progreso casi igual que en el útero. Es por esto que al prematuro menor de 36 semanas de edad gestacional se le "corrige" su edad, restándole a la edad cronológica aquellas semanas que le faltaron para llegar a término. MOORE (2012)

El 35.13% de las madres de familia, manifiestan que el niño (a) gateó sin ningún tipo de problemas; el 25.67% indica que sus hijos caminaron solos, no necesito de ayuda alguna y el 39.18%, considera que el desarrollo psicomotor de su hija (o) es bastante adecuado, lo cual lo demuestra cuando lo observa haciendo dibujos.

INTERPRETACIÓN

El importante conocer aspectos inherentes al desarrollo psicomotor, toda vez que ello, marca la pauta para conocer algunas manifestaciones de hiperactividad en los educandos.

En lo corresponde al desarrollo de la conducta alimentaria al niño/a :

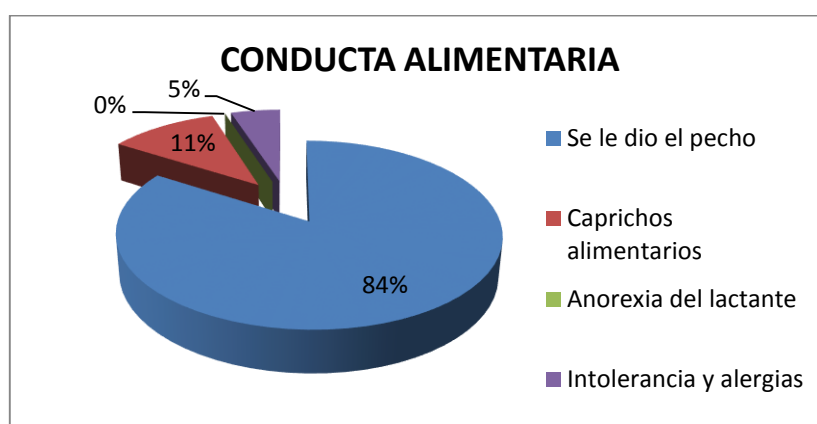
CUADRO 15

Respuesta	f	%
Se le dio el pecho	62	84.00
Caprichos alimentarios	08	11.00
Anorexia del lactante	0	00.00
Intolerancia y alergias	04	5.00
TOTAL	74	100

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de familia de los niños de primer año de Básica

Elaboración: Jenny Guadalupe Ortiz Silva

GRÁFICA 15



ANÁLISIS

La conducta alimentaria es muy compleja, comienza a moldearse desde el inicio de la vida y una vez establecido un patrón alimentario es muy difícil modificarlo, tanto a nivel individual como poblacional. Por eso, actualmente se estudian con tanto interés los factores que influyen en su desarrollo, ya que sería ideal poder detectar qué características son protectoras de la obesidad y cómo promoverlas ALIMENTA (2012).

El 84% de las madres, indican de que durante la infancia del niño (a) lo alimentaron dándole de lactar, es decir mediante leche materna; el 11%, manifiesta que satisfacían sus caprichos alimentarios, a fin de que no

molestara y el 5%, señala que, sus hijos tenían problemas de intolerancia y alergias, lo cual, limitaba mucho el proceso de alimentación.

INTERPRETACIÓN

La leche materna es la mejor forma de alimentar al niño, por lo tanto, se ha observado que la mayoría de niñas y niños del primer año de educación general básica, son normales y es muy limitado el número de escolares que sufren del síndrome de hiperactividad.

En lo que corresponde al desarrollo del lenguaje-comunicación, usted notó que existía:

CUADRO 16

Respuesta	f	%
Calidad del balbuceo	36	48.65
Calidad de la pronunciación	11	14.86
Calidad de la comprensión	13	17,57
Calidad de la interacción	14	18.92
TOTAL	74	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de familia de los niños de primer año de Básica
Elaboración: Jenny Guadalupe Ortiz Silva

GRÁFICA 16



ANÁLISIS

El aprendizaje de idiomas y la comunicación es una experiencia universal de los niños en todas las culturas. Los niños desarrollan habilidades de la

comunicación y del lenguaje en el contexto de su propia cultura y mediante relaciones significativas. Durante el primer año de vida, los niños construyen el cimiento del lenguaje al absorber lo que ven y oyen a través de interacciones con sus cuidadores y su ambiente. illinoiseearlylearning.org

El 48.64% de madres de familia consideran que en lo que corresponde al desarrollo del lenguaje-comunicación, existió la calidad en el balbuceo como primera instancia del lenguaje. En cambio el 14.86% manifiesta que existió calidad en la pronunciación. El 17.56%, estima que la calidad se dio en el tipo de comprensión de los niños y el 18.91%, indica que se dio calidad en la interacción.

INTERPRETACIÓN

Estos resultados son la evidencia de que existió un proceso normal en el desarrollo de los niños y niñas, salvo los cinco casos identificados del síndrome de hiperactividad, que a la postre, sí inciden en el proceso de aprendizaje escolar, toda vez que se altera el orden, la disciplina y por ende, las relaciones e interacciones se ven alteradas.

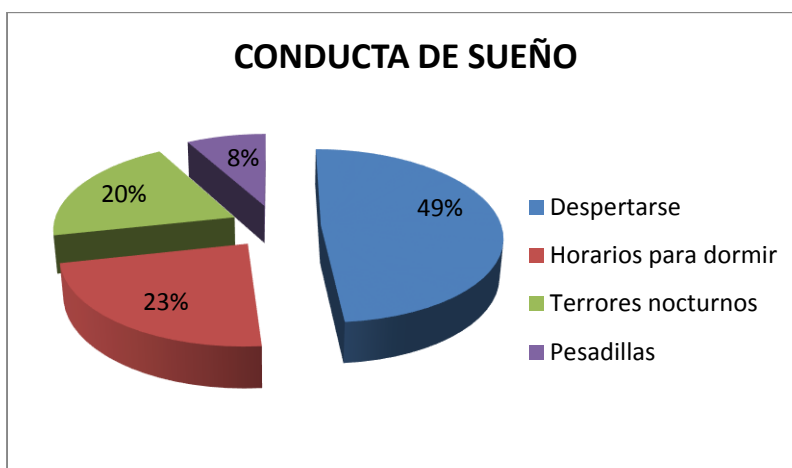
En cuanto se refiere a la conducta del sueño, usted se percató si el niño (a) tenía problemas al:

CUADRO 17

Respuesta	f	%
Despertarse	36	48.65
Horarios para dormir	17	22.97
Terrores nocturnos	15	20.27
Pesadillas	06	8.11
TOTAL	74	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de familia de los niños de primer año de Básica
Elaboración: Jenny Guadalupe Ortiz Silva

GRÁFICA 17



ANÁLISIS

El trastorno de conducta en sueño REM se caracteriza por la repetición de un contenido violento de los ensueños acompañados de una actividad física violenta –golpes, chillidos, patadas- proporcional y acorde a las escenas del sueño. Suelen representarse situaciones de lucha o huida y el paciente sueña que es atacado o está inmerso en una escena de violencia con otras personas o animales. www.dmedicina.com

El 48.64% de las madres de familia encuestadas, manifiesta que en lo referente a la conducta del sueño, los niños y niñas tenían problemas al despertarse. El 22.97% indica que, los horarios para que se duerman los niños se tornó complicado. En cambio el 20.27% señala que sus hijos no conciliaban el sueño por temor a los terrores nocturnos y finalmente el 8.10% sufría de pesadillas.

INTERPRETACIÓN

Hay que aceptar que la gran mayoría de niños y niñas han tenido un proceso normal en su vida infantil; sin embargo, existen casos de terrores nocturnos y pesadillas que de una u otra manera, han incidido en el estado físico y psicológico de los infantes y que a lo mejor, son aquellos que sufren del síndrome de hiperactividad.

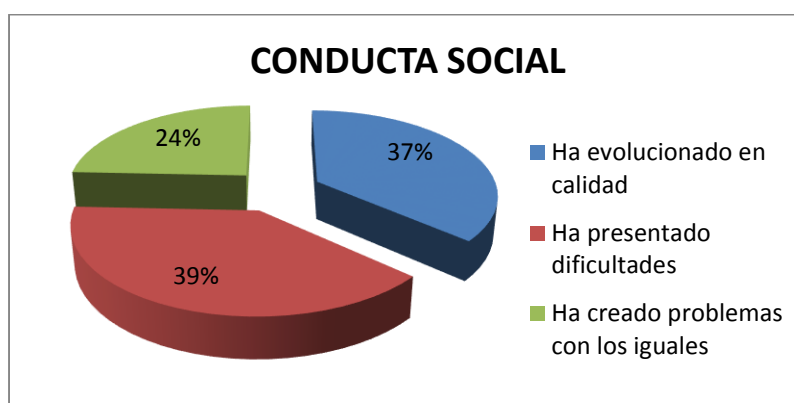
Referente a la conducta social del niño (a), estima usted que:

CUADRO 18

Respuesta	f	%
Ha evolucionado en calidad	27	36.49
Ha presentado dificultades	29	39.19
Ha creado problemas con los iguales	18	24.32
TOTAL	74	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de familia de los niños de primer año de Básica
Elaboración: Jenny Guadalupe Ortiz Silva

GRÁFICA 18



ANÁLISIS

El niño es un ser fundamentalmente social desde el mismo momento de su nacimiento. Su conducta está modulada por la interrelación con los otros y su conocimiento sobre sí mismo lo va a adquirir mediante la imagen que va a recibir a través de los demás. www.saludalia.com

El 36.48% de las madres de familia indican que la conducta social del niño ha evolucionado en calidad, en relación a lo que fue durante su vida de infante. El 39.18%, considera que ha presentado dificultades la conducta social del niño (a) y el 24.32% considera que su conducta ha creado problemas con los niños de su misma edad, bien sean de la escuela como de la familia y/o el barrio en el que habitan.

INTERPRETACIÓN

Poco a poco, se van descubriendo ciertas manifestaciones conductuales, psicológicas y sociales en los infantes, lo cual marca las pautas esenciales para ir identificando sin existen problemas referidos al síndrome de hiperactividad y cómo esto incide en las interacciones escolares.

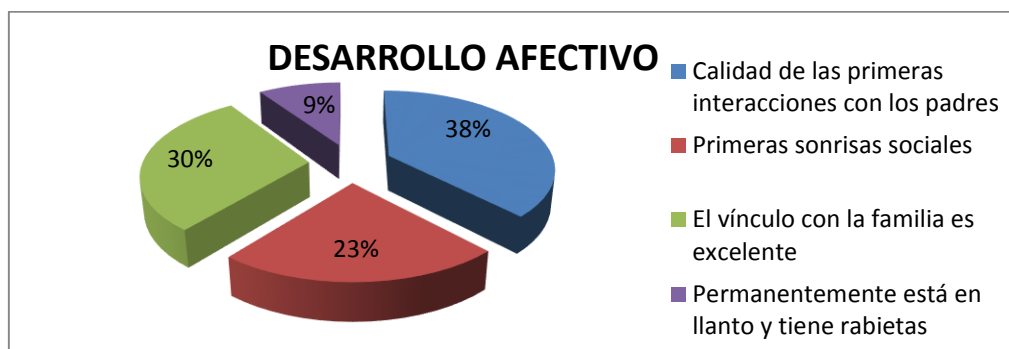
En cuanto se refiere al desarrollo afectivo, usted logró detectar:

CUADRO 19

Respuesta	f	%
Calidad de las primeras interacciones con los padres	28	37.84
Primeras sonrisas sociales	17	22.97
El vínculo con la familia es excelente	22	29.73
Permanentemente está en llanto y tiene rabietas	07	9.46
TOTAL	74	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de familia de los niños de primer año de Básica
Elaboración: Jenny Guadalupe Ortiz Silva

GRÁFICA 19



ANÁLISIS

El desarrollo afectivo puede entenderse como el camino a través del cual las personas establecen unos afectos y una forma de vivir y entender los mismos. Es un proceso continuo y complejo, con múltiples influencias. Este proceso va a determinar el tipo de vínculos interpersonales que establezca la persona y va a marcar el estilo de relacionarse con los demás.

Desde que nacemos las personas mostramos un marcado interés y curiosidad por aquellos seres de nuestra especie que nos rodean. Los niños y niñas nacen con la necesidad de establecer vínculos afectivos, estos son fundamentales para la supervivencia. El 37.83% considera que en lo referente al desarrollo afectivo, lograron detectar que existe calidad de las primeras interacciones con los padres. RODRIGUEZ(s, f, p. 9).

El 22.97%, indica que se pudieron percatar de las primeras sonrisas sociales que brindaban sus hijos (as). Por su parte el 29.72%, manifiesta que observaron que el vínculo con la familia es excelente y el 9.45%, considera que en la fase infantil tenían que estar tranquilizando a los niños porque permanentemente estaba en llanto y tenía rabieta.

INTERPRETACIÓN

Son fundamental estas interacciones con los padres, por cuanto, se puede observar, los niveles de normalidad que se operan en los niños y niñas. Es bastante saludable determinar que en la casi totalidad de los infantes, ha sido satisfactoria.

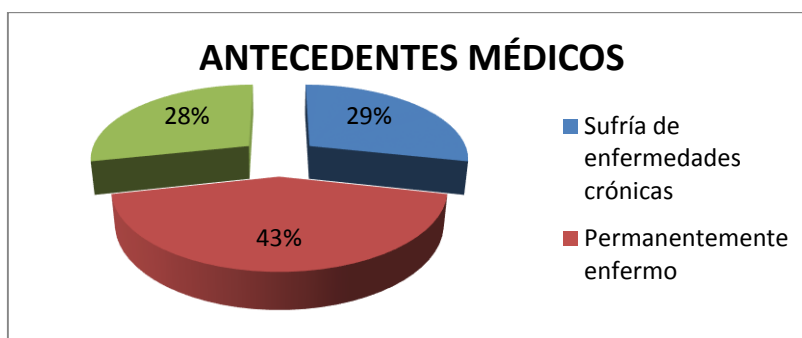
Tomando en consideración los antecedentes médicos de su niño (a), usted se percató que:

CUADRO 20

Respuesta	f	%
Sufría de enfermedades crónicas	21	28.38
Permanentemente enfermo	32	43.24
No sufría de enfermedades	21	28.38
TOTAL	74	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de familia de los niños de primer año de Básica
Elaboración: Jenny Guadalupe Ortiz Silva

GRÁFICA 20



ANÁLISIS

Los datos de la salud familiar o historial médico sirven de guía para que el doctor de su hijo elabore un diagnóstico, en caso de que el niño manifieste signos de una enfermedad o trastorno. Estos datos pueden revelar si su hijo tiene un mayor riesgo de sufrir una enfermedad; de ser así, el médico recomendaría ciertas pruebas exploratorias o de detección. Muchos trastornos genéticos se observan claramente desde la infancia. Conocer la presencia de dichos trastornos en su familia puede facilitar su identificación y tratamiento en etapas iniciales. www.cdc.gov

El 28.37% de las madres manifiesta que, de acuerdo a los antecedentes médicos de su hijo (a), sufría de enfermedades crónicas. El 43.24% indica que permanentemente estaba enfermo y el 28.37% señala que su hijo (a) no sufría de enfermedades.

INTERPRETACIÓN

Si observamos detenidamente los resultados, vemos con preocupación que, el 71.61% de los niños han tenido problemas de salud, lo que una u otra manera, incide en su desarrollo normal. Esto quizá permitió que las madres tuvieran mayor preocupación de sus hijos (as), a fin de poder brindarles los cuidados necesarios y evitar cualquier anomalía que se pudo haber presentado.

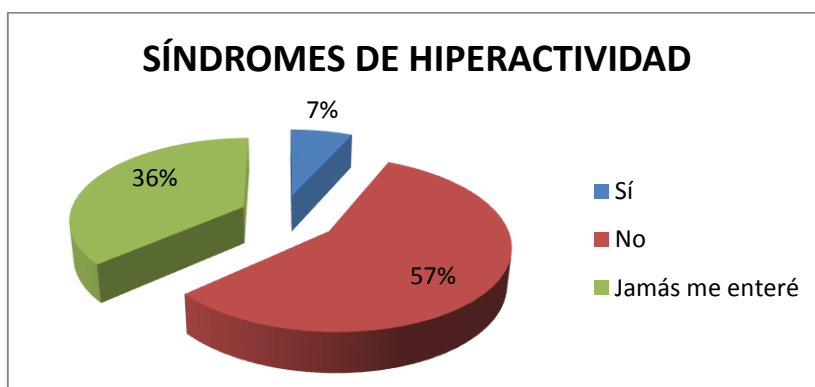
¿Sobre la base de la información que usted ha proporcionado, conoce si su hijo (a) sufre del síndrome de hiperactividad?

CUADRO 21

Respuesta	f	%
Sí	05	6.76
No	42	56.76
Jamás me enteré	27	36.48
TOTAL	74	100

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de familia de los niños de primer año de Básica
Elaboración: Jenny Guadalupe Ortiz Silva

GRÁFICA 21



ANÁLISIS

Una vez realizada la historia clínica, se investiga si existen trastornos del aprendizaje y se evalúa el rendimiento académico del niño a lo largo del tiempo. Para realizar esta evaluación es fundamental la participación de los profesores o el equipo de orientación escolar.

El diagnóstico del TDAH se debe adaptar a las condiciones de cada uno de los pacientes que se evalúa. Es decir, que en cada caso ha de valorarse las pruebas que han de llevarse a cabo para conseguir realizar un diagnóstico apropiado. Algunos de los métodos que hemos mencionado, son fundamentales, como la historia clínica, y otros son facultativos, en función de las necesidades de cada caso. Este es el principio de un tratamiento individualizado.

El 6.75% de las madres de familia, manifiestan que, tomando como referente la información que ha proporcionado, sus hijos sufren del síndrome de hiperactividad. El 56.75%, señala que sus hijos no sufren de este mal y el 36.48%, indican que ellos jamás se enteraron si tenían o no este síndrome.

INTERPRETACIÓN

Es satisfactorio determinar que es muy reducido el número de niños que sufren del síndrome de hiperactividad. Son cinco casos que se logró identificar, que constituye una cifra poco preocupante, toda vez que de un total de 74 niños y niñas, se cuenta con 69 escolares en los niveles y parámetros normales. Sin embargo a los niños que sufren del síndrome, se debe brindarles la ayuda que sea necesaria, a fin de que se formen adecuadamente.

g. DISCUSIÓN

PRIMERA HIPÓTESIS

ENUNCIADO

“En los docentes del Primer Año de Educación General Básica, es limitada la formación y fundamentación teórica sobre el manejo del síndrome de hiperactividad”.

CONCLUSIÓN

ORJALES (2002) expone que numerosas investigaciones demuestran que los maestros reflexivos tienen alumnos más reflexivos y que los maestros impulsivos tienen alumnos impulsivos. Por su inmadurez y su gran dependencia emocional el niño con TDAH es extremadamente fácil de influenciar.

El maestro puede modelar con éxito actividades que propendan a las actitudes reflexivas en la ejecución de las tareas escolares. Tomando como referente los resultados obtenidos en la pregunta seis, formulada a los docentes, se determina que el 75% no recibió formación e información, lo cual origina un grave problema, en la conducción y orientación de los niños que sufren del síndrome de hiperactividad.

Es bastante crítica esta situación, toda vez que, dada la complejidad social, encontramos muchos casos de niños hiperactivos y lamentablemente, la formación profesional de los docentes, es muy superficial, por cuanto, la información obtenida es bastante reducida; por lo tanto, su falta de conocimiento, incide en el tratamiento que debe brindarse a los niños hiperactivos y no encuentran las formas de cómo actuar en los casos que se les presenta.

DECISIÓN

En base a los criterios señalados, se comprueba la hipótesis planteada, por lo tanto, se corrobora que, los docentes, no cuentan con la formación teórica necesaria, para abordar con solvencia profesional, los casos de niños hiperactivos que encontraren entre sus alumnos.

SEGUNDA HIPÓTESIS

ENUNCIADO

“Existen varios casos de hiperactividad que inciden en las interacciones escolares de las niñas y los niños del Primer Año de Educación General Básica”.

CONCLUSIÓN

Para que el TDAH tenga un impacto menos negativo en la vida de los niños que lo padecen es fundamental que haya un control de la conducta del TDAH en el colegio coherente con el que haya en casa. Que todas las personas que componen su entorno estén alineados en cuanto a la estrategia que se va a llevar a cabo. El colegio y la familia son los entornos principales en la vida del niño, y por ello es importante que exista buena comunicación entre ambos, para acordar una metodología unificada que le demuestre al niño que existe una comunicación entre profesores y padres, y que hay acuerdo sobre las normas y expectativas principales. www.tdahytu.es

Mantener la coherencia en el control de la conducta en el colegio puede resultar complicado debido a que pueden intervenir varios profesores. Si a esto, le añadimos el hecho de que los niños con TDAH necesitan unos límites claros, firmes y coherentes, la dificultad es mayor.

Tomando como fundamento los resultados obtenidos en las preguntas 1.7 y 1.9, aplicadas a los docentes, se determina que tres de ellos, que equivale al

75% manifiestan que sí han encontrado casos de niños (as) que sufren de hiperactividad. En el diálogo con las maestras, se encuentra que en el paralelo "A", existen 3 casos y en el paralelo "B" 2 casos. Es preocupante esta situación, porque cinco niños, de por sí, se constituyen en problema, toda vez que alteran el desarrollo normal de la clase y generan malestar a los demás compañeros. Es más, las interacciones entre los niños y niñas, se ven totalmente alteradas, lo cual incide en el comportamiento y las relaciones entre compañeros. El colectivo de niños y niñas, no soportan las formas como los niños hiperactivos actúan, son inquietos, molestos y no les dejan trabajar libremente y con normalidad.

DECISIÓN

En base a los resultados obtenidos, se comprueba la hipótesis de investigación y, se determina que sí existen varios casos de hiperactividad que inciden en las interacciones escolares de las niñas y los niños del Primer Año de Educación General Básica" de los Centros Educativos Julio Ordóñez Espinoza y José Ángel Palacios de la ciudad de Loja.

h. CONCLUSIONES

Una vez que se ha culminado el trabajo de investigación, se llega a determinar las siguientes conclusiones:

- A los docentes de los Centros Educativos “Julio Ordóñez Espinoza” y “José Ángel Palacios”, de la ciudad de Loja, les falta formación profesional, referida al síndrome de hiperactividad. No conocen en algunos casos de que se trata y, en otros, cuando han sido identificados dichos casos, no saben cómo actuar.
- En las instituciones investigadas, se logró identificar cinco casos de niños que sufren el síndrome de hiperactividad, mismos que habían sido ignorados por las maestras; simplemente decían que son niños molestos y con eso terminaba su rol.
- En estos centros educativos hace falta actualización y profesionalización de los docentes. En dos casos de maestras, éstas no cuentan con estudios de cuarto nivel, lo cual, incide en el proceso formativo de los niños y niñas.
- Las interacciones escolares, se ven afectadas en estos dos paralelos del primer año de educación básica, por cuanto, existiendo cinco casos de niños con el síndrome de hiperactividad, se generan manifestaciones de comportamiento que alteran el orden, la tranquilidad y frena los procesos de aprendizaje.
- Hacen falta nuevos estudios sobre diversos problemas psicológicos que tienen los niños de estos importantes centros educativos, en virtud de que la gran población se corresponde a la clase media baja, en la cual, muchos padres viven fuera del país, en otros casos, los padres son separados o también existen madres solteras, que de una u otra manera, inciden en las interacciones escolares, aprovechamiento y rendimiento escolar.

i. RECOMENDACIONES

- Se sugiere a los directivos de los Centros Educativos “Julio Ordóñez Espinoza” y “José Ángel Palacios”, de la ciudad de Loja, gestionar convenios interinstitucionales, con el MIES, por ejemplo, con la finalidad de lograr la intervención profesional para el tratamiento psicológico y afectivo de las y los estudiantes, la capacitación y formación profesional permanente de sus Talentos Humanos en el ámbito Psicológico Académico.
- Abordar los problemas de hiperactividad como problemas institucionales, mas no como un hecho particular que debe enfrentar el maestro, en cuya aula se encuentre presente; para que a través del intercambio de ideas proponer ideas de solución y tratamiento en mejoras del rendimiento y comportamiento de los educandos.
- La interacción escolar, debe de ser enfocada a la integración permanente de los padres de familia, educador, en busca de soluciones al mejoramiento de la psiquis del educando, con la finalidad de que este se integre de manera ordenada y participativa al proceso significativo de aprendizaje.
- La creación de talleres para padres con temas orientados a la mejora del desarrollo Psicológico, Cognitivo – Conductual, con la finalidad de organizar y ejecutar una serie de actividades que contribuyan a la consolidación de la familia de los y las estudiantes, en sus diversos contextos.

LINEAMIENTOS PROPOSITIVOS

TÍTULO

ORIENTACIONES A LOS PADRES DE FAMILIA Y DOCENTES PARA CONTRIBUIR A SUPERAR EL SÍNDROME DE HIPERACTIVIDAD

JUSTIFICACIÓN

Los lineamientos propositivos que se plantean, están orientados exclusivamente, a brindar algunas sugerencias básicas que permitan, tanto a los docentes como a los padres de familia, tener conocimiento suficiente para poder tratar y controlar a los niños y niñas que sufren del síndrome de hiperactividad, mismo que se manifiesta en la poca atención, inestabilidad emocional, excesivo movimiento y otras características.

Estos lineamientos, emergen del trabajo de campo que se hizo, por lo que, se retoman algunos aspectos esenciales que han sido considerados básicos, toda vez que, la intención es contribuir satisfactoriamente con los niños, padres de familia y docentes.

Las actitudes de los padres de familia y docentes, influyen mucho en la vida de los niños, por lo tanto, es fundamental que se cuente con elementos guías, que procuren un mejor bienestar emocional en los educandos.

Se considera importante destacar que, el presente trabajo no es nada acabado, es una parte de todo un proceso, encaminado a mejorar las interrelaciones entre los niños con los docentes y los padres de familia, respecto al síndrome de hiperactividad. Se aspira que sirva como un medio de consulta.

OBJETIVOS

General

- Mejorar las actitudes que permitan superar algunos síntomas del Trastorno: síndrome de hiperactividad (TDA/H) y que a su vez,

contribuyan a fortalecer las interacciones escolares de las niñas y niños del Primer Año de Educación General Básica de los centros educativos “Julio Ordóñez Espinoza” y “José Ángel Palacios de la ciudad de Loja”.

Específicos

- Integrar a los padres de familia a través de procesos educativos, que estén orientados a brindarles bases científicas que les generen actitudes positivas, a efectos de que se supere la hiperactividad.
- Llevar a cabo un Taller dirigido a las maestras del Primer Año de Educación General Básica, con la finalidad de generar estrategias didácticas, que permitan aprovechar el estado emocional de los niños y niñas que sufren del síndrome de hiperactividad, para obtener aprendizajes satisfactorios.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS PARA LOS LINEAMIENTOS PROPOSITIVOS.

La explicación teórica que a continuación se explica, se estima que debe ser una base clara, que permita a los docentes y padres de familia contar con un referente inmediato, a fin de que comprendan de qué se trata, el aporte que se brinda. Se hace constar conceptos sencillos, mismos que servirán para comprender lo que se debe hacer en casos como el presente estudio y/o investigación.

Trastorno por déficit de atención: el niño Hiperquinético

“Los padres se preocupan mucho cuando reciben una carta de la escuela diciendo que el niño "no le presta atención a la maestra" o que "se porta mal en la clase". Una posible causa para este tipo de comportamiento es el trastorno por déficit de atención debido a la hiperactividad” (Castilloc, 2011, p. 43).

EI TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN (T.D.A.) es un padecimiento donde al niño le es difícil centrar su atención en un estímulo y concentrarse en

él. Esto se manifiesta en su conducta que se observa desorganizada e impulsiva, y repercute en la familia y en la escuela.

Este problema es mejor conocido como el NIÑO HIPERQUINÉTICO o con disfunción cerebral "mínima", sin embargo puede existir o no hiperactividad (hiperquinesia) en el trastorno por déficit de atención; el término de disfunción cerebral mínima en la actualidad ya no es usado debido a la ambigüedad del término.

Las alteraciones son identificadas primero por el padre o profesor.

En las aulas, estos pequeños dan la impresión de que:

- escuchan mal
- están inquietos
- trabajan de forma irregular y descuidada
- en particular le son duras las tareas que requieren de una atención prolongada
- tienen problemas en la relación con sus compañeros,
- mala conducta
- pobre rendimiento escolar
- generalmente son los llamados "niños problema".

CAUSAS

Existen diversas teorías que intentan explicar el origen del trastorno por Déficit de Atención, algunos consideran que la causa se debe a una maduración retardada del sistema nervioso, o por haber alguna lesión cerebral, una variación genética, alteraciones metabólicas y/o emocionales.

DESCRIPCIÓN DEL CUADRO

Falta de atención:

- Con frecuencia no termina las cosas que empieza

- A menudo parece no escuchar
- Se distrae con facilidad
- Tiene dificultades para concentrarse en tareas escolares
- Tienen problemas para seguir una actividad de juego.

Impulsividad:

- Suele actuar antes de pensar
- Cambia excesivamente de una actividad a otra
- Le es difícil organizar el trabajo
- Necesita de una supervisión muy constante
- Frecuentemente grita en clase
- Tiene dificultades para esperar su turno en juegos o situaciones de grupo.

Hiperactividad:

- Corre o se trepa por todos lados, excesivamente
- Tiene problemas para quedarse quieto o juguetea demasiado
- Le es difícil permanecer sentado
- Siempre anda desbocado o actúa como impulsado por un motor.

DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico se realiza a través de varios elementos:

- Pruebas psicológicas
- Electroencefalogramas
- Otras pruebas de laboratorio

Motivo por el cual, el especialista integrará esta información para determinar la presencia -o no- del problema.

TRATAMIENTO

El principal objetivo que se pretende en el tratamiento de los niños con T.D.A. es el de ayudarlos a enfocar y conservar su atención, teniendo un mejor control de las respuestas impulsivas.

Existen diferentes tipos de tratamientos:

- Medicamentos
- Técnicas psicológicas (psicoeducativas).
- Retroalimentación biológica cerebral (neurofeedback)

LA HIPERACTIVIDAD EN LOS NIÑOS

“No siempre puedes controlar lo que pasa fuera, pero sí puedes controlar siempre lo que pasa dentro.

Entre un 3 y un 5% de los niños escolarizados son hiperactivos:

- niños inquietos
- impacientes
- Impulsivos
- Que no se centran en objetivos o finalidades concretas
- Que saltan de una cosa a otra
- Que no atienden a lo que se les dice
- Niños que no "oyen", no "obedecen", no "hacen caso".

Aparece entre los dos y los seis años y comienza a remitir durante la adolescencia.

El problema real de los niños hiperactivos se plantea ante aquellas situaciones en las que se les exige control de los movimientos y mantenimiento de la atención” FRIENDLANDER, (2010, p. 32).

LOS SÍNTOMAS DEFINITORIOS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD SON:

- Actividad motora excesiva.
- Falta de atención y de control de impulsos.
- Se trata de niños desordenados, descuidados, que no prestan atención en clase.
- Cambian continuamente de tarea y presentan una actividad permanente e incontrolada, sin que vaya dirigida a un determinado objetivo o fin.
- Tienen dificultades para permanecer quietos o sentados.
- Suelen responder precipitadamente, incluso antes de haber finalizado la formulación de las preguntas.
- Además se muestran impacientes y no son capaces de esperar su turno en las actividades en las que participan más individuos.
- Interrumpen las actividades o tareas de los compañeros y miembros de la familia.
- Pueden fácilmente sufrir accidentes y caídas debido a que sus conductas reflejan una escasa conciencia del peligro.
- Son desobedientes, parece que no oyen órdenes de los adultos y, por tanto, no cumplen con sus instrucciones.
- Plantean problemas de disciplina por incumplir o saltarse las normas establecidas.
- Su relación con los adultos se caracteriza por desinhibición, suelen tener problemas de relación social y pueden quedar aislados del grupo de iguales.
- Asimismo, dan muestras de déficits cognitivos y son frecuentes los retrasos en habilidades motoras y del lenguaje, así como las conductas antisociales y la carencia de autoestima.

DISTINTOS MOMENTOS EN LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

“Los indicadores de hiperactividad en los distintos momentos evolutivos son los siguientes:

De 0 a 2 años: Problemas en el ritmo del sueño y durante la comida, períodos cortos de sueño y despertar sobresaltado, resistencia a los cuidados habituales, reactividad elevada a los estímulos auditivos e irritabilidad.

De 2 a 3 años: Inmadurez en el lenguaje expresivo, actividad motora excesiva, escasa conciencia de peligro y propensión a sufrir numerosos accidentes.

De 4 a 5 años: Problemas de adaptación social, desobediencia y dificultades en el seguimiento de normas.

A partir de 6 años: Impulsividad, déficit de atención, fracaso escolar, comportamientos antisociales y problemas de adaptación social.

Aproximadamente un 25% de los niños hiperactivos evolucionan positivamente, con cambios de conducta notables y sin que tengan dificultades especiales durante la adolescencia y la vida adulta.

Los niños que son hiperactivos en todos los ambientes tienen un peor pronóstico, porque sufren con más frecuencia las consecuencias negativas que sus comportamientos alterados provocan en la familia, colegio y grupo de amigos; de este modo, se vuelven más vulnerables y, por tanto, aumenta el riesgo de que desarrollen comportamientos antisociales. La coexistencia de conductas desafiantes, agresividad, negativismo e hiperactividad durante la infancia conlleva una evolución muy desfavorable, pues los problemas iniciales suelen agravarse en la adolescencia. En esta edad, el pronóstico incluye delincuencia, agresiones, deficiente rendimiento académico y, en general, una adaptación negativa” RODRÍGUEZ, (2010, p. 75).

NO TODOS LOS NIÑOS PRESENTAN LAS MISMAS CONDUCTAS ALTERADAS.

Los niños hiperactivos constituyen un grupo muy heterogéneo. No todos presentan las mismas conductas alteradas. No coinciden en su frecuencia e

importancia ni en las situaciones o ambientes en los que se muestran hiperactivos. Además, incluso difieren respecto al origen y posibles causas de sus problemas. Así, en la evaluación del niño hiperactivo intervienen varios profesionales, médicos (neurólogo, pediatra, psiquiatra), psicólogos y maestros, fundamentalmente buscando un criterio común para la puesta en marcha de la terapéutica a seguir.

La evaluación se concreta en las siguientes áreas:

- Estado clínico del niño.

Este aspecto se ocupa de los comportamientos alterados y anomalías psicológicas que presenta actualmente.

- Nivel intelectual y rendimiento académico.

Los informes que proporciona el colegio han de referirse a cómo es la conducta del niño y sus calificaciones académicas en el curso actual, y cómo han sido en años anteriores. En esta evaluación se tienen en cuenta tanto los aspectos positivos como los negativos.

- Factores biológicos.

Se evaluarán mediante un examen físico exhaustivo para detectar posibles signos neurológicos, anomalías congénitas u otros síntomas orgánicos que resulten de interés.

- Condiciones sociales y familiares.

Se analizan: nivel socioeconómico, comportamientos de los miembros de la familia, clima familiar, relaciones interpersonales, tamaño, calidad y ubicación de la vivienda familiar, normas educativas, disciplina, cumplimiento de normas y horarios, actitudes de los padres hacia los problemas infantiles, factores o acontecimientos desencadenantes de los conflictos.

- Influencia del marco escolar.

La evaluación de este aspecto está justificada por el papel que desempeña la escuela tanto en la detección de las alteraciones infantiles como en el tratamiento posterior. El interés se centra en dos áreas: factores personales y organización estructural del centro. Respecto a los factores personales, se analizan las actitudes de los maestros cuando los alumnos violan la disciplina o incumplen las normas escolares, así como las pautas de conducta que estos profesionales adoptan cuando han de dirigir las clases; en definitiva, se trata de averiguar si son profesores autoritarios o flexibles. En cuanto a la organización del centro, interesa sobre todo los aspectos materiales y de funcionamiento, así como la ubicación del mismo y su estructura organizativa.

Además de los exámenes neurológicos que se apoyan en los datos proporcionados por el electroencefalograma y la cartografía cerebral, así como de la exploración pediátrica que insiste en ensayos de coordinación y persistencia de movimientos, la valoración de la hiperactividad se completa con una evaluación psicológica que tiene varios ejes: información proporcionada por adultos significativos para el niño (padres y profesores), informes del propio niño y observaciones que sobre su conducta realizan otras personas en el medio natural.

SUGERENCIAS Y/O RECOMENDACIONES PARA LLEVAR A CABO EL TRATAMIENTO DE LA HIPERACTIVIDAD.

“Toda iniciativa terapéutica en el campo infantil persigue el objetivo común de favorecer la adaptación y el desarrollo psicológico de los niños. Son numerosos los autores que se preguntan si el trastorno se resuelve mediante una intervención terapéutica centrada exclusivamente en el niño, o si, por el contrario, es necesario llevar a cabo actuaciones específicas sobre la familia y el colegio para implicar a los padres y el maestro en la terapia. En todo caso, el tratamiento de la hiperactividad consiste, desde hace varias décadas, básicamente en la administración de fármacos, así como en la aplicación de métodos conductuales y cognitivos (métodos psicológicos). Ambas modalidades de tratamiento han

obtenido éxito al mejorar el comportamiento del niño en distintos aspectos. Así, las terapias que combinan medicación y métodos conductuales y cognitivos pretenden que los efectos conseguidos por los fármacos y técnicas conductuales por separado, se sumen y acumulen para lograr que el niño mejore globalmente y su mejoría sea estable y mantenida a través del tiempo” Barón (2010 p. 63)..

- Tratamiento farmacológico: A corto plazo se ha observado disminución del nivel de actividad motora, aumento de la atención y mejoría en el rendimiento de los test de atención en el laboratorio.
- Tratamiento conductual-cognitivo: Los métodos se orientan hacia el control de las conductas alteradas y suponen que éstas dependen de factores, acontecimientos o estímulos presentes en el ambiente. Por lo tanto, al controlar las circunstancias ambientales es posible reducir, alterar y mejorar el comportamiento infantil.

ORIENTACIONES PRÁCTICAS PARA AYUDAR AL NIÑO HIPERACTIVO

Aunque no podamos influir decisivamente en la aparición del problema, sí podemos contribuir a mejorar su evolución.

1. En primer lugar, enseñando a los propios niños hiperactivos a practicar ejercicios físicos y actividades encaminados a incrementar la inhibición muscular, relajarse, aumentar el control corporal y la atención y, en consecuencia, adaptarse a las tareas y demandas que se le plantean, sobre todo en el colegio.
2. En segundo lugar, actuando en el ambiente familiar y social que ejerce en todo caso una influencia determinante en el pronóstico de estos niños. Bajo orientaciones y sugerencias específicas para que padres y profesores adopten actitudes positivas hacia sus hijos y alumnos, y pongan en práctica normas de actuación correctas que favorezcan las interacciones y faciliten la convivencia familiar y escolar.

El modo más eficaz de prestar ayuda a los niños hiperactivos pasa por mejorar el clima familiar, las habilidades de los padres y maestros para

controlar los comportamientos anómalos y eliminar las interacciones negativas entre adultos y niños, y de esta forma evitar las experiencias de fracaso y rechazo que éstos sufren habitualmente.

Sin embargo, no basta con ser más tolerantes y pacientes; los expertos coinciden en aconsejar que los adultos, además de estas actitudes, deben adoptar normas apropiadas de actuación que incluyen tanto establecer reglas explícitas para regular la convivencia como administrar castigos cortos pero eficaces.

Algunas de las pautas recomendadas para favorecer las interacciones positivas entre padres e hijos son:

- Si los padres establecen normas de disciplina es muy importante que las hagan explícitas, es decir, que el niño sepa exactamente qué es lo que se espera de él.
- Las instrucciones y respuestas verbales de los adultos han de ser breves, precisas y concretas.
- La respuesta de los padres ante la violación de las normas ha de ser proporcional a la importancia de la infracción. Es aconsejable que, antes de responder, los adultos se detengan unos instantes a pensar y valorar desapasionadamente lo ocurrido.
- Es conveniente que los padres respondan a los actos de indisciplina con comportamientos concretos y previstos. No es aconsejable que lo hagan con castigos físicos. Por el contrario, es muy efectivo en los casos de incumplimiento de responsabilidades, como, por ejemplo, no acabar una determinada tarea comprometida de antemano, que los niños pierdan algunos privilegios ya adquiridos.
- Los castigos deben tener una duración limitada, no es útil prolongarlos sistemáticamente, pues son difíciles de cumplir, pueden originar en el niño ansiedad y sentimientos negativos con quien los molesta.

- Tratándose de niños hiperactivos, no es aconsejable que los padres limiten las salidas de casa y los contactos con amigos, lo importante es estar vigilarlos.
- Conviene establecer hábitos regulares, es decir, horarios estables de comida, sueño, para ver la televisión, hacer los deberes, entre otras actividades.
- Los adultos deben estar atentos y discriminar las señales que prevén la proximidad de un episodio de rabietas, desobediencia, rebeldía, etc.; de este modo, les será fácil controlarlo alejando al niño de la situación conflictiva, facilitándole juguetes que le puedan distraer, etc.
- Cuando el niño tiene que realizar tareas nuevas, es útil ensayar con él para guiar su actuación.
- Es esencial que los adultos adopten un enfoque positivo en sus relaciones con los niños.
- Conviene no olvidar los efectos del aprendizaje social. Los niños observan lo que ocurre a su alrededor y después reproducen los comportamientos aprendidos.

¿QUÉ PUEDE HACER EL MAESTRO POR EL NIÑO HIPERACTIVO?

Ayudarle a que aprenda a controlar su comportamiento en el aula, lo que repercutirá en una mejor relación con los demás, en unos mejores resultados académicos y en una mejora de su autoestima.

¿CÓMO AYUDARLE A QUE MEJORE LAS RELACIONES CON SUS COMPAÑEROS?

Enseñándole habilidades sociales básicas y habilidades de solución de problemas interpersonales.

¿CÓMO HACER QUE EL NIÑO NO SE DISTRAIGA TANTO EN LA CLASE?

Estructurando las tareas en tiempos cortos, permitiendo que haga descansos al concluir las mismas, reforzando los períodos de atención, controlando el ambiente para que haya los menores elementos de distracción posibles.

¿CÓMO AYUDARLE A QUE ADQUIERA CONTROL SOBRE SU MOVIMIENTO?

Enseñándole ejercicios de control muscular, ejercicios de relajación.

¿EN QUÉ CONSISTE EL ENTRENAMIENTO COGNITIVO CON EL NIÑO HIPERACTIVO?

Fundamentalmente en enseñarle a pensar antes de actuar para que regule su comportamiento, tanto a la hora de enfrentarse a una tarea como en sus relaciones interpersonales.

OPERATIVIDAD DE LOS LINEAMIENTOS PROPOSITIVOS

TEMA	CONTENIDOS	ACTIVIDADES	FECHA	RESPONSABLE	RECURSOS
HIPERACTIVIDAD	Estudio con los padres de familia y profesores documentos que expliquen en qué consiste el síndrome de hiperactividad, sus causas, consecuencias y posibles tratamientos	Conferencia sobre la hiperactividad Comentarios sobre la conferencia Recepción de criterios y opiniones por parte de los docentes y padres de familia. Elaboración de conclusiones	3-07-2012	Lic. Jenny Ortiz Silva	Material Audicovisual Proyector Expositor invitado Padres de Familia Maestras parvularias Computadora Flash Diapositivas Copias

j. BIBLIOGRAFÍA

- * American Psychiatric Association. DSM-5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-5
- * ARÓN (2000) Ana María. Clima escolar: interacción escolar. Ediciones Universidad Santiago de Chile. Chile.
- * ARENDI, H. (1998). Interacción escolar: la condición humana. Editorial CPU. España.
- * Arias, V. (2001). Interacción escolar para la democracia. Ediciones Universidad de Santiago de Chile. Chile.
- * ASSAEL, C. (1998). La teoría de las interacciones escolares, estructura cognitiva. Servicio editorial de la Universidad de Santiago de Chile. Chile.
- * BLAU, P. (2013). Elementos de la interacción. Editorial Gedisa. Barcelona.
- * BRAUN (2006) JM, Kahn RS, Froelich T, Auinger P, Lanphear BP. Exposures to environmental toxicants and attention-deficit/hyperactivity disorder in U.S. children. Environ Health Perspect. Dec;114(12):1904-9.
- * BIEDERMAN (1992) J. et al., Further evidence for family-genetic risk factors in attention-deficit hiperactivity disorder. Patterns of comorbidity in probands and relatives psychiatrically and pediatically referred samples. Arch Gen Psychiatry.1992 Sep;49(9):728-38.
- * CASAS (2009) M. et al, Comprender el TDAH en adultos. Barcelona: Editorial Amat.
- * CARDO (2011) E. et al. The influence of different diagnostic criteria and the culture on the prevalence of attention deficit hiperactivity disorder. Rev Neurol.2011;52(1):S109-S17.
- * CATALÁ-LÓPEZ (2012) F, Periró S, Ridao M et al. Prevalence of attention déficit hyperactivity disorder among children and adolescnets in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. BMC Psychiatry. 2012; 12:168.
- * CRUZ, G. (1998). Diagnóstico del trastorno hiperactivo: lecciones de Neurología Pediátrica. Ediciones Mayaypa. España.

- * DELGADO, I. (2003). Niños con dificultades de hiperactividad. Ediciones Tea. España.
- * DÜRSTELER, (2000) Juan. Interacción escolar: educación y diálogo, Editorial Planeta, Colombia.
- * DÍAZ (2005) Atienza J. Clínica y etiología del TDAH Psiquiatra Infantil, Almería. Lorca, 2005. [Actualizado el 7 Jun 2009].
- * FARAONE (2005) SV. et al. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. Biol Psychiatry. 2005 Jun ;57(11):1313-23. Epub 2005 Jan 21.
- * GARCÍA (2001). Castaño, Fernando. Trastornos por Déficit de Atención Hiperactividad: guía básica. Ediciones Hispolis. Puerto Rico.
- * GONZÁLEZ (2006) Acosta, Eder. Trastorno de hiperactividad en el salón de clases. Editorial San Gabriel. España.
- * GODELIER, M. (2010). Procesos de la interacción social. Editorial McGraw-Hill. México.
- * Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Edición: 2010. Edita Ministerio de Ciencia e Innovación
- * HERREROS (2000). O, Rubio B, Sánchez F, Gracia R. Etiology of ADHD: A Review. Rev Psiquiatr Infanto-Juv. 2002;19(1):82-8Lopera, F; Palacios, L; Jiménez I. Terapia psicopedagógica: problemas educativos. Ediciones Neval. México.
- * KESSLER (2004) rc. et al. The world mental healyh (WMH) survey initiative versión of the world health organization (WHO) composite international diagnostic interview (CIDI). Int J Methods Psychiatr Res.;13(2):93-121.
- * ME (2010). Actualización Fortalecimiento Curricular Educación General Básica, Primer Año. Editorial del ME.
- * MIRANDA, A. (2001). Trastornos de hiperactividad. Ediciones Promo-libro, España.
- * NARBONA, J. (1999). Impulsividad infantil. Editorial Children. México.

- * ORJALES (2002). Villar, Isabel. Déficit de atención con hiperactividad: manual para padres y educadores. Editorial CEPE. SL. España.
- * PASCUAL-CASTRO-VIEJO, I. (2001). Guía práctica diagnóstico del síndrome de hiperactividad. Editorial Viguera. España.
- * PALAGOT (2000), Fátima. Sintomatología de la hiperactividad, Editorial Trillas, México.
- * POLANCZYK (2007) G et al. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. Am J Psychiatry.;164:942-8
- * QUINTERO (2011) J, Loro M, Jiménez B, García Campos N. “Aspectos evolutivos del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): de los factores de riesgo al impacto socioacadémico y a la comorbilidad” Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría.;22:101-8
- * REPETO, E. (1990). Ayuda cognitiva en la hiperactividad. Revista de Investigación Educativa. Volumen Nº 8. Universidad de Buenos Aires. Argentina.
- * RODRÍGUEZ (2013) Hernández P.J. et al, Conocimiento de la población general sobre el TDAH presentado en 62º Congreso de la Asociación Española de Pediatría (AEP), 2013.
- * RODRÍGUEZ, A. (2010). Psicología Social. Editorial Labor. Barcelona.
- * STEINHAUSEN (2009) HC. et al. Co-existing ppsychiatric problems in ADHD in the ADORE cohort. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2006 Dec; 15 Suppl 1:125-9. Fe de erratas en: Eur Child Adolesc Psychiatry. 2009 Mar;18(3):194-6.
- * SOUTULLO (2011) Esperón C., Guía esencial de psicofarmacología del niño y del adolescente. Madrid: Editorial Médica Panamericana.2011
- * SANTORUM, J. (2000). Psicoanálisis e hiperactividad. Revista Asociación Psicosomática de Madrid. España.
- * TRIENLAND, BIAM. (2010). Educar con inteligencia. Editorial Labor. Barcelona.
- * ULLMAN, R. (1983). Atención al niño hiperactivo: lecciones recomendadas. Editorial Kapelusz. España.

- * WITTCHEN (2011) HU, Jacobi F, Rehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol. 2011;21:655-79.
- * WALLON, (1979). He4rry. Trastorno de hiperactividad. Ediciones Promo-Libro. España.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

Área de la Educación, el Arte y la Comunicación

NIVEL DE POSTGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN EDUCACIÓN INFANTIL.

TEMA:

“EL TRASTORNO: SÍNDROME DE HIPERACTIVIDAD (TDA/H) Y SU INCIDENCIA EN LAS INTERACCIONES ESCOLARES DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DEL PRIMER AÑO DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DE LOS CENTROS EDUCATIVOS: “JULIO ORDÓÑEZ ESPINOZA” Y “JOSÉ ÁNGEL PALACIOS” DE LA CIUDAD DE LOJA, PERÍODO 2011-2012. LINEAMIENTOS PROPOSITIVOS”

PROYECTO DE TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER EN EDUCACIÓN INFANTIL.

AUTORA:

Lic. Jenny Ortiz Silva

ASESOR:

Dr. Mg. Angel Cabrera

LOJA – ECUADOR

2012

a. TEMA

“EL TRASTORNO: SÍNDROME DE HIPERACTIVIDAD (TDA/H) Y SU INCIDENCIA EN LAS INTERACCIONES ESCOLARES DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DEL PRIMER AÑO DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DE LOS CENTROS EDUCATIVOS: “JULIO ORDÓÑEZ ESPINOZA” Y “JOSÉ ÁNGEL PALACIOS” DE LA CIUDAD DE LOJA, PERÍODO 2011-2012. LINEAMIENTOS PROPOSITIVOS”

b. PROBLEMÁTICA

1.1. CONTEXTUALIZACIÓN

ANTECEDENTES

El trastorno por síndrome de hiperactividad, conocido como trastorno del déficit de atención con hiperactividad TDA/H. De acuerdo al diagnóstico de la OMS en mayo del 2011, afecta del 2 al 4% de la población mundial de niños varones en edad escolar, (OMS, 2011) tiene una gran variación de síntomas que oscilan de la casi normalidad hasta los desórdenes emocionales y comportamientos de la personalidad; es un síndrome interesante estudiado y polémico por la presencia de hiperactividad y la impulsividad en niños en período de su desarrollo.

El manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales (DSM-IV, 2000) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), señala que la hiperactividad es un trastorno de origen neurobiológico, el cual provoca la desatención de destrezas importantes para el desarrollo, social, emocional, y físico. Según el doctor García Castaño (2001), el TDA/H es un trastorno del desarrollo de naturaleza bio-comportamental que constituye un desorden biológico con muchas repercusiones en la conducta de la niña y el niño que la padece, además es considerado como una perturbación de la conducta con consecuencias en la interacción escolar.

La causa principal del TDA/H es el trastorno de la conducta de la niñez más comúnmente diagnosticado que afecta aproximadamente de 3 a 5% de los niños en edad escolar, el mismo que se diagnostica mucho más frecuentemente en niños que en niñas.

El TDA/H puede ser hereditario, pero no está claro que lo causa exactamente, pero cualquiera que sea su causa, parece iniciarse muy temprano en la vida a medida que el cerebro se está desarrollando, se indica que a través de estudios imagen lógicos se puede decir que los cerebros de los

niños con trastorno de hiperactividad con déficit de atención TDA/H son diferentes de los cerebros de otros niños.

Otra causa es la depresión, la falta del sueño, las dificultades de aprendizaje, los trastornos de tics y los problemas de comportamiento, se pueden confundir al aparecer junto con el TDA/H. Cuando se sospecha que un niño padece este trastorno, debe ser examinado cuidadosamente por un médico en Neuropediatría, para descartar otras posibles afecciones o razones de este comportamiento.

La mayoría de los niños con TDA/H también tienen al menos otro problema de desarrollo o de comportamiento, igualmente pueden ser de tipo psiquiátrico, como depresión o trastorno bipolar

Los síntomas más frecuentes de una niña o niño con trastorno del síndrome de hiperactividad pueden ser clasificados según el déficit de atención, hiperactividad e impulsividad, entre los más importantes en aparecer son: Dificultad para resistir a la distracción; dificultad para mantener la atención en una tarea larga; dificultad para atender selectivamente; dificultad para explorar estímulos complejos de una manera ordenada; actividad motora excesiva o inapropiada; dificultad para acabar tareas ya empezadas; dificultad para mantenerse sentados y/o quietos en una silla, entre otros.

El problema en la familia trae consecuencias con la niña o niño hiperactivo de gran preocupación e inestabilidad, donde los padres suelen definir a un hijo como inmaduro, maleducado, indisciplinado, grosero, molesto, conflictivo y rechazo; además presentan irritabilidad, se sienten frustrados en el éxito educativo y tienden al aislamiento social.

1.2. SITUACIÓN ACTUAL DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Para poder contar con elementos claros, precisos, que reflejen veracidad y fundamentalmente que sea un problema de actualidad, se hizo un diagnóstico preliminar, con docentes, padres de familia y estudiantes de los centros

educativos: Julio Ordóñez Espinoza y José Ángel Palacios, a fin de poder contar sus criterios y opiniones, que sirvan para identificar la posible problemática a existir. Se trabajó con 20 niñas, dos profesoras y 20 padres de familia, mismos que respondieron al cuestionario planteado y se logró determinar que en verdad sí existen problemas referidos al Síndrome de Hiperactividad en lo que corresponde a las interacciones escolares de las niñas y niños de estos importantes centros escolares.

A decir, de las personas auscultadas, este trastorno se detecta antes de los 5 años y unos tienen síntomas más graves que otros, pero hay que tener en cuenta, que si los padres presionan exageradamente al niño hiperactivo, pueden estar fomentando un déficit de autoestima por su parte se realimentan el trastorno, ya que el pequeño acabará por no esforzarse por portarse bien, pues verá que siempre acaban regañándole haga lo que haga.

Es un trastorno de origen es de tipo neurobiológico que se define en tres características bien definidas: hiperactividad, impulsividad e inatención, las cuales pueden presentarse solas o combinadas de acuerdo al caso. El TDA/H es deficiente porque la química cerebral y de ciertas zonas del cerebro que se manifiestan en el comportamiento, impulsividad, atención y las interacciones escolares. De estos estudios neurológicos y genéticos se encuentran aspectos relevantes:

- El flujo sanguíneo en la región pre-frontal del cerebro y en el núcleo caudado que forman el sistema límbico, se encuentra disminuido por falta de un flujo sanguíneo normal.
- El metabolismo de la glucosa en esta misma región es baja, de tal manera que cada conjunto de reacciones de matriz ocurren dos veces durante el metabolismo de una sola molécula de Glucosa.
- Estudios hechos con Resonancia Magnética demuestran algunas diferencias anatómicas.

Los síntomas del trastorno del síndrome de hiperactividad surgen en la niñez temprana, a menos que estén asociados a un daño cerebral, se clasifican en tres tipos:

- Trastornos con o sin hiperactividad.
- Trastornos de tipo predominante hiperactivo-impulsivo.
- Trastornos de interacción, hiperactividad e impulsividad en el ambiente escolar.

Sobre el problema del TDA/H en Ecuador, se puede decir que existe muy pocas referencias de estudios realizados, dentro de las estadísticas, Miguel Rufo Cantos, experto en hiperactividad, alerta por la alta tasa de divorcios que se dan en estos núcleos familiares, pero no son sólo estos niños los causantes de las rupturas de sus padres; si bien es verdad que la sobrecarga que provocan y estrés que les crean son fuente de conflicto, en muchos casos, los padres también tienen un TDA/H, al transmitirse éste genéticamente en el 80% de los casos, cuyo comportamiento del niño a largo plazo se puede predecir en función de los padres, de ahí la importancia de la psicoeducación, sin embargo, poca atención se está dando en el campo de la educación y salud, pero son muchos los casos que se presentan en la Educación General Básica, sin que se proceda al diagnóstico y al respectivo tratamiento.

Estos problemas que se ha mencionado, se observan en los centros educativos de la localidad, y sin lugar a dudas en todo el territorio nacional; además, frente a esta situación la maestra de educación infantil, muchas de las veces no cuenta con las herramientas necesarias para manejar oportunamente estos casos.

Con esta información que se brinda, misma que se la obtuvo a través del diagnóstico hecho y en concordancia con la problemática planteada, surge la necesidad de identificar el problema principal y los problemas derivados, mismos que se refieren a lo siguiente:

1.3. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Problema principal

¿Cuáles son las causas esenciales por las que los docentes del Primer Año de Educación Básica no cuentan con la fundamentación teórica necesaria que les permita identificar y realizar un adecuado manejo del síndrome de hiperactividad que presentan las niñas y niños del Primer Año de Educación General Básica, en las interacciones escolares, así como a su adecuado manejo por parte de docentes y padres de familia?

Problemas Derivados

¿Cuántos casos del síndrome de hiperactividad existen en el primer año de educación general básica y, como inciden, en las interacciones escolares de las niñas y niños?

¿Cómo se manifiestan las formas de interacciones escolares en las niñas y niños que padecen el síndrome de hiperactividad?

1.4. DELIMITACIÓN

DELIMITACIÓN TEMPORAL:

- La investigación se centrará en el período académico 2012-2013.

DELIMITACIÓN ESPACIAL:

- La investigación propuesta se enmarca en el ámbito del Área de La Educación, El Arte y La Comunicación de la Universidad nacional de Loja, mismo que se ejecutará sobre el trastorno: síndrome de hiperactividad en los centros educativos “Julio Ordóñez Espinoza” y “José Ángel Palacios” de la ciudad de Loja.

1.4.1. UNIDADES DE ESTUDIO

- Estudiantes del Primer Año de Educación General Básica de los Centros Educativos “Julio Ordóñez Espinoza” y “José Ángel Palacios” de la ciudad de Loja.
- Docentes del Primer Año de Educación General Básica de los Centros Educativos “Julio Ordóñez Espinoza” y “José Ángel Palacios” de la ciudad de Loja.

c. JUSTIFICACIÓN

Es importante que en la actualidad se cuente en nuestro medio con estudios e instrumentos adecuados para el diagnóstico y tratamiento del trastorno del síndrome de hiperactividad en los centros educativos de Educación General Básica, principios válidos que apoyen a la formación integral de las niñas y niños, así como al buen desempeño de los docentes en las interacciones de los estudiantes.

Este proyecto de investigación se propone realizar un estudio sobre cómo valorar el trastorno del síndrome de hiperactividad y su incidencia en el paradigma científico conductista de las interacciones escolares, al mismo tiempo contar con evidencias de acontecimientos que presentan los niños con trastornos de hiperactividad, pero que por falta de un manejo adecuado de los docentes se presentan barreras de comportamiento y también preocupación de los padres de familia.

Como se puede evidenciar, observar y constatar, es una investigación aplicada al campo psicopedagógico y por su importancia se propone conocer en el proceso de estudio a los estudiantes de los centros educativos, aplicar procedimientos psicológicos para diagnosticar y dar el tratamiento específico a la hiperactividad.

La investigación se caracteriza por ser un tema de actualidad, dada su pertinencia y factibilidad, que ha llamado la atención en todas sus instancias administrativas, en docentes y padres de familia; además, antes, en el proceso y después de la investigación con la participación de especialistas, investigadores, médicos pediatras, pedagogos, quienes con su apoyo permitirán encontrar las metodologías estratégicas más efectivas y eficaces para la prevención de los niños en las instituciones de Educación General Básica que se encuentran en riesgo.

Además, la investigación se justifica, por ser de interés comunitario y de las autoridades de las instituciones educativas que son objeto de estudio, porque

se encuentran atentos a conocer aspectos importantes de esta problemática, a fin de poder orientar su acción pedagógica de manera adecuada, así como, existe la disponibilidad de entregar la información que se requiera, recursos humanos, con el propósito de que se obtengan resultados satisfactorios toda vez que se contará con la presencia de los padres de familia, quienes han expresado su apoyo muy significativo, cuya realización será operativa de tiempo inmediato.

Por último interesa a la investigadora, tratar un problema que permite valorar el estudio del síndrome de hiperactividad a las niñas y niños del Primer Año de Educación General Básica y a la vez cumplir con una exigencia institucional e integrarse al reto de profesionales que forma la Universidad Nacional de Loja.

d. OBJETIVOS

Objetivo General

- Analizar si los docentes del Primer Año de Educación Básica cuentan con la fundamentación teórica necesaria que permita identificar y realizar un adecuado manejo del síndrome de hiperactividad que presentan las niñas y niños del Primer Año de Educación General Básica, en las interacciones escolares, así como a su adecuado manejo por parte de docentes y padres de familia.

Objetivos Específicos

- ¿Conocer si existen casos del síndrome de hiperactividad en las niñas y niños del Primer Año de Educación General Básica?
- Determinar las formas de interacción escolar que registran las niñas y los niños que padecen del síndrome de hiperactividad, y cómo se presentan los tipos de atención que reciben de docentes y padres.
- Formular lineamientos alternativos.

e. MARCO TEÓRICO

ESQUEMA MARCO TEÓRICO

5.1. SÍNDROME DE HIPERACTIVIDAD (TDA/H)

- 5.1.1. Introducción del problema general
- 5.1.2. Conceptos de síndrome de hiperactividad (TDA/H)
- 5.1.3. Factores de hiperactividad (TDA/H)
- 5.1.4. Tipos de hiperactividad (DA/H)
 - 5.1.4.1. Hiperactividad impulsiva
 - 5.1.4.2. Falta de atención
 - 5.1.4.3. El mixto o combinado
 - 5.1.4.4. Falta de madurez
- 5.1.5. Trastornos de tipo predominante hiperactivo-impulsivo
- 5.1.6. Trastornos de interacción, hiperactividad e impulsividad
- 5.1.7. Características del síndrome de hiperactividad
 - 5.1.7.1. Falta de atención
 - 5.1.7.2. Dificultad de aprendizaje
 - 5.1.7.3. Problemas de conducta
 - 5.1.7.4. Falta de madurez
- 5.1.8. Síntomas del síndrome de hiperactividad (TDA/H)
- 5.1.9. Evaluación integral de la hiperactividad
- 5.1.10. Tipos de atención a niños con síndrome de hiperactividad TDA/H
 - 5.1.10.1. Tratamiento terapéutico

5.2. INTERACCIONES ESCOLARES

- 5.2.1. Fundamentación teórica de interacciones escolares
- 5.2.2. Conceptualización de interacciones escolares
- 5.2.3. Características de las interacciones escolares
- 5.2.4. Factores de las interacciones escolares
- 5.2.5. Interacciones y clima escolar
- 5.2.6. Identidad y autonomía, convivencia

DESARROLLO DEL MARCO TEÓRICO

Paradigma de la investigación

Como sucede con todas las condiciones, el TDA/H puede manifestarse con distintos grados de intensidad, en los casos leves, la sintomatología está débilmente representada y, aunque la conducta exhibe los rasgos propios del síndrome, el daño que se registra no suele ser de grandes proporciones. Los casos severos no abundan y generalmente reciben tratamiento temprano en la vida del niño, pero si la intensidad es moderada, regular o intermedia, ocurre con frecuencia que los maestros advierten la conducta irregular y aconsejan a los padres que realicen una consulta profesional.

Los niños hiperactivos molestan continuamente, no se puede estar a su lado, es decir, que nunca se puede tomar como criterio de hiperactividad el grado con que un adulto se siente molestado por la conducta de un niño, sin embargo 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.

El trastorno de la hiperactividad ha sido conceptualizado tomando en cuenta diferentes aspectos, lo que ha dado origen a diversas aproximaciones teóricas y estrategias de intervención derivadas de las mismas. No obstante, en los últimos tiempos la hiperactividad ha sido considerada específicamente como un trastorno de la atención y es desde esta perspectiva que abordaremos su estudio: trastornos con o sin hiperactividad; hiperactivo-impulsivo e impulsivo en el ambiente escolar.

En lo que se refiere al enfoque conductual esta investigación tiene sus fundamentos en el análisis experimental de la conducta originalmente planteado por Skinner, del cual se derivó lo que se conoce como Análisis Conductual Aplicado entre cuyas aplicaciones se encuentra en el ramo educativo y, específicamente en el problema que se está investigando sobre la hiperactividad infantil y sus interrelaciones escolares.

Es importante mencionar que el síndrome de hiperactividad se centra en un paradigma explicativo denominado Enfoque Cognitivo Conductual, cuyo énfasis está localizado en el rol de las autoverbalizaciones como instrumentos mediadores que sirven de guía en la actuación, regulando y controlando la conducta.

En el tratamiento, el niño hiperactivo e impulsivo estará expuesto a un modelo que exhibe estrategias específicas de auto instrucción en donde la niña o el niño debe aprender a implementar, crear y verbalizar instrucciones verbales que concilien el pensamiento con las interacciones escolares, y desde esta perspectiva se ratifica un estudio de tipo conductista.

5.1. SÍNDROME DE HIPERACTIVIDAD (TDA/H)

5.1.1. Introducción del problema general

El síndrome de déficit de hiperactividad TDA/H, es el término por el cual se conoce como un síndrome caracterizado por tres síntomas nucleares de trastornos como son la inatención, la hiperactividad y la impulsividad, aunque como veremos más adelante no siempre tienen que estar presentes conjuntamente, puesto que existen subtipos dentro de esta entidad nosológica.

Hoffman en 1844, descubre por primer vez la sintomatología de un a través de un niño inquieto, que no se acostumbraba a estar sentado y se movía constantemente, luego el George Frederic Still, fue quien realizara la primera descripción de la hiperactividad dándole el nombre de TDA/H,

“El trastorno por hiperactividad TDA/H es una enfermedad neuroconductual que se caracteriza por una inquietud excesiva, falta de atención, distracción e impulsividad. Por lo general, se detecta por primera vez cuando los niños están en edad escolar, aunque también puede diagnosticarse en personas de todas las edades. Según las investigaciones, en un salón de clases promedio de 30 estudiantes, por lo menos uno padecerá TDAH” (Miranda, 2001).

Uno de los grandes investigadores de la psicología del desarrollo infantil francesa ha sido el médico Henri Wallon, a partir de sus tesis doctoral describe las grandes leyes del desarrollo psicomotor. “Según él el niño debe pasar por cuatro estadios obligatoriamente: el impulsivo, el emotivo, el sensorio-motor y el proyectivo. Sería la única forma de poder acceder a la conciencia de sí mismo y a la inteligencia práctica. La hiperactividad representaría una parada del desarrollo psicomotor en alguno de los anteriores estadios. Describe cuatro grandes síndrome psicomotores con el síntoma común de la hiperactividad:

- “El síndrome de asinergia motora y mental. Consecuencia de una afección cerebelosa.
- Síndrome psicomotor con hipertonia. Consecuencia de una alteración extra-piramidal.
- Síndrome de automatismo emotivo-motor. Secundario a una alteración del aparato opto-estriado.
- El síndrome de insuficiencia frontal. Sería debido a una hipofunción pre-frontal” (Wallon; 1979).

Es normal que muchos niños tengan altos niveles de actividad y les cueste prestar atención durante períodos prolongados, pero quienes padecen TDA/H, presentan una hiperactividad y falta de atención excesivas que interfieren con el comportamiento cotidiano. Algunos niños que sufren este hiperactividad sólo tienen problemas de atención; otros sólo tienen problemas de hiperactividad e impulsividad; otros niños tienen ambos problemas. Con el tiempo, los niños que padecen TDA/H tienden a ser menos hiperactivos e impulsivos, pero, con frecuencia, siguen teniendo problemas de falta de atención, distracción y organización.

El trastorno por hiperactividad TDA/H es una patología de alta prevalencia dentro del desarrollo neurológico del niño y que compromete un grupo de problemas relacionados con la falta de atención, hiperactividad e impulsividad generándole una importante dificultad para realizar eficientemente sus actividades diarias y académicas.

El TDA/H es un cuadro sintomático tremendamente heterogéneo desde el punto de vista clínico y pronóstico, aunque tradicionalmente se ha relacionado con una situación clínica típica de la infancia, en la actualidad se define como un trastorno crónico sintomáticamente evolutivo. Los niños afectos se muestran inquietos y dispersos en los primeros años de edad, e incluso, en los primeros meses de vida, el cuadro se hace especialmente notable a partir de los tres primeros años, mostrando una diversidad clínica e intensa a partir de los seis años de edad, durante la etapa escolar.

El TDA/H puede interferir con el rendimiento del niño en la escuela y la capacidad de desarrollar y mantener interrelaciones escolares con sus compañeros, puede aumentar el riesgo de que la niña o el niño dejen la escuela o tenga problemas de disciplina.

El interés científico y social del trastorno de hiperactividad se fundamenta en varios puntos esenciales: sus elevados índices de prevalencia, las repercusiones que acarrea a largo plazo y su carácter crónico. Este trastorno constituye una de las causas más comunes de remisión a psicólogos, médicos de familia, pediatras, neuropediatras, y psiquiatras infantiles.

Por otra parte, el fracaso escolar, el abandono de la escuela, las conductas adictivas y los problemas afectivos se encuentran entre los resultados más preocupantes que se asocian con el TDA/H. “Su carácter crónico hace que el problema persista en proporciones preocupantes en la primera infancia, si no son controlados a tiempo en adolescencia y en la etapa de vida adulta la conducta de su personalidad es la más afectada. Aunque los problemas de los niños hiperactivos suelen reducir su severidad, muchas de sus dificultades en el ajuste socio personal, sobre todo cuando no se han tratado, se mantienen en la juventud y en la adultez” (González, 2006).

Scandar, sostiene que la gran mayoría de las investigaciones sugiere que el TDA/H es altamente hereditario en su naturaleza, siendo éste uno de los enfoques mejor fundados, “es cuatro veces más frecuente en las familias en las que existe un miembro que adolece del mal; si se trata de gemelos idénticos, la

frecuencia es aún más alta, lo que sugiere firmemente la validez de la hipótesis genética, expresa que la investigación en las ciencias genéticas ha demostrado que muchas de las características medulares de los seres humanos son heredadas al momento de nacer. Así como se hereda el color de los ojos, la capacidad de aprender es también una de esas características humanas medulares que se heredan genéticamente” (Orjales, 2002).

Los resultados se mencionan a continuación: “de un 20 a un 30% de los padres de niños hiperactivos manifestaron conductas de este tipo durante la infancia; existe una mayor incidencia de hiperactividad en hermanos de hiperactivos que entre hermanos de niños que no tienen la condición; la hiperactividad es más común entre varones hijos de ambos padres que de padres distintos; y, por último, los padres coinciden en describir las características propias de la hiperactividad con mayor frecuencia en los gemelos idénticos que en los llamados mellizos” (Orjales, 2002).

5.1.2. Concepto de síndrome de hiperactividad (TDA/H)

Según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), de la Asociación Americana de Psiquiatría, por sus siglas (APA), “el trastorno de déficit de atención e hiperactividad es uno de tipo neurobiológico, el cual provoca la desatención de destrezas importantes para el desarrollo académico, social, emocional y físico. La característica principal del déficit es un patrón persistente de desatención e hiperactividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar” (APA, 2000).

El TDA/H “es un trastorno del desarrollo de naturaleza bio-comportamental, que constituye un desorden biológico con amplias repercusiones en la conducta del que lo padece. Se trata de uno de los trastornos que se inician en la niñez, y su aparición varía de persona a persona. Se considera un desorden del comportamiento que, en palabras sencillas, significa una perturbación de la conducta, la que tiene un origen biológico. Sus manifestaciones forman parte de conductas que presentan todos los individuos; aunque la frecuencia e

intensidad varían de individuo a individuo. Es un trastorno heterogéneo; esto quiere decir que la manifestación de los síntomas no es igual entre las personas que lo padecen. De hecho, rara vez una persona presenta la totalidad de los síntomas. Esta particularidad tan especial ocasiona manifestaciones diversas del mismo desorden” (García, 2001).

Orjales Villar, al (TDAS/H), define el déficit como un trastorno del desarrollo concebido como retraso en el desarrollo, que constituye una pauta de conducta persistente, caracterizada por inquietud y falta de atención excesiva, y que se manifiesta en situaciones que requieren inhibición motora. Estas suelen aparecer entre los dos y los seis años y comienza a remitir durante la adolescencia” (Orjales, 2002).

5.1.3. Factores que inciden en el TDA/H

No se conoce la causa de esta enfermedad, pero sí algunos factores que influyen en su aparición:

- **Factores genéticos:** Los hermanos de un niño hiperactivo tienen un riesgo dos veces mayor de padecer el trastorno que la población general. Se ha comprobado que el trastorno hiperactivo se presenta, con más frecuencia, en ambos gemelos homocigóticos que en el caso de los heterocigóticos.
- **Factores estacionales:** Se ha demostrado que septiembre es el mes en el que nacen más niños con este trastorno. Podría deberse a infecciones que, durante el invierno, afectan al desarrollo del feto en sus tres primeros meses de evolución.
- **Lesiones cerebrales:** Se pueden producir durante el embarazo, en el parto o en los primeros años de vida del niño por accidentes o infecciones.
- **Factores neuroquímicos y neurofisiológicos:** Algunos indicios hacen pensar que algunos neurotransmisores cerebrales como la noradrenalina y ciertas hormonas tienen que ver con este trastorno.

- **Factores psicosociales:** Los niños ingresados en instituciones son con frecuencia hiperactivos y tienen periodos de atención cortos. Se cree que es debido a la falta de cariño y apoyo familiar, pues mejoran cuando son adoptados por una familia.

5.1.4. Tipos de hiperactividad (TDA/H)

5.1.4.1. Hiperactividad-impulsividad

Los niños hiperactivos están en movimiento constante, se mueven de un lado a otro con rapidez, tocándolo todo o hablan sin parar, se mueven inquietos en sus asientos o se levantan continuamente. Para ellos es bastante difícil permanecer sentados en la escuela o a la hora de comer.

Los niños impulsivos actúan sin pensar, porque a menudo hacen comentarios inapropiados, muestran sus emociones sin restricción y actúan sin tener en cuenta consecuencias de sus actos. Les resulta difícil esperar para lograr algo que desean: pueden quitarle un juguete a otro niño o golpearle e incluso pueden elegir hacer actividades que les proporcionan una recompensa inmediata, aunque sea pequeña, antes que elegir una actividad que les proporcionará una recompensa mayor pero a largo plazo. Los signos de hiperactividad-impulsividad se manifiestan:

- Están inquietos, a menudo moviendo sus manos o pies o revolviéndose en sus asientos.
- Corren, escalan o dejan su asiento en situaciones en las que se espera que estén quietos.
- Responden a preguntas de manera precipitada antes de haber escuchado toda la pregunta.
- Tienen problemas para esperar en colas, y quieren obtener lo que desean de inmediato.

5.1.4.2. Falta de atención

Los niños con falta de atención tienen problemas para concentrarse y se aburren al poco tiempo de empezar una actividad. Si están haciendo algo que les gusta, no tienen problemas de atención, pero si les toca centrarse, organizar y completar una tarea, suelen tener bastantes dificultades. Las tareas escolares para casa son particularmente difíciles para estos niños, pues ellos olvidan realizar sus tareas o dejarse los cuadernos o libros en clase y cuando logran terminar el trabajo, éste puede estar lleno de errores, es decir que las tareas suelen ser particularmente frustrantes para niños y padres. Los signos de falta de atención, se caracterizan:

- Se distrae fácilmente por cosas irrelevantes.
- A menudo no presta atención a los detalles o comete errores por descuido.
- Rara vez sigue las instrucciones con cuidado, pierde u olvida cosas, como juguetes, lápices, libros, etc.
- Con frecuencia cambia de una actividad a otra, sin completarlas.

5.1.4.3. El mixto o combinado

Es cuando tienen características de los 2 anteriores o sea que son hiperactivos, impulsivos e inatentos.

Estos niños suelen parecer soñadores o absortos, pero se confunden con facilidad, y pueden ser lentos o letárgicos, además pueden tener dificultades para procesar la información de una forma tan rápida como el resto de los niños y cuando los maestros les dan instrucciones orales o incluso escritas, tienen problemas para entender lo que tienen que hacer y cometen errores con frecuencia, al mismo tiempo que actúan de las dos formas anteriores.

No obstante, pueden estar sentados quietos y en silencio e incluso aparentar estar trabajando aunque no estén prestando atención o no hayan entendido del todo las instrucciones.

No suelen tener problemas a la hora de relacionarse con los demás, pero con frecuencia, sus problemas de inatención pasan desapercibidos.

5.1.5. Trastornos de tipo predominante hiperactivo-impulsivo

- **Hiperactivo:**

El trastorno de tipo predominante hiperactivo, es un trastorno en el que intervienen tanto factores genéticos como ambientales, puede identificarse como trastorno de conducta que aparece en la infancia, y que se suele empezar a diagnosticar desde los 4 años de edad, aunque en algunos casos este diagnóstico se puede realizar de una manera más precoz.

“Se manifiesta como un aumento de la actividad física y dificultad para mantener la atención en una actividad durante un periodo de tiempo continuado. Además de esto hay niños en los que se observan a su vez problemas de autoestima debidos a los síntomas propios del TDA/H y que los padres no suelen asociar a dicho trastorno” (Campell, 2002).

A su vez, el TDA/H se puede asociar con frecuencia a otros problemas, y sus consecuencias se aprecian en distintos ambientes de la vida del niño, no solo el escolar, sino que también afecta en gran medida a las relaciones interpersonales tanto con la familia, con otros niños y con sus educadores, siendo estas interrelaciones clave en el desarrollo del niño.

Según la clasificación norteamericana de enfermedades psiquiátricas DSM-IV, no todas las personas que padecen TDA/H tienen el mismo cuadro clínico. “En algunas de ellas predominan los síntomas de inatención, en otras los de hiperactividad e impulsividad, y en otras hay problemas tanto atencionales como de hiperactividad e impulsividad, lo que se conoce como combinado o

mixto. Es decir, que se puede desglosar en varios subtipos, dependiendo de qué grupo de síntomas predominen” (Delgado, 2003).

Estas variantes son conocidas como subtipos del (TDA/H), ya que de todos ellos el más frecuente es el combinado, seguido del predominantemente hiperactivo-impulsivo. El subtipo predominantemente inatento es el menos frecuente de ellos, y se da más en niñas que en niños, frente a los otros cuadros clínicos que se detectan más en niños que en niñas y niños, es decir, debido a que los síntomas de inatención son más sutiles, se detectan menos y provocan que el diagnóstico infantil tarde más en realizarse o, en muchos casos, pase inadvertido.

- **Impulsivo**

Un niño impulsivo, llama la atención y puede convertirse en el centro de las observaciones negativas del docente; los compañeros comienzan a quejarse y a evitarlo de distintas formas ya que no disfrutarán de sentarse junto él o de realizar actividades escolares conjuntas dentro o fuera del aula y de la escuela; eventualmente, los padres de sus compañeros no se mostrarán deseosos de que sus hijos se vinculen con un niño que presenta tales características.

Debido a estas características, estos niños realizan comentarios fuera de lugar, tocan o se apropian de cosas que no deben, hacen payasadas, muestran reacciones automáticas, las mismas que no son intencionales o premeditadas, como la ira o rabia ante pequeñas frustraciones o situaciones que perciben como amenazas.

Tienen muchas dificultades para esperar, guardar turno en los juegos, cola para la comida o en el recreo; puede que se muestren quejosos si tienen que esperar o que empiecen a portarse mal y cuando se les promete una actividad agradable, puede que insistan y la exijan antes de tiempo hasta cansar a los adultos.

Estas dificultades que tienen su origen en la falta de autocontrol e impulsividad hacen que el niño con (TDA/H) parezca exigente y egocéntrico teniendo consecuencias negativas en su adaptación social y escolar, acompañado también de ciertas actitudes con las personas adultas, de no respetarlas al momento de la reacción hiperactiva.

“La impulsividad, empiezan cuando las tareas se quedan sin acabar de leer las instrucciones correctamente, deben controlar los impulsos para no abandonar una tarea aburrida y para persistir en actividades cuya recompensa se haga a largo plazo, es decir con frecuencia, realizan tareas aburridas, emplean el menor tiempo posible y parece que hacen un esfuerzo mínimo” (Rodríguez, 2002).

La impulsividad puede dar lugar a pequeños accidentes: golpes, romper cosas, etc., así como a incurrir en situaciones altamente peligrosas por falta de consideración de los riesgos asociados. Con esta finalidad de hacer una síntesis de los siguientes aspectos:

- El niño impulsivo no entiende que el modo de actuar impulsivo es la causa de su fracaso interpersonal y se expone a explosiones de carácter, comentarios irreflexivos, actos impulsivos, opiniones cambiantes, intrusiones impertinentes, ánimo oscilante desde el fanatismo hasta la tozudez.
- Las decisiones son hechas irreflexivamente sin suficiente información, es decir que se abandona un trabajo en el aula sin medir consecuencias, se contesta hiriendo innecesariamente, se descuidan detalles, etc.
- El niño impulsivo quiere todo y de inmediato, no acepta esperar por demasiado tiempo y se obsesiona con lo que tiene en mente y quiere la gratificación ahora.
- Muchos niños impulsivos son buscadores de aventuras, les gusta hacer deportes peligrosos, exponerse a situaciones de riesgo, etc.
- La impulsividad y la búsqueda del extra-estímulo, pueden producir en ciertos casos una necesidad compulsiva de realizar algo ilícito: robar, mentir, incendiar, hacer daño, transgredir.

5.1.6. Trastornos de interacción, hiperactividad e impulsividad

Trastorno de Interacción

Muchas familias no están conscientes de que los inquietantes comportamientos de un niño con los que tienen que luchar todos los días son en realidad los síntomas del trastorno de interacción de la personalidad.

A continuación se describe los principales síntomas que presentan los niños con TDA/H y su interacción con sus familiares y su entorno:

- **El grupo aislado:** son aquellos niños que no presentan ninguna intención por relacionarse con los demás y prefieren estar aislados y jugar con lo que encuentran.
- **El grupo pasivo:** estos niños no están completamente aislados de los demás, aceptan las aproximaciones sociales y no se alejan, pero no inician la interacción social.
- **El grupo activo pero extraño:** los niños de este tipo realizan aproximaciones activas a otras personas, pero lo hace de una forma peculiar, unidireccional, para pedir algo o para continuar una y otra vez con las cosas que les interesan.
- **El grupo hiperformal pedante:** este patrón de conducta se observa hasta el final de la adolescencia y en la vida adulta, se desarrollan en los más capaces y con buen nivel de lenguaje y son excesivamente formales y educados en su conducta y se ciñen rígidamente a las normas de interacción social sin embargo no son capaces de entenderlas y tienen dificultades para adaptarse a los cambios repentinos.

Trastornos de hiperactividad y el ambiente escolar

Se trata de un trastorno neuroconductual de origen genético. Se han demostrado factores de origen hereditario, es decir, heredados, no adquiridos en el curso de la vida en un 80% de los casos.

“Diversos estudios demuestran que hay una transmisión familiar del trastorno, cabe destacar que la contribución estimada de factores no hereditarios a todos los casos de TDA/H es de sólo un 20%, para ello se ha propuesto la intervención de causas multifactoriales, que suponen también factores genéticos aunque en combinación con factores ambientales” (Pascual-Castroviejo, 2001).

La influencia de causas congénitas que actuarían durante la gestación, es decir, no hereditarias, con participación de factores genéticos o ambientales en proporciones variables, tales como la exposición en útero a la nicotina, no se consideran tan importantes como hace unas décadas.

Trastorno impulsivo:

Proveer al niño el control médico y crianza adecuada, permite que el desarrollo infantil sea normal, factor indispensable para el buen control de la impulsividad y de sus consecuencias negativas.

Desde el nacimiento la principal característica del recién nacido en el desarrollo infantil es su actividad motora refleja, que lo llamó H. Wallon a este primer estadio; “estadio impulsivo puro; en el segundo y tercer estadio aparecimiento de las descargas impulsivas, sin ejercer el menor control en la respuesta, debido a que los centros corticales superiores aún no son capaces de ejercer su control” (Wallon, 1979).

H. Wallon, la emoción domina absolutamente las relaciones del niño con su medio, lo que posteriormente el infante se orientará hacia intereses objetivos y descubrirá realmente el mundo de los objetos y de esta manera conoce el objeto únicamente a través de su acción sobre el mismo lo que lleva a la noción de egocentrismo.

“La impulsividad puede ser un problema clínico importante en la psiquiatría infantil y la neurología. En psiquiatría infantil y de la adolescencia, la manifestación de la conducta impulsiva en los síndromes tales como trastornos de la personalidad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y en el abuso de sustancias

puede ser diferente, y esto ha llevado a conflicto en las definiciones” (Narbona, 1999).

La impulsividad en psiquiatría infantil es un rasgo multidimensional relacionado con el control del comportamiento y las emociones negativas, durante los cuales modifica el impacto de estímulos internos y externos sobre el comportamiento y su regulación, favoreciendo así patrones de comportamiento poco adaptativos e inflexibles.

5.1.7. Características del síndrome de hiperactividad (TDA/H)

5.1.7.1. Falta de atención

Las actividades atencionales no se hallan suficientemente desarrolladas en el niño hiperactivo, se mueve por que no puede estar quieto, concentrado en algo, por falta de maduración de los mecanismos neurológicos de la atención, la misma que podría estar implicada en este problema. Los profesores se dan cuenta de la falta de atención por las siguientes frases descriptivas: poca capacidad de atención y escaso interés, incapaz de resistir las tareas abstractas, no les gusta escuchar relatos y cambian de actividad.

5.1.7.2. Dificultad de aprendizaje

Los niños hiperactivos presentan una marcada deficiencia en el aprendizaje, se evidencia el retraso académico, habitualmente existe una dificultad de aprendizaje cuando se da una clara discrepancia entre la edad mental del niño y la edad cronológica, estas dificultades suelen apreciarse normalmente con referencia a las tres áreas de procesamiento de la información: la respuesta, la integradora y la expresiva, en donde los trastornos perceptivo-cognitivos persisten y se profundice las dificultades para retener palabras habladas, frases o letras, y para reproducir dibujos.

5.1.7.3. Problemas de conducta

La mala conducta es notable en el 80% de los niños hiperactivos, las mismas que ocurren de manera más sobresaliente, durante las horas escolares.

5.1.7.4. Falta de madurez

Casi todos los niños hiperactivos operan a un nivel menos sofisticado que sus compañeros de igual edad, esto se refleja en sus deseos, su particularidad de elegir amigos, sus intereses, sus dificultades de adaptación a los cambios que se produzcan en su medio ambiente, sus frecuentes explosiones de mal genio y su escasa tolerancia a las frustraciones. Los dibujos que hacen de las personas son simplistas, incluso teniendo en cuenta los problemas visomotores que muchos de estos niños presentan, además muestran una ligera tendencia al llanto fácil, permaneciendo más tiempo hablando como bebés y son más miedosos.

5.1.8. Síntomas del síndrome de hiperactividad (TDA/H)

El Manual Estadístico y Diagnóstico (Diagnostic and Statistical Manual, DSM-IV) divide los síntomas del trastorno de hiperactividad TDA/H, en aquellos síntomas de falta de atención y los de hiperactividad e impulsividad. Para que a los niños se les diagnostique este trastorno deben tener al menos 6 síntomas de atención o 6 síntomas de actividad e impulsividad, en un grado más allá de lo que se esperaría para los niños de su edad.

Los síntomas deben estar presentes durante al menos seis meses, ser observados en dos o más escenarios, no ser causados por otro problema y ser tan graves que causen dificultades significativas. Algunos síntomas deben estar presentes desde los 4 años de edad.

Algunos niños con trastorno de hiperactividad tienen principalmente el tipo de trastorno de falta de atención, algunos el tipo hiperactivo-impulsivo y

algunos otros el tipo combinado. Aquellos niños con el tipo de trastorno de falta de atención son menos perturbadores y es más fácil que no se les diagnostique el trastorno de hiperactividad.

El reconocimiento de la reacción de la hiperactividad no es difícil cuando a los 4 años de edad del niño se observa de manera persistente y recurrente por lo menos la mitad de los síntomas siguientes:

- “Actividad continua y sin objeto,
- Corta capacidad de atención,
- Mucha distractibilidad,
- Mucha excitabilidad: emociones lábiles, pasando del llanto a la risa en el espacio de minutos,
- Impulsos incontrolados,
- Mala concentración,
- Poca respuesta a la recompensa o al castigo,
- Destructibilidad, agresividad, mentiras, robos, berrinches,
- Constantes choques con cuanto le rodea,
- Propensión a los accidentes: torpeza, coordinación motora deficiente,
- Problemas de lenguaje,
- Dificultad de percepción, problemas audiovisuales,
- Predominio mezclado de la derecha y la izquierda: diestro con las dos manos y zurdo con las dos piernas,
- Irregularidad en la etapa de desarrollo, empieza a caminar sin haber gateado,
- Poca limpieza al dibujar, colorear, escribir,
- Incapacidad de completar algo espontáneamente, necesidad de continuos recordatorios,
- Incapacidad de ejecutar actividades coordinadas,
- Trastornos de sueño,
- Necesidad de supervisión constante” (Palagot, 2000).

En la edad escolar son los maestros quienes lo detectan y con bastante razón, si se considera que los niños hiperactivos interfieren la buena marcha del grupo ya que puede molestar a sus compañeros, hablan constantemente y gritan en los momentos más inadecuados, dando a la impresión de expresar un estímulo interior incontrolable.

5.1.9. Evaluación integral de la hiperactividad

El niño hiperactivo lo es desde siempre, en este sentido hay que plantearse un diagnóstico diferencial con otros problemas psicológicos, acompañados de los pediátricos que pueden dar lugar a una hiperactividad, por esos es importante observar y recoger si los padres ponen en relación este comportamiento con algún acontecimiento vital reciente o con alguna enfermedad pediátrica, observación que por sus características tiene que ser de manera muy formal y paso a paso, para distraer la atención del evaluado.

5.1.10. Tipos de atención a niños con síndrome de hiperactividad (TDA/H)

La forma de brindar atención a los niños con TDA/H, lo principal es modificar o compensar lo más posible aquellas conductas típicas que repercuten negativamente en la vida diaria del niño y de su familia, lo fundamental es reducir su impulsividad e inquietud motriz y aumentar su atención, que son la fuente de sus principales problemas.

“Las corrientes psicopedagógicas conductista y cognitivista ofrecen diversas estrategias para tratar la hiperactividad, así la corriente conductista centra su atención en cómo el ambiente en el que se mueve el niño, la familia, los profesores, interactúa con él, manejando esta interacción, modificar las formas de comportamiento. La corriente cognitivista actúa directamente sobre el niño enseñándole a ejercer su propio control a través del entrenamiento en estrategias” (Ullmann, 1985).

Para modificar determinadas actitudes, como la agresividad o la desobediencia, se emplean técnicas de cambio conductual que se apoyan en la

psicología conductista. La base de todas ellas es la idea de que todo comportamiento es una forma aprendida de responder a determinadas circunstancias. Cuando lo que obtenemos al responder de determinada manera es bueno, agradable o sirve a nuestros propósitos, esa respuesta se instaura en nosotros, es decir, la aprendemos y siempre que nos vemos en circunstancias similares respondemos igual.

Las técnicas de cambio de conducta lo que hacen es controlar las consecuencias de las acciones convirtiéndolas en agradables, a través del refuerzo positivo, o desagradables mediante el castigo. Aquellas conductas del niño a las que siga un refuerzo positivo serán aprendidas como útiles y se repetirán; aquellas otras a las que acompañe un castigo terminarán desapareciendo.

La corriente cognitivista, la forma más adecuada de ayudar a un niño hiperactivo a resolver sus problemas correctamente es entrenarle en los pasos que debe seguir y darle estrategias para que sepa cómo actuar, mantener la atención es una habilidad casi automática en la mayoría de las personas, pero para un niño hiperactivo es todo un triunfo”(Repeto, 1990).

Para facilitarle esta tarea debemos enseñarle cómo se presta atención facilitándole una serie de instrucciones que resuman eso que hacemos las personas cuando prestamos atención, como centrarnos en lo importante, ignorar los estímulos irrelevantes, ya que en este caso estaríamos hablando de estrategias atencionales, dicho así parece muy abstracto, sin embargo lo puedes aplicar de forma particular a cada una de las tareas con las que el niño tenga dificultades, en este sentido se hace una síntesis de los aspectos más sobresalientes:

- **Modelado:** haz tú la tarea mientras vas diciendo en voz alta los pasos que sigues, mediante instrucciones claras y concisas.
- **Guía externa manifiesta:** ahora es él quien realiza la misma tarea mientras le ayudas repitiendo junto con él los pasos.

- **Autoguía manifiesta:** el niño repite solo las instrucciones, en voz alta, mientras hace la tarea.
- **Autoguía manifiesta atenuada:** en vez de hablar en voz alta debe cuchichear las instrucciones.
- **Autoinstrucciones encubiertas:** finalmente el niño realiza la tarea en silencio mientras se guía por las instrucciones a través del pensamiento.

5.1.10.1. Tratamiento terapéutico

Las intervenciones terapéuticas y psicológicas en la hiperactividad ayudan a que le niño obtenga un conocimiento sobre el TDA/H que le permita no solo ser consciente de la interferencia del trastorno en vida cotidiana, sino también que el mismo niño detecte sus dificultades y defina su propios apoyos terapéuticos.

Cuando esta intervención no es suficiente, el tratamiento psicológico individual puede constituir una opción eficaz, pero hay que recordar, definir los objetivos desde el inicio.

Estos aspectos pueden ser también trabajados en terapias de grupos y su efecto puede potenciarse por el apoyo y aceptación aportados por los miembros, además percibir que existen otras personas con problemas de hiperactividad idéntica.

Familiar

Las intervenciones familiares es una estrategia de apoyo a los niños con TDA/H que compaginan el trabajo psicoeducativo con el reencuadre del trastorno como problema del sistema familiar y no únicamente del niño. La familia no debe pretender eliminar totalmente la hiperactividad en sus hijos, se trata solamente mantenerla dentro de un límite razonable, tomando en cuenta que la hiperactividad no es algo intencional.

Se debe aceptar el hecho de que su niño es intrínsecamente activo y enérgico, muy posiblemente así será siempre, pero también es probable

además que esta característica le conllevara grandes ventajas en su vida. Nada es más útil para un niño hiperactivo que el tener una familia tolerante y paciente que lo sepa comprender y que sepa contener o encauzar ese torrente de energía que tienen los niños con déficit de TDA/H.

Se recomienda evitar los lugares o situaciones demasiado rígidos o formales, porque aquellos ambientes en los cuales la hiperactividad es demasiado inapropiada o embarazosa deben ser evitados por completo, podría ser que el comportamiento en determinados restaurantes o las visitas a algunos miembros de la familia o, en algunos casos, la asistencia a ceremonias religiosas puedan no serle del todo agradable.

Comportamiento cognitivo

Orjales sostiene que la finalidad del tratamiento del niño con TDA/H es lograr que éste sea capaz de alcanzar por sí mismo una total autonomía en la regulación de su comportamiento en todos los aspectos. “Se define autonomía como las destrezas y aptitudes que desarrolla el niño para el autocontrol y la adaptación a las normas establecidas en el hogar, la escuela y comunidad donde vive” (Orjales, 2002).

“Con la autonomía física se desarrolla el niño en la vida diaria, el orden y la colaboración. La autonomía cognoscitiva es la capacidad para seleccionar la información relevante de la irrelevante, la autoevaluación, la autocorrección y la selección de las estrategias de actuación adecuadas es la autonomía cognoscitiva y la independencia es una autoestima sana y unas relaciones satisfactorias con las personas del medio ambiente se considera como la autonomía emocional” (Orjales, 2000).

Con las técnicas de autocontrol el niño aprende a observar, supervisar, evaluar y modificar su propio comportamiento, cuando él se encuentre excitado puede utilizar una de estas técnicas que lo calmen y lo relajen enseñar al niño

las técnicas de resolución de problemas le permitirá adquirir los mejores conocimientos a nivel social y cognitivo. Se describe el análisis la técnica:

- Tener conciencia de comportamientos problemáticos.
- Reflexionar sobre posibles soluciones.
- Decidir cuál es la mejor solución.
- Aplicar la solución.
- Evaluar la eficacia de la solución.

Psicoanalítico

Para realizar un tratamiento correcto y causal del problema mediante el proceso psicoanalítico es imprescindible comprender y conocer el sufrimiento y necesidades del niño, en la cual se debe hacer un planteamiento particularizado a cada situación por los casos de un niño a otro son diferentes.

El psicoanalista propondrá unas entrevistas cuya finalidad será ayudar a comprender a los padres y al niño el significado y por qué son las dificultades que está sufriendo el infante.

Los psicoanalistas con mucha frecuencia hacen el uso de la medicación, siendo la más eficaz y necesaria su utilización como una ayuda, complementaria y limitada en el tiempo, al tratamiento del psicoanálisis o de la psicoterapia psicoanalítica, pero nunca está justificada como tratamiento único del trastorno de hiperactividad o déficit de atención; “si se utiliza como único tratamiento lo que produciría sería una atenuación de los síntomas y no solucionarían las causas del problema, con lo cual el conflicto tenderá a dar otro tipo de síntomas” (Santorum, 2000).

Psicoafectivo

La intervención especial que requieren estos niños con trastorno de hiperactividad, no solamente debe tratarse la adaptación de los temas que

tiene que estudiar, sino también a programar actividades que los ayuden al manejo y control de su conducta así como a la supervisión y tratamiento médico.

El educador debe ser paciente y flexible, creativo, innovador y sensible a las necesidades del niño, por este motivo hay que tomar en cuenta su ritmo de actividades en la sala de clase, utilizar actividades atractivas, interesantes y divertidas, pero que no tengan un propósito concreto y bien definido, que le faciliten al niño la participación, el descubrimiento, por decirlo, la convivencia con sus compañeros, lo ayudarán a relacionar entre sí los contenidos, así puede de alguna manera despertar su imaginación, creatividad y desarrollar su esfera emocional.

Algunas sugerencias en estrato pueden ayudar a mejorar el ambiente afectivo de los niños:

- Identificar el patrón que desencadena la tensión.
- Establecer una rutina que le permita al niño organizarse y cumplir con sus tareas.
- Elaborar una lista de actividades y ponerla a la vista para que él pueda seguirlas sin que tengan que estar recordándose.
- Reconocer cuando haya hecho algo bien y felicitarlo.
- Tener paciencia y conservar la calma.
- Jueguen a intercambiar roles.
- Evite la sobreprotección e indulgencia.
- Encuentre el punto medio para ayudarlo solo cuando sea indispensable o al momento oportuno.

Psipedagógico

Orientar a los padres acerca del trastorno que padece su hijo, así mismo darles pautas de conducta y actuación, a fin de reeducar las dificultades de las actividades asociadas como la dislexias, falta de memoria, discalculalias,

disgrafías, pero también es necesario entrenarle en la resolución de problemas, en las habilidades sociales puesto que suele presentar problemas con los demás.

En general estos niños solo necesitan que seamos conscientes de sus dificultades, de sus limitaciones, que sepamos, ya que el síndrome de 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” (Lopera, 2000).

5.2. INTERACCIONES ESCOLARES

5.2.1. Fundamentación teórica de interacciones escolares

El ambiente escolar es el ámbito de formación y convivencia en el plano material y organizativo de una escuela, en el intervienen las diferentes interacciones y relaciones de alumnos, profesores, directivos y padres de familia; así como los espacios que la propia escuela ofrece, salones, biblioteca, patio, etc., por tanto el ambiente escolar tiene un impacto formativo que puede aprovecharse para promover prácticas y formas de convivencia donde se expresen y se vivan valores y actitudes orientadas al respeto de la dignidad de las personas y a la convivencia democrática que indudablemente favorecerán en el aprendizaje de cada alumno.

Para que las interacciones escolares en donde el ambiente escolar sea adecuado y acogedor, es importante que todas las personas que lo conforman tengan una buena comunicación, que esté basada en el respeto a la dignidad y

en la aceptación a las diversas formas de pensar y actuar que pueden encontrar entre ellos, específicamente con los alumnos, ya que todos provienen de diferentes contextos que inevitablemente influyen en su conducta, pensamiento y aprendizaje.

“En este sentido los docentes deben poner atención al observarlos, para saber cómo interactuar con cada uno de ellos y tratarlos de manera que pueda hacerlos sentir parte del grupo al que pertenecen, aquí puede ponerse en práctica que se conoce como: comunicación horizontal, interacción alumno-alumno y la comunicación vertical, interacción maestro-alumno; el buen uso de estos principios favorecerá a la participación y aprendizajes óptimos de los niños durante sus clases” (Sipán, 2001).

Así mismo, el hecho de que el maestro conozca a cada uno de sus alumnos y su contexto le permitirá en dado momento llevar un buen trato con los padres de familia, basado en el diálogo y la negociación de lo que él necesita de ellos, ya que son parte importante en el proceso de aprendizaje.

Las interacciones en la clase, el centro en el cuál se desarrollan esas interacciones, la seguridad emocional y el rendimiento de los alumnos, tienen una relación, así mismo, un medio ambiente afable y activo puede conseguirse dentro de un contexto bien estructurado, que se caracterice por el enfoque sistemático que se da a la enseñanza, por el orden, la flexibilidad y la equidad.

“Un clima y organización de esta naturaleza, combinados con diferentes métodos de enseñanza, cada uno de los cuales trate de conseguir objetivos particulares; da por resultado en las actividades escolares y también un buen rendimiento académico” (Arón, 2000).

La familia, escuela, amigos, comunidad, compañeros, son consideradas como unidades de socialización muy fuertes ya que cada el nivel de influencia que ejercen sobre nosotros es muy fuerte y va cambiando conforme el niño crece.

En el contexto escolar podemos ver que hay multitud de problemas y conflictos en el caso de los amigos, sin embargo no tener amigos en la escuela puede suponer un desajuste muy importante en el niño, provocar sentimiento de marginación y fracaso que se puede dejar prematuramente la escuela, pero también puede influir la pobre comunicación con el profesor, trato diferencial por parte de este o de rechazo de los compañeros.

Las interacciones escolares son consideradas como los nexos que se establece a través del proceso de enseñanza-aprendizaje entre docentes y estudiantes, entre niñas y niños, dentro de diversos espacios de los centros educativos. Por ello estas interacciones escolares permiten a los docentes formar al alumno a través de los conocimientos científicos pero sobre todo con sus actitudes, con sus expresiones corporales, con sus acciones, con sus palabras y pensamientos.

Estos procedimientos van moldeando en los niños una comprensión de sí mismos, del papel que juegan y de su futuro en la sociedad, siendo así, estas interacciones escolares incluyen a todos quienes forman parte de las instituciones educativas en el campo amplio de las actividades pedagógicas y por ende en la diversión en los juegos infantiles.

Mediante estas interacciones escolares construyen experiencias y asimilan valores que van delineando en los niños formas de pensar y de actuar, lo que en definitiva a través de estas interacciones, se construyen determinadas relaciones de género, formas de ser niña y niño y maneras de valorar lo femenino y masculino.

Por otra parte la interacciones docentes-alumnos son una parte significativa del centro educativo, haciendo un análisis esto puede permitir evaluar si una escuela es un lugar donde niñas y niños aprenden a valorarse a sí mismos y a valorar a los demás, así como, si en un espacio en el que se constituyen relaciones de igualdad o relaciones de discriminación entre los niños.

El proceso educativo necesita de la interacción escolar y comunicativa, la cual, supone una relación personal que afecta decisivamente a los sujetos intervinientes. La interacción escolar acontecida en la clase viene determinada por el sentido de la propia tarea que concierne al profesor y al alumno; por la incidencia del entorno próximo en el que se desarrolla, por la estructura socio-organizativa del centro.

La interacción escolar es un proceso comunicativo-formativo caracterizado por la bidireccionalidad y reciprocidad de los agentes participantes en ella. Algunas de las más importantes consecuencias de la interacción que se establece en el grupo-clase son las siguientes:

- “En sus interacciones con los compañeros, los niños y niñas aprenden directamente actitudes y valores.
- Frecuentemente niños y adolescentes no poseen la perspectiva temporal necesaria para tolerar demoras en la gratificación.
- Se desarrolla la autonomía.
- Fomenta la identidad social, a través de las relaciones con los compañeros como se desarrolla un marco de referencia para percibirse a sí mismo.
- Promover la salud mental para evitar ausencia de amistades durante la infancia y la adolescencia.
- Se establecer normas claras de funcionamiento elaboradas por todos y enunciadas de forma positiva.
- Se crear un clima de respeto y confianza en el aula.
- Se organizan actividades complementarias, fuera y dentro de la clase, que favorezca la relación entre los alumnos.
- Se favorece actividades cooperativas y evitar en todo momento las actividades competitivas” (Arón, 2000).

5.2.2. Conceptualización de interacciones escolares

Es una dinámica de entendimiento de los grupos que considera: cohesión, entendida como la suma de fuerzas y para esto es fundamental la influencia que

el grupo ejerce sobre sus miembros, y la variable denominada locomoción grupal que se refiere al movimiento hacia una meta determinada, es decir, la claridad de la meta de un grupo tiene importantes efectos sobre la eficacia de la locomoción grupal” (Arendi, 1998).

“La interacción es la acción recíproca entre dos o más agentes, y a su vez es considerado como uno de los procesos básicos mediante el cual captamos información relevante de aquello que nos rodea, donde las primeras reacciones de los seres humanos ante un objeto nuevo en el entorno se concreten a través de la observación e interacción”(Arias, 2001).

“La idea básica de la interacción escolar consiste en cambiar las condiciones del entorno del objeto o agente de nuestro interés, para que se nos muestre en otra de sus facetas como acción recíproca. Al margen de quién o qué inicie la interacción, el resultado es la modificación de los estados de los participantes”(Assael, 1998).

Del mismo modo, la interacción escolar es la oportunidad que tiene todo niño y niña de compartir en la escuela regular sin distinción de sus potencialidades, habilidades, intereses, formas de apropiarse del aprendizaje, sus ritmos de trabajo” (Oliveira, 2000).

Las interacciones en la clase, el liderazgo del profesor, su metodología, la personalidad y el rendimiento de los alumnos tienen una relación, que en efecto es un medio ambiente afable y activo que puede conseguirse dentro de un contexto bien estructurado, que se caracterice por el enfoque sistemático de la enseñanza, por el orden, la flexibilidad y la equidad.

5.2.3. Características de las interacciones escolares

La niña o niño necesita establecer y mantener interacciones escolares a manera de un vínculo afectivo, esto es, una relación de cariño, cálida y cercana, con los padres o las personas que lo cuidan y cuando se trata del centro educativo esta relación es necesaria para desarrollar la seguridad y confianza básicas para sentirse querido.

Las interacciones escolares necesariamente deben relacionarse con las variadas formas de afectividad y de manera recíprocas, es decir entre los docentes y el alumno la cual dependerá de la capacidad del maestro para responder a la niña o niño de una inmensa cantidad de características que están presentes.

Los niños en la edad escolar necesitan establecer interacciones escolares o vínculos afectivos con otras personas como los docentes, con los padres de familia y con otras personas que se integran al centro educativo. Muy bien se puede hablar también de relaciones afectivas con las personas que lo rodean, para que ellos adquieran mayor seguridad, aprende a expresar sus sentimientos, a conocer, a confiar en sí mismo y a desarrollar su autoestima de manera positiva.

Las características más apropiadas que pueden determinar de mejor manera las interacciones escolares son las siguientes:

- “Para establecer el desarrollo intelectual, emocional, social y moralmente, los niños necesita, gozar regularmente y durante un largo período de su vida de un vínculo afectivo fuerte, cercano, recíproco y estable, el cual desempeña una función muy importante en su bienestar.
- Para que el vínculo o apego sea una relación afectiva positiva, incondicional y duradera que se caracteriza por el placer mutuo de estar juntos y el deseo de mantener este cariño con las personas que se encuentra a su alrededor y otras que estás cerca de él.
- Para que las interacciones escolares sean positivas con personas que lo cuidan de forma estable generan los niños sentimientos de bienestar al mismo tiempo que vayan creando una seguridad básica, firme y seguridad para mejorar su autoestima.
- Para formar esta relación de amor, los niños necesitan recibir de su madre, padre demostraciones de cariño, cuidado y atención.
- El cariño a los niños se puede demostrar de varias formas: por medio de las caricias, la palabra, los gestos, los besos, las expresiones, de tal

manera que se puede establecer un vínculo afectivo en todas las interacciones cotidianas de la escuela.

- El establecer y mantener la interacción escolar debe mantener un vínculo afectivo de tiempo, interacción frecuente y actividades comunes entre los docentes, el mismo que se va aprendiendo y perfeccionando con el tiempo”(Bower, 1988).

5.2.4. Factores de las interacciones escolares

Existen muchos factores para que el niño encuentre las interacciones escolares y a la vez aprende a interactuar con las personas y las cosas en un intercambio permanente y activo con su medio, cuyo factor es el intercambio activo para estimular y responder a sus intereses de los niños en edad escolar.

La exploración activa de su ambiente es otro factor que desde los primeros años, la niña o el niño va ejercitando sus sentidos y su capacidad de moverse y comunicarse, desarrollando su inteligencia y aprendiendo, al mismo tiempo que la inteligencia se construye a través de las acciones que ellos realizan en su medio cotidiano.

Para conocer el mundo que lo rodea, los niños utilizan sus sentidos de la vista, tacto, oído, olfato, gusto, y su motricidad y otros factores como los movimientos que puede hacer con su cuerpo, especialmente con sus manos, piernas y la coordinación de su cuerpo.

Al integrarse los factores de la acción y de la exploración, los niños van elaborando ideas acerca de lo que son las cosas: el tiempo, el espacio, las causas y consecuencias, la velocidad, el peso; así aprende a pensar, a comparar, a deducir, a inducir, a imaginar, al mismo tiempo que van adquiriendo destrezas y seguridad en el mundo y en sí mismo.

5.2.5. Interacciones y clima escolar

Cuando en la familia hay un clima emocional positivo se crea un ambiente grato para los niños y se cultivan valores positivos independientemente del

contexto socioeconómico, así mismo este clima familiar cálido y seguro, repercute positivamente en el ambiente escolar y se desarrollan psíquica y físicamente mejor y se enferman menos.

La calidez del trato que reciben los niños y el sentirse aceptado y querido le ayudan a tener una buena imagen de sí mismo, a afrontar las dificultades y a crecer como persona, así como ser parte del clima escolar a través de la interacciones escolares.

Los niños necesitan modelos positivos y estables para lograr la interacción y un adecuado clima escolar, el mismo que se inició desde la familia con la finalidad para desarrollar conductas positivas: seguridad, esfuerzo, solidaridad, cariño, preocupación y respeto por los demás, responsabilidad, etcétera, son valores que se adquieren en la primera infancia, y que serán su pasaporte para la vida futura.

5.2.6. Identidad y autonomía, convivencia

Identidad:

Un niño está buscando constantemente la manera de identificarse, saber quién es y formarse una imagen de sí mismo, una de las formas de lograrlo es escuchando y aceptando lo que otros dicen de él. Por eso, los papás debemos tener muchísimo cuidado con lo que le decimos al momento de premiarlo o reprimirlo, con lo cual el niño dará fácilmente por hecho que si le dicen que es un travieso, pues es un travieso y se debe portar como un niño travieso y le dicen, por el contrario, que es el rey del mundo, pues se lo creerá igual y será el más grande déspota que pueda a su corta edad.

Debemos dejarlo expresar sus sentimientos, nunca pretender que piense o sienta de una manera, por eso no es malo que el niño sienta, es lo más normal del mundo que odie, tenga celos, se enoje, y si le damos la oportunidad de expresar lo que siente, nos será más fácil ayudarlo a que se sienta bien y sabremos guiarlo para controlar y manejar sus sentimientos cada vez mejor.

Desde que estamos pequeños una de las bases de nuestra existencia es la sociedad, pues de ella, aprendemos y formamos el ser psico-social que somos, por eso la identidad tiene un fuerte contenido emocional, es una construcción del yo frente a otros niños. Esta identidad colectiva emerge, surge de la relación entre el yo frente a los otros, es más, del yo frente a un ellos y puede que ya ni exista o que no esté presente.

Autonomía:

Un niño de tres años comienza a adquirir una autonomía y suele desconcertar a sus padres, es una etapa donde predominan las pataletas, querer estar sólo con uno o sus dos padres, caprichos, intolerancia, es decir que esa presencia de bebé dócil que obedecía a las órdenes que se le imponían o pedían, quedó atrás; ahora el niño está frente a un reto para conseguir su autonomía, para lo cual debe aprender a salir de su rutina, ser flexible, saber esperar, autocontrolarse, lo cual lo llevará a cometer muchos errores en el intento y los padres son la clave para ayudarlos a triunfar.

Por otro lado, la necesidad de autonomía del niño hará que quiera hacer las cosas a su manera y en el momento que lo desea, así ellos quieren satisfacer su necesidad de autonomía, pero deben entender que las cosas no son como ellos quieren porque el mundo no va a girar alrededor de ellos, por lo que tendrán que ser flexibles y autocontrolarse para lograr ser tolerantes, siendo aquí donde entran los padres a apoyar a sus hijos, enseñarles a balancear su necesidad de autonomía, la flexibilidad y su autocontrol y luego entran al contacto con los maestros.

Convivencia:

La convivencia en el niño es una tarea que requiere la consideración de distintos factores y aspectos que inciden en el desarrollo de las acciones necesarias que permitan alcanzar el propósito buscado instaurar el sistema de convivencia escolar que posibilite acompañar el crecimiento de los niños, promoviendo su desarrollo como sujetos de derecho y responsabilidad.

En estos momentos de crecimiento del niño hace falta exponer y desarrollar algunas reflexiones y propuestas sobre la convivencia escolar como una construcción cotidiana, reconociendo que es una tarea compleja, pero es necesaria y posible y se constituye en una rica y valiosa experiencia educativa, dado que el aula y la escuela son los primeros espacios públicos de participación de las jóvenes generaciones.

Los componentes del aprendizaje Identidad y autonomía, y Convivencia constituyen la base para lograr una adecuada comprensión y desempeño como ser social que interactúa con sus semejantes y con el entorno.

El docente, en la planificación de aula, “deberá escoger las destrezas con criterios de desempeño a desarrollar en estos dos componentes, ubicándolos dentro de los diferentes bloques curriculares dependiendo de la intencionalidad a conseguir con sus estudiantes, por ello es necesario tomar en cuenta que al terminar el año escolar, todas las destrezas con criterios de desempeño deben ser desarrolladas” (ME, 2010).

“Las destrezas con criterios de desempeño del componente Identidad y autonomía se deben desarrollar a lo largo de todo el año escolar sin ningún orden específico... El componente de convivencia contribuye al desarrollo de la personalidad del niño, es decir que se fortalece el saber ser dentro de su formación integral. Es prioritario desarrollar en el niño su propia identidad y auto reconocimiento, lo que le permitirá relacionarse con los demás y sentirse parte de la sociedad. Por esta razón, es importante que el docente propicie un ambiente de seguridad emocional, de calidad y calidez, que genere en el niño sentimientos y actitudes positivas para valorar y respetar su persona y la de los otros” (ME, 2010).

HIPÓTESIS

Hipótesis General:

- Los docentes del primer año de Educación General Básica, no cuentan con la fundamentación teórica necesaria que permita realizar un adecuado manejo del síndrome de hiperactividad, a fin de poder identificar los casos que existen y determinar el nivel de incidencia en las interacciones escolares que se producen en las niñas y niños.

Hipótesis específicas:

- En los docentes del Primer Año de Educación General Básica, es limitada la formación y fundamentación teórica sobre el manejo del síndrome de hiperactividad.
- Existen varios casos de hiperactividad que inciden en las interacciones escolares de las niñas y los niños del Primer Año de Educación General Básica.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TEMA	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	CATEGORÍAS DE ANÁLISIS
<p>El Trastornos: síndrome de hiperactividad (TDA/H) y su incidencia en las interacciones escolares de las niñas y niños del Primer Año de Educación General Básica de los centros educativos “Julio Ordóñez Espinoza” y “José Ángel Palacios de la ciudad de Loja”, período 2011-2012. Lineamientos Propositivos”</p>	<p><u>Problema Principal</u></p> <p>¿Cuáles son las causas esenciales por las que los docentes del Primer Año de Educación Básica no cuentan con la fundamentación teórica necesaria que les permita identificar y realizar un adecuado manejo del síndrome de hiperactividad que presentan las niñas y niños del Primer Año de Educación General Básica, en las interacciones escolares, así como a su adecuado manejo por parte de docentes y padres de familia.</p> <p><u>Problemas Derivados</u></p> <p>¿De qué manera se presenta el síndrome de hiperactividad en las interacciones escolares de las niñas y niños del Primer Año de Educación General Básica?</p> <p>¿Cómo se manifiestan las formas de interacciones</p>	<p><u>Objetivo General</u></p> <p>.Analizar si los docentes del Primer Año de Educación Básica cuentan con la fundamentación teórica necesaria que permita identificar y realizar un adecuado manejo del síndrome de hiperactividad que presentan las niñas y niños del Primer Año de Educación General Básica, en las interacciones escolares, así como a su adecuado manejo por parte de docentes y padres de familia.</p> <p><u>Objetivos Específicos</u></p> <p>.¿Conocer si existen casos del síndrome de hiperactividad en las niñas y niños del Primer Año de Educación General Básica?</p> <p>.Determinar las formas de interacción escolar que registran las niñas y los niños que padecen del síndrome de hiperactividad, y cómo se presentan los tipos de atención que reciben de</p>	<p><u>Hipótesis General</u></p> <p>Los docentes del primer año de Educación General Básica, no cuentan con la fundamentación teórica necesaria que permita realizar un adecuado manejo del síndrome de hiperactividad, a fin de poder identificar los casos que existen y determinar el nivel de incidencia en las interacciones escolares que se producen en las niñas y niños.</p> <p>6.2. Hipótesis específicas:</p> <p>En los docentes del Primer Año de Educación General Básica, es limitada la formación y fundamentación teórica sobre el manejo del síndrome de hiperactividad. Existen varios casos de hiperactividad que inciden en las interacciones escolares de las niñas y los niños del Primer Año de Educación General Básica.</p>	<p>5.1.Síndrome de hiperactividad (tda/h)</p> <p>5.1.1.Introducción del problema general</p> <p>5.1.2.Conceptos de síndrome de hiperactividad (TDA/H)</p> <p>5.1.3.Factores de hiperactividad (TDA/H)</p> <p>5.1.4. Tipos de hiperactividad (DA/H</p> <p>5.1.4.1. Hiperactividad impulsiva</p> <p>5.1.4.2. Falta de atención</p> <p>5.1.4.3. El mixto o combinado</p> <p>5.1.5. Trastornos de tipo predominante hiperactivo-impulsivo</p> <p>5.1.6.Trastornos de interacción, hiperactividad e impulsividad</p> <p>5.1.7.Características del síndrome de hiperactividad</p> <p>5.1.7.1. Falta de atención</p> <p>5.1.7.2.Dificultad de aprendizaje</p> <p>5.1.7.3. Problemas de conducta</p>

	<p>escolares en las niñas y niños que padecen el síndrome de hiperactividad?</p>	<p>docentes y padres. .Formular lineamientos alternativos.</p>		<p>5.1.7.4. Falta de madurez 5.1.4.4. Falta de madurez 5.1.8. Síntomas del síndrome de hiperactividad (TDA/H) 5.1.9. Evaluación integral de la hiperactividad 5.1.10. Tipos de atención a niños con síndrome de hiperactividad TDA/H 5.1.10.1. Tratamiento terapéutico</p> <p>5.2. INTERACCIONES ESCOLARES</p> <p>5.2.1. Fundamentación teórica de interacciones escolares 5.2.2. Conceptualización de interacciones escolares 5.2.3. Características de las interacciones escolares 5.2.4. Factores de las interacciones escolares 5.2.5. Interacciones y clima escolar 5.2.6. Identidad y autonomía, convivencia</p>
--	--	--	--	---

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

CATEGORÍA	VARIABLES	INDICADORES	ÍNDICE/VARIABLES
Síndrome de hiperactividad (TDA/H)	1. Introducción: <ul style="list-style-type: none"> • Inactividad. • Hiperactividad • Impulsividad 	1.1. Elementos básicos de la hiperactividad <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno • Síndrome. 	De los ítemes. ¿Cuáles son los más importantes? <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome () • Hiperactividad () • Convulsiones ()
	2. Concepto: <ul style="list-style-type: none"> • Herencia. • Medio ambiente • Infección cerebral 	2.2. Conocimiento: <ul style="list-style-type: none"> • Información de contenidos • Biblioteca científica • Criterios y afirmaciones 	De los conceptos, ¿cuál es el más influyente? <ul style="list-style-type: none"> • Herencia () • Ambiente () • Ninguno de los dos ()
	3. Factores <ul style="list-style-type: none"> • Genéticos • Estacionales • Cerebrales • Neurocerebrales • Psicosociales 	3.3. Conocimiento <ul style="list-style-type: none"> • Herencia • Evolución • Embarazo • Hormonal • Familia 	Del listado, marque con X los factores: <ul style="list-style-type: none"> • Herencia () • Evolución () • Embarazo () • Hormonal () • Familia ()
	4. Tipos: <ul style="list-style-type: none"> • Impulsiva • Atención • Combinado 	4.4. Movimiento constante <ul style="list-style-type: none"> • Rapidez • Pasivo • Agresivo 	¿Cuál es el factor principal del movimiento? <ul style="list-style-type: none"> • Momentáneo () • Brusco () • Sin control ()
	5. Trastornos <ul style="list-style-type: none"> • Hiperactivo • Impulsivo 	5.5. Actividad del TYDA/H <ul style="list-style-type: none"> • Aumento actividad física • Llama la atención 	Señale con una X los tipos de síndrome de hiperactividad <ul style="list-style-type: none"> • Hiperactivo () • Molestoso () • Impulsivo ()

	<p>6. Evaluación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicológica • Obstétricos • Desarrollo motor • Conducta • Afectividad 	<p>6.6. Comportamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personalidad • Nacimiento • Dificultades • Trastorno • Emocional 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación afectiva ()
Interacciones Escolares	<p>7. Concepto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Influencia grupal • Condiciones del entorno • Habilidades en el grupo <p>8. Interacción escolar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Activos • Pasivos • Acción • Exploración <p>9. Ambiente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valores positivos • Clima escolar • Familiar <p>10. Compromiso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identidad • Autonomía • Convivencia 	<p>7.7. Interacción</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal • Grupal • Sin interés <p>8.8. Integración escolar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fuera del aula • Dentro del aula • Social • Integracionista <p>9.9. Ambiente positivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respeto • Diálogo • Compañerismo <p>10.10. Identificación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imagen • Autocontroles • Experiencias 	<p>De los criterios sobre interacción escolar. ¿Cuáles son los que actúan en el proceso?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fuera del grupo () • Dentro del grupo () • Aislamiento () • No le interesa () <p>Señale con una X los aspectos de integración escolar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participación () • Actuación () • Comunicación () • Empatía () <p>De las dimensiones del clima escolar, señale con una X los que permiten clima escolar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar valores () • Disciplina () • Integración escolar () • Cooperación escolar () <p>Según su criterio ¿qué ventajas tiene la identidad, autonomía y convivencia en las interacciones escolares? Marque con una x.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificarse cómo somos? () • Flexibilidad () • Propósitos ()

f. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

De acuerdo a la naturaleza y el carácter social del objeto de investigación, se trata de un estudio de tipo no experimental; se hará una lectura de la realidad sobre el objeto de estudio, en las instituciones educativas seleccionadas para llevar a cabo el presente trabajo. Además, se trata de una metodología de investigación participativa, por cuanto, la población que participará en la investigación, tendrá el espacio necesario para ser actores directos en todo el proceso.

MÉTODOS

Métodos

Teniendo presente los objetivos que se pretende cumplir con la presente investigación, se propone la utilización de los siguientes métodos:

- **Descriptivo:** este método será utilizado para detallar la actual situación de cada una de las variables e indicadores intervinientes en el proceso investigativo; se puntualizará, de manera detallada las características del síndrome de hiperactividad y las interrelaciones escolares de los estudiantes.
- **Analítico-sintético:** será utilizado en la fase de análisis e interpretación de la información empírica obtenida del trabajo de campo y, la posterior formulación de conclusiones y recomendaciones.
- **Estadístico descriptivo:** será considerado como una herramienta básica para la representación gráfica de la información en tablas, cuadros, que permita facilitar la comprensión e interpretación.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para recuperar la información teórica-empírica sobre el objeto de investigación propuesto, se utilizará las siguientes técnicas:

Encuesta: estará dirigida a docentes y padres de familia del primer año de Educación General Básica de los centros educativos “Julio Ordóñez Espinoza” y “José Ángel Palacios”, con el propósito de recuperar la información que sobre el síndrome de hiperactividad y las interrelaciones personales de los niños, tengan estos dos importantes sectores. Para obtener dicha información, se aplicará un cuestionario, mismo que contendrá preguntas abiertas y cerradas sobre las variables en estudio.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de investigación está constituida por niñas y niños, docentes y padres de familia; y, en vista de ser pequeña dicha población, se trabajará con todo el universo. La población está demostrada en el siguiente cuadro:

Cuadro 1: Población y muestra de la investigación

SECTOR INVESTIGADO	POBLACIÓN			MUESTRA	
	H	M	T	f	%
Docentes	0	4	4	4	2.63
Estudiantes	31	43	74	74	48.68
Padres de familia	12	62	74	74	48.68
TOTAL	43	109	252	152	100

Fuente: Secretaría centros educativos

Elaboración: Investigadora

Cuadro 2: Participantes en la investigación por centro educativo

ESCUELA	PARALELO	ESTUDIANTES	
		POBLACIÓN	MUESTRA
Julio Ordóñez Espinoza	“A”	22	22
	“B”	21	21
Profesores		2	2
Padres de familia		46	46
José Ángel Palacios	“A”	16	16
	“B”	15	15
Profesores		2	2
Padres de familia		28	28
TOTAL		152	152

Fuente: Secretaria de los centros educativos

Elaboración: Investigadora

PROCESAMIENTO PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

- **Tabulación de la información empírica:** En este proceso se utilizará la estadística descriptiva para la cuantificación y obtención del porcentaje de los datos, en el caso de las preguntas cerradas y, para las preguntas abiertas, se plantearán en los instrumentos para recabar información cualitativa, sobre los indicadores de estudio (tabulación por criterios), y en algunos casos de la técnica (la triangulación).
- **Organización de los datos empíricos:** Para cumplir con esta actividad, se tomará como elemento organizador a las variables de cara una de las hipótesis específicas.
- **Representación gráfica de los datos empíricos:** se trabajará en la elaboración de cuadros y gráficos que facilitarán la comprensión de la información.
- **Análisis e interpretación de los datos:** en esta actividad se tomará en cuenta los planteamientos teóricos expuestos en cada una de las categorías explicadas en el marco teórico.
- **Verificación de las hipótesis específicas:** se implementará la vía empírica que posibilitará la generación de un proceso de discusión sobre cada uno de los indicadores investigados.
- **Formulación de las conclusiones:** Se tomará en cuenta los objetivos propuestos y los principales resultados de las hipótesis específicas, pero antes será necesario revisar los objetivos generales y específicos, para garantizar la coherencia.
- **Construcción de lineamientos alternativos:** Esta parte se desarrollará con mucha coherencia con los resultados obtenidos, a fin de buscar las coherencias respectivas con los objetivos, hipótesis y propósitos

enunciados. Se apoyará en las sugerencias que manifiesten los sectores investigados y, finalmente se tomará en cuenta las conclusiones planteadas, para luego proponer alternativas e implementación de estrategias, de acuerdo a realidad de la investigación.

- **Elaboración del informa:** Una vez que se ha cumplido con las actividades descritas, mediante la integración lógica del proceso investigativo, se procederá a realizar la elaboración del informe final de la investigación, tomando en cuenta las orientaciones y lineamientos propuestos en la normativa vigente para los procesos de graduación en el postgrado.

g. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	2012		2013									
	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1. Elaboración del proyecto de investigación	x											
2. Estudio e informe de pertinencia del proyecto		x										
3. Aprobación del proyecto de investigación			x									
4. Revisión y diseño de instrumentos de investigación			x									
5. Trabajo de campo				x								
6. Procesamiento de la información					x							
7. Análisis e interpretación de datos						x						
8. Formulación de conclusiones						x						
9. Construcción de lineamientos						x						
10. Elaboración del informe (tesis) de investigación							x					
11. Presentación del informe (tesis) de investigación para la calificación privada							x					
12. Incorporación de sugerencias y observaciones al informe							x					
13. Presentación definitiva del informe de investigación									x			
14. Sustentación pública e incorporación profesional											x	

h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Concepto	Unidad	Cantidad	Costo Unitario USD	Costo Total USD
Elaboración del proyecto				
Tipiado e impresión	Ejemplares	3	10	30
Anillado	Anillado	2	2	6
Fotocopias	Ejemplares	3	8	24
SUBTOTAL		60		
Recurso Material				
Materiales de oficina				
Papel INEN A4	Resma	5	5	25
Carpetas	Carpetas	5	2	20
Textos	Textos especializados	7	80	560
CD-flash, memory	2	2	20	40
SUBTOTAL		605		
Material de campo				
Formulario de encuesta	Ciento	15	3	45
SUBTOTAL		45		
Movilización				
	Global	3	400	1200
SUBTOTAL		1200		
Publicación de tesis				
Digitación e impresión	Ciento	5	15	75
Encuadernación	Tesis	5	20	100
SUBTOTAL		175		
TOTAL				2 085

RECURSOS

HUMANOS

- Profesores de los centros educativos
- Estudiantes
- Padres de familia
- Director y asesores de la investigación

MATERIALES

- Computadora e impresora
- Materiales de escritorio
- Cds o flash memory
- Internet
- Material de reproducción e imprenta
- Grabadora

Bibliografía

i. BIBLIOGRAFÍA

- * APA. Asociación Americana de Psiquiatría. (2000). Informe N° 34, Washigton D.C.
- * Arón, Ana María, (2000). Clima escolar: interacción escolar. Ediciones Universidad Santiago de Chile. Chile.
- * Arendi, H. (1998). Interacción escolar: la condición humana. Editorial CPU. España.
- * Arias, V. (2001). Interacción escolar para la democracia. Ediciones Universidad de Santiago de Chile. Chile.
- * Assael, C. (1998). La teoría de las interacciones escolares, estructura cognitiva. Servicio editorial de la Universidad de Santiago de Chile. Chile.
- * Bower, T. (1998). Interacciones escolares: características. Ediciones UNESCO-UNICEFF. México.
- * Capell, O.A. (2002). Trastornos de hiperactividad: diagnóstico y tratamiento. Ediciones neurociencia. México.
- * Cruz, G. (1998). Diagnóstico del trastorno hiperactivo: lecciones de Neurología Pediátrica. Ediciones Mayaypa. España.
- * Delgado, I. (2003). Niños con dificultades de hiperactividad. Ediciones Tea. España.
- * Dürsteler, Juan. (2000). Interacción escolar: educación y diálogo, Editorial Planeta, Colombia.
- * García Castaño, Fernando. (2001). Trastornos por Déficit de Atención Hiperactividad: guía básica. Ediciones Hispolis. Puerto Rico.
- * González Acosta, Eder. (2006). Trastorno de hiperactividad en el salón de clases. Editorial San Gabriel. España.
- * Lopera, F; Palacios, L; Jiménez I. (2000). Terapia psicopedagógica: problemas educativos. Ediciones Neval. México.
- * ME (2010). Actualización Fortalecimiento Curricular Educación General Básica, Primer Año. Editorial del ME.
- * Miranda, A. (2001). Trastornos de hiperactividad. Ediciones Promo-libro, España.
- * Narbona, J. (1999). Impulsividad infantil. Editorial Children. México.

- * Orjales Villar, Isabel. (2002). Déficit de atención con hiperactividad: manual para padres y educadores. Editorial CEPE. SL. España.
- * Oliveira, Lissette, (2000). Interacción escolar: la ciencia humana. Editorial CPU. España.
- * Pascual-Castro-viejo, I. (2001). Guía práctica diagnóstico del síndrome de hiperactividad. Editorial Viguera. España.
- * Palagot, Fátima. (2000). Sintomatología de la hiperactividad, Editorial Trillas, México.
- * Repeto, E. (1990). Ayuda cognitiva en la hiperactividad. Revista de Investigación Educativa. Volumen Nº 8. Universidad de Buenos Aires. Argentina.
- * Rodríguez, G. (2000). Niños impulsivos. Editorial La Lectura. España.
- * Santorum, J. (2000). Psicoanálisis e hiperactividad. Revista Asociación Psicosomática de Madrid. España.
- * Sipán, Antonio. (2001). Interacciones escolares: educar para la diversidad. Editorial Grau. España.
- * Ullman, R. (1983). Atención al niño hiperactivo: lecciones recomendadas. Editorial Kapelusz. España.
- * Wallon, He4rry. (1979). Trastorno de hiperactividad. Ediciones Promo-Libro. España.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN
NIVEL DE POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN EDUCACIÓN INFANTIL
PROMAEDI

**ENCUESTA PARA DOCENTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS “JULIO
ORDÓÑEZ ESPINOZA” Y “JOSÉ ÁNGEL PALACIOS” DE LA CIUDAD DE
LOJA**

Como egresada del Programa de Maestría en Educación Infantil que oferta en nivel de postgrado del Áreas de la Educación, el Arte y la Comunicación de la Universidad Nacional de Loja, me encuentro interesada en investigar “El Trastornos del síndrome de hiperactividad (TDA/H) y su incidencia en las interacciones escolares de las niñas y niños del Primer Año de Educación General Básica de los centros educativos “Julio Ordóñez Espinoza” y “José Ángel Palacios de la ciudad de Loja”, por lo que solicito su colaboración para el cumplimiento de este propósito, mediante la respuesta sincera de las preguntas que se formulan a continuación.

Me permito recordar a usted que la encuesta es anónima y la información se utilizará para exclusivamente para los fines de la investigación propuesta.

**1. INFORMACIÓN SOBRE EL SÍNDROME DE HIPERACTIVIDAD Y LAS
INTERACCIONES ESCOLARES**

1.1. Del síndrome, ¿Cuáles son los síntomas más importantes? Sírvase señalar con una X

- Inatención ()
- Hiperactividad ()

- Impulsividad ()
- Congestión ()
- Alucinación ()

1.2. Cuál de los conceptos, que a continuación se enuncian influye más en el síndrome de hiperactividad?

- Herencia ()
- Ambiente ()
- Ninguno de los dos ()

1.3. ¿Cuáles son los factores, que inciden en TDA/H; sírvase marcar con una?:

- Herencia ()
- Evolución ()
- Embarazo ()
- Hormonal ()
- Familia ()

1.4. ¿Usted como docente del primer año de educación general básica, ha logrado identificar casos de hiperactividad entre sus alumnos (as)?
Cuántos

- Sí ()
- No ()
- Nunca ()

1.5. Señale con una X los tipos de síndrome de hiperactividad

- Hiperactivo ()
- Molestoso ()
- Impulsivo ()

1.6. ¿Usted como docente recibió formación sobre el manejo de niños hiperactivos?

Sí ()

No ()

En parte ()

1.7. Ha notado usted en los niños que sufren de hiperactividad, que su problema incide en las interacciones escolares?

Sí ()

No ()

En parte ()

1.8. ¿De qué manera usted logra que, los niños que sufren de hiperactividad, utilicen su talento para beneficio de sí mismo?

1.9. Usted como docente, que posiblemente cuenta con niños que sufren el síndrome de hiperactividad, qué hace para que en las dimensiones del clima escolar, se logre una adecuada integración y de esta manera se promuevan eficientemente las interacciones entre los niños?

1.10. Según su criterio ¿qué ventajas tiene la identidad, autonomía y convivencia en las interacciones escolares?

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN
NIVEL DE POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN EDUCACIÓN INFANTIL
PROMAEDI

ENCUESTA A SER APLICADA A LAS MADRES DE FAMILIA DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE PRIMER AÑO DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA

Objetivo: Obtener información sobre el síndrome de hiperactividad y las interacciones escolares de sus hijos, durante la permanencia en el hogar y luego en la escuela

Explicación: Señora madre de familia, la presente información es fundamental para poder realizar una investigación que nos permita conocer aspectos importantes referidos al síndrome de hiperactividad y las interacciones escolares, por lo que se le solicita de la manera más comedida, responder con veracidad los que a continuación se propone.

1. Información Básica para conocer antecedentes esenciales sobre la vida del niño (a), a fin de poder encontrar causas que hayan originado el síndrome de hiperactividad.

1.1. Durante el embarazo tuvo algún tipo de problemas referidos a:

- | | |
|-------------------|---------|
| Hemorragias | () |
| Infecciones | () |
| Amenaza de aborto | () |
| Parto normal | () |

1.2. En lo que corresponde al desarrollo psicomotor, el niño (a):

- | | |
|-----------------|---------|
| Gateó sin apoyo | () |
|-----------------|---------|

Caminó sólo ()
El niño hace dibujos ()

1.3 En lo que corresponde al desarrollo de la conducta alimentaria al niño (a):

Se le dio el pecho ()
Caprichos alimentarios ()
Anorexia del lactante ()
Intolerancia y alergias ()

1.4 En lo que corresponde al desarrollo del lenguaje-comunicación, usted notó que existía:

Calidad del balbuceo ()
Calidad de la pronunciación ()
Calidad de la comprensión ()
Calidad de la interacción ()

1.5 En cuanto se refiere a la conducta del sueño, usted se percató si el niño (a) tenía problemas al:

Despertarse ()
Horarios para dormir ()
Terrores nocturnos ()
Pesadillas ()

1.6 Referente a la conducta social del niño (a), estima usted que:

Ha evolucionado en calidad ()
Ha presentado dificultades ()
Ha creado problemas con los iguales ()

1.7 En cuanto se refiere al desarrollo afectivo, usted logró detectar:

- Calidad de las primeras interacciones con los padres ()
Primeras sonrisas sociales ()
El vínculo con la familia es excelente ()
Permanentemente está en llanto y tiene rabietas ()

1.8 Tomando en consideración los antecedentes médicos de su niño (a), usted se percató que:

- Sufría de enfermedades crónicas ()
Permanentemente enfermo ()
No sufría de enfermedades ()

1.9 ¿Sobre la base de la información que usted ha proporcionado, conoce si su hijo (a) sufre del síndrome de hiperactividad?

- Sí ()
No ()
Jamás me enteré ()

Gracias por su colaboración

ÍNDICE

PORTADA	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA	vi
ÁMBITO GEOGRÁFICO	vii
MAPA GEOGRÁFICO	viii
ESQUEMA DE CONTENIDOS	ix
a. Título	1
b. Resumen	2
Summary	4
c. Introducción	6
d. Revisión de Literatura	9
e. Materiales y Métodos	32
f. Resultados	34
g. Discusión	62
h. Conclusiones	65
i. Recomendaciones	66
Lineamientos Alternativos	67
j. Bibliografía	81
k. Anexos	85