

VALORACIÓN DE COMPORTAMIENTOS PREDICTORES DEL DÉFICIT DE  
ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS DE PRIMARIA EN EL  
INSTITUTO DOCENTE DE TURBACO

LEONOR TERESA CARRASQUILLA BAENA  
MARÍA ROSA GONZÁLEZ ROMERO  
CATHERINE SÁNCHEZ

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
CARTAGENA DE INDIAS, D.T.

©2005

VALORACIÓN DE COMPORTAMIENTOS PREDICTORES DEL DÉFICIT DE  
ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS DE PRIMARIA EN EL  
INSTITUTO DOCENTE DE TURBACO

Monografía para obtener el título de Psicólogo

Tutor

FRANCISCO PEREIRA

*Psicólogo*

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

CARTAGENA DE INDIAS, D.T.C

©2005

NOTA DE ACEPTACIÓN

---

---

---

---

JURADO 1

---

---

---

---

JURADO 2

---

---

---

---

Cartagena de Indias, D.T., Agosto 26 de 2005

## **ARTÍCULO 105**

“La Corporación Universitaria Tecnológica de Bolívar, se reserva el derecho de propiedad intelectual de todos los Trabajos de Grado aprobados, y no pueden ser explotados comercialmente, sin su autorización”.

## **Dedicatoria**

### **A Dios:**

Quién provee de sana sabiduría a los rectos, porque mejor es la sabiduría que las piedras preciosas y todo cuanto se puede desear, no es comparable con ella.

### **A mi madre y a mi padre, Omaira y Guillermo:**

Porque soy el resultado de su amor, de sus sabios consejos, de sus incalculables valores. A ellos por haberme guiado por el camino del saber, de la justicia y la equidad. Por inculcarme valores morales que hoy hacen de mí, una persona íntegra.  
Los amo mucho

### **A mis hermanas, Grachy y Angie:**

Son la luz de mis ojos, mi fuente de inspiración. Por ustedes, todo mi empeño y esfuerzo en los proyectos que emprendo. Es mi deseo convertirme en su ejemplo y su gran orgullo.  
Las amo

### **A mi novio, Cris:**

Gracias por acompañarme en el desarrollo de todos mis talentos y mi realización personal y profesional. Por darme fuerzas para continuar cuando he querido renunciar. Por estar siempre allí, sin condiciones.  
Te estoy amando más que nunca

**María Rosa González Romero**

## **Dedicatoria**

A **Dios** todo poderoso,

Quien me ha llenado de sabiduría y me ha dado fuerzas para terminar este gran proyecto de mi vida, gracias señor.

A mi **mami Leo:**

Chirry, un millón de gracias por todo lo que has hecho por mí, eres mi ejemplo a seguir, tu esfuerzo y sacrificio los valoraré siempre, eres lo más grande que tengo, gracias por creer en mí. Te amo.

A mi **papi Richard:**

Papi ringo, tus consejos no han sido en vano, eres un gran hombre me siento orgullosa de ser tu hija. Te adoro.

A mi **Richi:**

Pory eres lo máximo, gracias por tu apoyo incondicional, confío en ti, se que llegarás muy lejos, te quiero muchísimo.

A mi **novio, Jesús David:**

Mi amor a pesar de todo lo que hemos pasado tu compañía y amor han sido importantes para mí, gracias por confiar en mí. Te amo mucho.

A **toda mi familia:**

Han sido lo máximo, cada uno de ustedes (mis primas, primos, tías, mis abuelos), cada uno de ustedes contribuyó en mi formación, los quiero mucho.

**Leonor Teresa Carrasquilla Baena**

*Agradecimientos*

A:

A la "Pitu", por ser mi compañera inseparable en este largo camino que un día decidimos emprender... Gracias por haberme permitido conocer ese valioso ser humano que hay en ti y porque nuestro compañerismo pudo trascender hasta la invaluable amistad que hoy tenemos. Que Dios te siga bendiciendo a ti y a mami "Leo".

A Karen Elles, gracias por tu comprensión y apoyo en los momentos que era imposible cumplir con mi trabajo por realizar este proyecto. Gracias por tu solidaridad y compañerismo.

A María del Pilar Herrera, gracias por confiar enormemente en mis capacidades. Éxitos en tus nuevos proyectos.

A Claudia Loret, por haber desarrollado en mí el amor por la Psicología Educativa. Todo el aprendizaje fue significativo. Eres una persona muy especial...Te quiero mucho!.

**María Rosa**

***Agradecimientos***

Queremos expresar nuestros sinceros agradecimientos a las siguientes personas que colaboraron al desarrollo de este proyecto:

A:

A Octavio Salazar Caamaño, por asesorarnos en la construcción y revisión de este proyecto. Gracias porque en ti, además de un asesor encontramos a un amigo.

A la Universidad Tecnológica de Bolívar por la oportunidad que nos brindó para formarnos profesionalmente y de manera integral.

A la Universidad del Bosque y todos sus docentes, por el desarrollo de este Minor en Psicología de la Salud.

***María Rosa y Leonor***



*Agradecimientos*

A:

**Mary Rose:**

Amiga, no tengo palabras para ti, has sido la mejor compañía del mundo, gracias por todos esos momentos que disfrutamos juntas, te adoro, de corazón te deseo lo mejor.

**Sandra, Laura, Ruby y Sanya:**

Amigas, gracias por su apoyo, son únicas, confío en todas ustedes, un beso a cada una, las adoro.

**Silvio:**

Primito gracias por estar ahí cuando te necesité, te quiero mucho.

**Claudia Lorett:**

Tus enseñanzas y consejos no los olvidare, más que una profesora, una gran amiga, que bueno saber que contamos contigo, te quiero mucho.

**Leonor**

## Lista de Tablas

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1</b>	
Frecuencia de conductas predictoras del TDAH en una semana de observación en la muestra de niños y niñas	58
<b>Tabla 2</b>	
Puntuaciones obtenidas por la muestra de niños y niñas en el formato de observación de conductas predictoras de TDAH	61

## LISTA DE GRÁFICAS

	<b>Pág.</b>
<b>Gráfica 1</b> Frecuencia de conductas predictoras del TDAH en una semana de observación en la muestra de niños y niñas	59
<b>Gráfica 2</b> Tasa de respuestas durante la observación de conductas en los niños y niñas	60
<b>Gráfica 3</b> Porcentaje de niños con clasificación diagnóstica de posible prevalencia de TDAH	62
<b>Gráfica 4</b> Porcentaje de niños y niñas de la muestra observada en el Instituto Docente de Turbaco	63
<b>Gráfica 5</b> Tipo de comportamiento predominante en la muestra de niños y niñas	64

**CONTENIDO**

	<b>Pág.</b>
RESUMEN.....	14
INTRODUCCIÓN.....	15
JUSTIFICACIÓN.....	17
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
Definición del Área de Estudio.....	19
Delimitación y Definición del Problema.....	22
Formulación del Problema.....	24
Variable de Estudio.....	24
Definición Conceptual de la Variable.....	24
Definición Operacional de la Variable.....	24
OBJETIVOS.....	27
Objetivo General.....	27
Objetivos Específicos.....	27
MARCO TEÓRICO.....	28
MÉTODO.....	52
Diseño.....	52
Participantes.....	52
Instrumentos.....	53
Procedimiento.....	56
RESULTADOS .....	57
DISCUSIÓN.....	69
REFERENCIAS.....	81
ANEXOS.....	84

**VALORACIÓN DE COMPORTAMIENTOS PREDICTORES DEL DÉFICIT  
DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS DE PRIMARIA EN EL  
INSTITUTO DOCENTE DE TURBACO**

**Leonor Teresa Carrasquilla Baena., María Rosa González Romero.,  
Catherine Sánchez**

**Director: Francisco Pereira**

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR  
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas  
Programa de Psicología  
Cartagena de Indias, D.T.**

**©2005**

**DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD**

## Resumen

Para describir los comportamientos predictores del Déficit de Atención con Hiperactividad en niños escolares del Instituto Docente de Turbaco, se utilizó un diseño exploratorio según los síntomas del TDAH. El instrumento fue un Formato de Valoración de tales conductas predictoras como son: distracción, descuido, atención selectiva, actividad motora excesiva, habla excesiva, socialización e impulsividad cognitiva. Se seleccionaron intencionalmente 15 infantes de ambos sexos de la Institución Educativa. Los principales hallazgos apuntan a que los comportamientos más significativos fueron “actividad motora excesiva”, “atención selectiva” y por último está la conducta de “hablar en exceso”. Lo que indica que los niños observados poseen un potencial para desarrollar comportamientos característicos del TDAH en los aspectos de interacción social, académico, en algunos casos, médico y psicológico. Los niños predominaron con un 60% en la clasificación obtenida entre prevalencia significativamente alta y muy alta, mientras que en las niñas, se consideran el 40% restante de los casos en ambos criterios diagnósticos. Lo que significa que los niños tienden a sobre-excesos de conducta motora, atención selectiva y a desinhibirse en la conducta verbal en algunos casos.

*Palabras Claves: Hiperactividad, Déficit de Atención, conductas predictoras.*

## **Introducción**

En el marco de la intervención del psicólogo en el área de la salud, se busca conocer primordialmente, cuáles de los comportamientos que se observan como típicos en los niños podrían ser indicadores de problemas de aprendizaje en el ámbito escolar. Por esta razón, la temática del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad o TDAH, es el objeto de estudio en el contexto educativo en concordancia con los aportes significativos que la Psicología de la Salud puede brindar como apoyo a la solución de conductas socialmente desadaptativas.

Sin embargo, el conocimiento del Trastorno en el presente trabajo monográfico, pretende no solo la valoración de conductas, sino buscar aspectos asociados a la manifestación conductual observada para generar un diagnóstico más concreto que permita tomar acciones necesarias para su intervención, bien sea terapéutica o farmacológica según el caso.

Bajo esta perspectiva, la presente monografía pretende describir los comportamientos predictores del TDAH, sin que se desligue aspectos como lo social, el académico, el médico y el psicológico que permita ampliar la posibilidad de asegurar que los registros de conductas si están midiendo comportamientos reales en los niños.

Teniendo en cuenta estas consideraciones el diseño de registros de observación que permitan predecir conductas características del TDAH tales como: (a) distracción; (b) descuido; (c) atención selectiva; (d) actividad

motora excesiva; (e) habla excesiva; (f) socialización, y (g) impulsividad cognitiva.

Estos aspectos se han convertido en un papel preponderante en la labor del psicólogo escolar bajo la concepción de la salud en el ámbito escolar, visto en términos oportunidades para la investigación del comportamiento desadaptativo como es el TDAH.



## **Justificación**

La importancia de llevar a cabo la investigación sobre esta temática, porque es de suma relevancia tener conocimiento acerca de los trastornos de hiperactividad TDAH para poder tratar a los niños que lo padecen, para saber acerca de los síntomas, tratamientos y cuales son los medicamentos que en alguna situación se pueden utilizar (Bauermeister, 2002).

El comportarse inquietos en los niños se considera como normal, cuando se produce dentro de una etapa de la vida infantil alrededor de los dos o tres años. El que un niño sea inquieto no tiene nada que ver con la sintomatología que se aborda en esta monografía. La falta de atención y la inquietud constante en el niño con síntomas que, por lo general, los padres comentan primero al médico de atención primaria, con frecuencia alertados por los profesores y educadores.

Este trastorno ha recibido muchos nombres en el pasado, daño o disfunción cerebral mínima, hiperkinesia, hiperactividad y déficit de atención. Pero en realidad todo ello engloba una alteración importante de la atención que, muy a menudo, se da con una extrema actividad en el niño.

Se estima que el porcentaje de los niños con este problema es entre el 3% y el 5% entre los niños en nivel escolar, siendo seis veces más frecuente en los varones (Macique, 2002).

Hoy en día hay mucha gente que desconoce este trastorno y lo que quiere dar a conocer en este trabajo monográfico es precisamente, investigar

cuáles son los comportamientos predictores del déficit de atención con hiperactividad en niños escolares en el Instituto Docente de Turbaco. Por tanto, el presente estudio es importante porque a nivel educativo les permite a psicopedagogos, psicólogos y psicoorientadores tener una herramienta práctica para la valoración de estos comportamientos, que desde la perspectiva conductual, puede servir para el diagnóstico eficaz de problemas prevalentes de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

En el área familiar, este trabajo radica su importancia en que los padres de familia pueden conocer fácilmente las conductas consideradas como predictoras del TDAH. A su vez, que les permite identificarlas con facilidad a partir del criterio de excesivo.

A nivel social, procura que al identificar los comportamientos y valorarlos, pueden desarrollar estrategias para readaptar el sujeto a su grupo social, pares y sociedad en general.

A nivel científico, el desarrollo de un instrumento más fácil de implementar como el aquí propuesto, permite ampliar la posibilidad de medir comportamientos ajustados a descriptores de conducta propias para el trabajo de campo en el área de la Psicología de la Salud en el ámbito educativo.

## **Planteamiento del problema**

### **Definición del área de estudio**

A pesar del enorme volumen de investigaciones efectuadas en las últimas tres décadas, la patología del TDAH sigue siendo un enigma sin resolver y apenas si se conocen unas pocas facetas de la misma. Por tanto, la evidencia científica disponible hasta el momento sugiere la presencia de alteraciones en las redes neuronales que conectan los ganglios basales y los lóbulos frontales, compuestas por sinapsis dopaminérgicas. Según algunos autores, sin embargo, los sistemas noradrenérgicos originados en el locus coeruleus, tendrían un papel preponderante y explicarían muchas de las manifestaciones clínicas de la enfermedad (Freides, 2002).

Las imágenes funcionales del cerebro, basadas en técnicas de tomografía por emisión de positrones (TEP) y por la tomografía por emisión de fotones computarizada (TEFC), han mostrado de forma consistente áreas de hipometabolismo a nivel frontal y de los ganglios basales. Tales resultados han sido confirmados mediante estudios de resonancia nuclear magnética los cuales muestran disminución de volumen en la región lateral de la corteza prefrontal y el cíngulo, el núcleo caudado, globos palidus y ciertas zonas del cuerpo calloso (Freides, 2002).

En las pruebas neuropsicológicas, los pacientes con TDAH exhiben conductas similares a las encontradas en individuos que han sufrido lesiones frontales. Entre los signos más frecuentes se encuentran fallas de atención,

comportamiento desorganizado, conducta impulsiva, pérdida de la inhibición motora, perseveración y dificultad para planear estrategias y resolver problemas. Una hipótesis planteada por los neurólogos y neuropsicólogos sostiene que la corteza frontal ejerce acciones inhibitorias sobre las áreas sensoriales del cerebro, de tal manera que evita su activación por estímulos irrelevantes. Cuando dicho sistema se altera aparecen fallas en la atención, pues cualquier estímulo externo es procesado por igual a nivel cortical. Ello impide que el individuo se concentre en el estímulo particular. Tales mecanismos parecen estar modulados por circuitos de dopamina y noradrenalina, los cuales son disfuncionales en los sujetos con déficit de atención e hiperactividad (Freides, 2002).

Existe una clara disposición genética para desarrollar la enfermedad, pues los familiares de una persona afectada tienen riesgo cinco veces mayor de desarrollar la entidad con respecto a la población en general. Sin embargo, los factores ambientales también juegan un papel preponderante. Por ejemplo, la anoxia perinatal, el trauma obstétrico meningocefálico, los traumatismos craneoencefálicos, la deficiencia nutricional y la exposición a tóxicos, constituyen elementos claramente relacionados con el desarrollo de la enfermedad. Así mismo, el contexto psicosocial parece intervenir de manera preponderante, según lo sugieren diferentes estudios epidemiológicos, cuyos hallazgos muestran una mayor incidencia de pérdidas o separaciones tempranas, privación psicoafectiva y elevado número de situaciones estresantes entre los pacientes con TDAH, respecto a los controles (Freides, 2002).

Con base en la información disponible hasta el momento ha sido propuesta una teoría aditiva, según la cual los niños con cierta predisposición desarrollan el trastorno cuando son sometidos a factores ambientales particulares y potenciadores. Aunque dicha hipótesis parece atractiva a la luz de los conocimientos actuales, hace falta la realización de trabajos adicionales antes de aceptar la validez de la misma (Macique, 2002).

Por tanto, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) representa el desorden de comportamiento más frecuente en la infancia. Según las diferentes series publicadas, su prevalencia oscila entre el 3% y el 5% de los niños en edad escolar, aunque algunos estudios han detectado problemas serios de atención hasta en un 20% de la población pediátrica (Maciques, 2004).

Los cambios de distractibilidad, conducta impulsiva y exceso de actividad motora en tales pacientes, constituyen un motivo de preocupación para padres y maestros. Para el médico, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad es un motivo de consulta permanente y un verdadero reto terapéutico, pues requiere la utilización intensiva de medidas farmacológicas y de psicoterapia, tanto para aliviar los síntomas como para reinsertar al niño a su medio social. Para el manejo de estos pacientes es ideal la conformación de un equipo interdisciplinario, que incluye al médico de atención primaria, los padres, los maestros, así como el psicólogo escolar y en algunos casos se requiere de psiquiatras infantiles y neuropediatras (Maciques, 2004).

Sin un tratamiento, el pronóstico es sombrío. En tales casos, abundan las complicaciones de todo tipo como son: el fracaso escolar, rechazo social, trastornos del aprendizaje y alteraciones emocionales, entre otros. Por ello, es responsabilidad de los profesionales de la salud diagnosticar y tratar de manera precoz el problema y evitar así desenlaces no deseados.

### **Delimitación y definición del problema**

La hiperactividad, considerada como alteración del comportamiento por déficit de atención, afecta a niños de corta edad y se manifiesta porque presentan niveles de actividad exacerbados, dificultad de concentración, incapacidad para controlar los impulsos, intolerancia para la frustración y, en muchos casos, problemas de comportamiento. Ciertos estudios sugieren que hasta dos tercios de los niños que padecen este cuadro continuarán manifestándolo en la edad adulta, aunque la mayoría de estos adultos no son diagnosticados de forma adecuada (Bauermeister, 2002). La hiperactividad fue denominada durante un tiempo disfunción mínima cerebral, pero estudios posteriores han demostrado que los niños afectados por la enfermedad en sí, no tienen alteraciones orgánicas cerebrales ni padecen un trastorno mental. No se conoce su causa y, debido a que este cuadro clínico presenta un conjunto de síntomas, el diagnóstico no siempre es sencillo ya que requiere de más aspectos que lo evidencien entre ellos, el diagnóstico médico, el psicológico, deterioro de la interacción social, sobre-exceso de conducta asociados a problemas escolares y académicos.

Para Freides (2002), la Tomografía de Emisión de Positrones (TEP), en medicina nuclear, es una técnica utilizada para obtener imágenes de los

tejidos corporales internos. La TEP requiere un ciclotrón como fuente local de positrones de vida media corta emitidos por isótopos. Los isótopos se inyectan al paciente junto con un compuesto relacionado con la glucosa, y los positrones chocan con los positrones en los tejidos corporales para producir fotones. Los fotones son seguidos por un contador tomográfico de centelleo, y la información es procesada por una computadora que proporciona imágenes y datos sobre el flujo sanguíneo y los procesos metabólicos de los tejidos observados. Los registros con TEP son muy útiles para el diagnóstico de tumores cerebrales y del efecto de los accidentes cerebrovasculares, así como de varias enfermedades mentales. También se utilizan en investigación sobre el cerebro y en el estudio del mapa de las funciones cerebrales.

El tratamiento para la hiperactividad por déficit de atención es controvertido. Los fármacos estimulantes como el metilfenidato (Ritalin) se han mostrado efectivos para “frenar” la hiperactividad, aunque no siempre permiten mejorar el aprendizaje, y pueden interferir con el apetito y el sueño. Ciertos médicos aseguran que una dieta libre de aditivos mejora el cuadro clínico, pero esta teoría no ha sido confirmada científicamente. La mayoría de los psicólogos infantiles recomiendan programas de educación diseñados específicamente para niños hiperkinéticos hasta que alcancen la adolescencia, periodo a partir del cual, muchos de estos problemas mejoran. Estos programas requieren esfuerzo y constancia por parte de los padres, aulas con un ambiente carente de elementos que generen distracción y técnicas que fomenten la concentración en tareas sencillas (Freides, 2002).

**Formulación del problema**

¿Cuáles son los comportamientos predictores del déficit de atención con hiperactividad en niños escolares en el Instituto Docente de Turbaco?.

**Variable de Estudio****Definición conceptual de la Variable de Estudio**

El TDAH es definido como la alteración del comportamiento por déficit de atención, afecta a niños de corta edad y se manifiesta porque presentan niveles de actividad exacerbados, dificultad de concentración, incapacidad para controlar los impulsos, intolerancia para la frustración y, en muchos casos, problemas de comportamiento (Orjales, 2005).

**Definición operacional de la Variable de Estudio**

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad, se mide a partir de una información sobre conductas: (a) distracción; (b) descuido; (c) atención selectiva; (d) actividad motora excesiva; (e) habla excesiva; (f) socialización y (g) impulsividad cognitiva. Estas categorías se evaluarán en un formato de observación diseñado para tal fin (García y Magaz, 2003).

**CONTROL DE VARIABLES**

<b>QUÉ</b>	<b>CÓMO</b>	<b>POR QUÉ</b>
<b>De los sujetos</b>		
Sexo	Seleccionando para la muestra niños y niñas.	Es característica de la población con la que se trabajó.
Edad	Los niños deben tener edades comprendidas entre 6 y 11 años.	Es la edad optada para el estudio y en la cual se presentan los casos de TDAH.
Nivel de escolaridad	Los niños deben ser escolares en los diferentes cursos.	Permitirá así, orientar las observaciones de acuerdo al procedimiento empleado.



Mortalidad	Escogiendo niños que asistan continuamente a la Institución Educativa.	De esta forma se controla la deserción de los participantes del estudio y se evitan sesgos en la muestra estipulada.
------------	--	--

**Del investigador**

Entrenamiento previo	A través del manejo teórico – práctico de los instrumentos y material de trabajo utilizados para el estudio.	Se hace necesario conocer las instrucciones del Formato de Valoración que se utilizan para el Proyecto.
Instrucciones	Impartiendo las mismas instrucciones para todos los observadores exactamente, con las pautas normativas del Formato de Valoración.	Se hace necesaria la adecuada información al momento de dar las instrucciones oralmente, si es necesario, se deben reiterar con el fin lograr colaboración.

**Del ambiente**

Lugar de aplicación	Se realizará en el ambiente natural del niño dentro de la planta física del Instituto Docente de Turbaco.	Para mantener las condiciones de evaluación de manera estándar y evitar la reactividad, la no colaboración y la deserción por la condición de evaluación y tratamiento.
Hora / tiempo	Se seleccionará de acuerdo a la decisión impartida por los observadores o el psicólogo escolar y el maestro de cada curso, quien coordinará las actividades de trabajo y contacto con los niños.	De esta manera se podría establecer el tiempo empleado en el desarrollo de las sesiones de observación, de lo contrario, no se obtendrían los resultados teniendo en cuenta el cronograma de actividades.
Instructores	Será una sola persona la que proporcione la información al maestro, es decir, como son dos investigadores, cada una tendrá una función que cumplir.	De esta forma se controlará la reactividad ante la forma de evaluación de los niños frente al proceso de proporcionar información importante sobre ellos.

---

**Del instrumento**

---

Validez y confiabilidad	Los instrumentos de recolección serán sometidos a Estudio Piloto por parte de las investigadoras, una vez contruidos con base en un Marco Referencial.	De esta forma se obtiene una confiabilidad y se verifica una validez por jueces.
Tiempo de aplicación	Será de una jornada ordinaria escolar (7:00 am – 12:00 pm).	Es el tiempo suficiente para que los observadores diligencien el instrumento diseñado.
Forma de aplicación	El formato será utilizado para un solo niño.	Debido a que se utilizará un diseño intrasujeto.

**Del procedimiento**

---

Número de sesiones de Observación	Serán 5 sesiones de observación durante una jornada escolar.	De esta forma se recopilará la información necesaria incluyendo los imprevistos a que haya lugar durante el desarrollo de la investigación.
Manejo de la información	Será garantizada la confidencialidad de la información obtenida por cada niño de acuerdo a la información brindada de su núcleo familiar, condición clínica, socialización, etc.	Así se acordará con los maestros y familiares la garantía de no suministrar esta información a cualquier persona natural o jurídica, diferente a la institución Educativa respectiva.

---

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Describir los comportamientos predictores del déficit de atención con hiperactividad en niños de primaria en el Instituto Docente de Turbaco”.

### **Objetivos específicos**

1. Identificar las características del comportamiento de los niños en cuanto a la frecuencia de presentación, clase de comportamiento y el grado de intensidad de los mismos posterior a la evaluación realizada por los maestros.
2. Determinar los factores y/o estímulos asociados a los comportamientos característicos del déficit de atención que se relacionen con la posible manifestación hiperactiva en los niños observados.
3. Analizar los comportamientos asociados a problemas de interacción social, académico, médico y psicológico en cada uno de los casos evaluados que conlleven a un diagnóstico más acertado sobre el problema de conducta.
4. Recomendar estrategias de acción terapéutica para tomar como medida de control del problema en ambientes escolares, empleando como al maestro y al terapeuta como apoyo en el proceso de reinserción social del niño.
5. Elaborar una lista de chequeo o un inventario de conductas que permitan predecir el TDAH en los niños del Instituto Docente de Turbaco.

### **Marco Teórico**

La hiperactividad es un trastorno de la conducta en niños, descrito por primera vez en 1902 por Still. Se trata de niños que desarrollan una intensa actividad motora, que se mueven continuamente, sin que toda esta actividad tenga un propósito. Van de un lado para otro, pudiendo comenzar alguna tarea, pero que abandonan rápidamente para comenzar otra, que a su vez, vuelven a dejar inacabada. Esta hiperactividad aumenta cuando están en presencia de otras personas, especialmente con las que no mantienen relaciones frecuentes. Por el contrario, disminuye la actividad cuando están solos (García y Magaz, 2003).

Según Still, estos niños son especialmente problemáticos, poseen un espíritu destructivo, son insensibles a los castigos, inquietos y nerviosos. También son niños difíciles de educar, ya que pocas veces pueden mantener durante mucho tiempo la atención puesta en algo, con lo que suelen tener problemas de rendimiento escolar a pesar de tener un cociente intelectual normal. Son muy impulsivos y desobedientes, no suelen hacer lo que sus padres o maestros les indican, o incluso hacen lo contrario de lo que se les dice. Son muy tercos y obstinados, a la vez que tienen un umbral muy bajo de tolerancia a las frustraciones, con lo que insisten mucho hasta lograr lo que desean. Esto junto sus estados de ánimos bruscos e intensos, su temperamento impulsivo y fácilmente excitable, hace que creen frecuentes tensiones en casa o en el colegio. En general son niños incapaces de estarse quietos en los momentos que es necesario que lo estén. Un niño que se mueva mucho a la hora del recreo y en momentos de juego, es normal. A

estos niños lo que les ocurre es que no se están quietos en clase o en otras tareas concretas (García y Magaz, 2003).

Still (1902), citado por Freides (2000), describió a 43 participantes (niños) que se caracterizaban por ser frecuentemente "agresivos, desafiantes y resistentes a la disciplina, excesivamente emocionales y con inhibición volitiva". Asimismo, quedó impresionado por las dificultades que estos niños tenían para mantener la atención. Still creyó que estos niños presentaban un importante "déficit en el control moral de su conducta", que era prácticamente crónico en la mayoría de los casos.

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

En la década de los 60, cobra mayor relevancia el concepto de "Síndrome del niño hiperkinético" que hace hincapié en la excesiva actividad motora del trastorno (García y Magaz, 2003).

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

la adolescencia) (Documento html disponible en [www.shands.or/health/spanish/esp\\_ency/article/003256.htm](http://www.shands.or/health/spanish/esp_ency/article/003256.htm)).

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

En el momento actual el DSM-IV sólo utiliza la denominación "Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad" (TDAH) y con relación a la predominancia de síntomas distingue tres subtipos de trastorno: predominantemente combinado, predominantemente hiperactivo y predominantemente de atención (Documento html disponible en [www.shands.or/health/spanish/esp\\_ency/article/003256.htm](http://www.shands.or/health/spanish/esp_ency/article/003256.htm)).

El primero, cumple los criterios de atención y de hiperactividad; el segundo cumple los criterios de hiperactividad pero no llega a los necesarios de falta de atención, y el tercero, cumple al menos seis de los criterios de déficit de atención, pero no los de hiperactividad (Documento html disponible en [www.psicologoinfantil.com/articulohiperactivo.htm](http://www.psicologoinfantil.com/articulohiperactivo.htm)).

Sin embargo, el más común es el combinado y, en las niñas, parece predominar el de inatención. En los tipos combinados, la hiperactividad e impulsividad hacen que, con bastante frecuencia, sufran accidentes, puesto que no son capaces de calibrar los peligros de sus acciones, por ejemplo, cruzar en rojo, patinar en terrenos no adecuados, lanzarse con la bicicleta por una pendiente muy empinada, etc.

Esta falta de atención y exceso de actividad suelen producir también problemas graves en el aprendizaje, aunque su capacidad intelectual sea normal o superior, y precisamente ese fracaso escolar, suele ser el principal motivo por el que acuden a consulta.

Es evidente que, con todos estos trastornos, son niños que también presentan problemas emocionales. No es raro que tengan un comportamiento social indiscreto, sin freno, y molesto. Este descontrol, casi constante, genera desconfianza e irritación en padres y maestros, así como rechazo de los hermanos y compañeros lo que hace que pueda ser un niño aislado (Documento html disponible en [www.psicologoinfantil.com/articulahiperactivo.htm](http://www.psicologoinfantil.com/articulahiperactivo.htm)).

Además, aproximadamente, el 40% de los niños con este trastorno tienen dificultades en el aprendizaje, lo que motiva, si no es tratado adecuadamente, el abandono de los estudios en la adolescencia. Y casi el 50% de estos niños tienen asociada alguna alteración psiquiátrica, sobretodo problemas de ansiedad, con rabietas y miedos o depresión y baja autoestima, en un 20% de los casos, también trastorno de oposición en un 25% y todo tipo de trastornos de conducta (Documento html disponible en [www.psicologoinfantil.com/articulahiperactivo.htm](http://www.psicologoinfantil.com/articulahiperactivo.htm)).

Para Cañoto y López (2000), la baja autoestima, está presente al menos en un 25%. Presentan también mayor riesgo de presentar conductas antisociales en la adolescencia, especialmente si se da en familias de riesgo (abuso de drogas, alcoholismo, violencia).

Aunque la sintomatología mejora notablemente con la edad, los síntomas pueden persistir en la edad adulta, hasta en un 40 a 60% de los casos.

Entre las causas de este trastorno intervienen factores biológicos y genéticos. Entre los no genéticos podemos hablar de complicaciones prenatales, peri natales y postnatales. Se sabe que predispone a padecer el trastorno el consumo materno de alcohol y drogas, incluso de tabaco; también influye el bajo peso al nacer, la anoxia, lesiones cerebrales, etc. Los factores ambientales pueden contribuir a su desarrollo aunque no hablaríamos en este caso de etiología pura. Las psicopatologías paternas, el bajo nivel económico, la marginalidad, el estrés familiar, en fin, un entorno inestable podría agravar el trastorno (Cañoto y López, 2000).

Por otra parte desde el punto de vista genético, todos los estudios inciden en que la existencia del mismo trastorno en hermanos es de un 17 a un 41%. En cuanto a gemelos univitelinos el porcentaje de trastorno común es hasta del 80%. Si el padre o la madre han padecido el síndrome sus hijos tienen un riesgo del 44% de heredarlo (Cañoto y López, 2000).

El TDAH es un trastorno relativamente frecuente. En Europa, la prevalencia se sitúa entre el 1, 2 - % de los escolares de 6 – 7 años. En España, existen pocos estudios pero las cifras parecen similares con una prevalencia entre 3 – 5 % de los escolares si bien algún estudio, como el realizado en la comunidad valenciana, recoge cifras de hasta el 8,1 + 2,7 % a la edad de 10 años. El trastorno es más frecuente en los niños siendo la relación niño/niña de 2/1 – 4/1, aunque esto parece traducir un



infradiagnóstico de casos en niñas, en quienes predomina el trastorno de tipo inatento, de más difícil diagnóstico. Al final de la adolescencia se establece un equilibrio en la relación niño/niña de 1/1 (García y Magaz, 1997).

Dado que en cada clase, por tanto, existen uno o dos alumnos con TDAH y puesto que el trastorno interfiere significativamente en el rendimiento escolar del niño que lo padece, éste constituye un importante problema para él y para el resto de sus compañeros escolares.

Además, los síntomas pueden persistir hasta la edad adulta en un 40 – 60 % de los casos, período en el que se manifiesta por dificultades en las relaciones interpersonales, laborales y sociales y por su alta comorbilidad con personalidad disocial, dependencia de fármacos y alcoholismo, entre otros trastornos de conducta. Aproximadamente en un 20% de los casos en que el TDAH persiste en la adultez se presentaría esta comorbilidad.

Para Bauermeister (2002), los indicadores de hiperactividad en los distintos momentos evolutivos del niño son los siguientes:

-De 0 a 2 años:

Descargas mioclónicas durante el sueño, 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.

La hiperactividad infantil es bastante frecuente, calculándose que afecta aproximadamente a un 3% de los niños menores de siete años y es más común en niños que en niñas (hay 4 niños por cada niña). En el año 1914 el doctor Tredgold argumentó que podría ser causado por una disfunción cerebral mínima, una encefalitis letárgica en la cual queda afectada el área del comportamiento, de ahí la consecuente hiperkinesia compensatoria; explosividad en la actividad voluntaria, impulsividad orgánica e incapacidad de estarse quietos. Posteriormente en el 1937, C. Bradley descubre los efectos terapéuticos de las anfetaminas en los niños hiperactivos. Basándose en la teoría anterior, les administraba medicaciones estimulantes del cerebro (como la benzedrina), observándose una notable mejoría de los síntomas (Bauermeister, 2002).

Los síntomas pueden ser clasificados según el déficit de atención, hiperactividad e impulsividad:

- 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.
- Presencia de conductas disruptivas (con carácter destructivo).
- Incapacidad para inhibir conductas: dicen siempre lo que piensan, no se reprimen.
- Incapacidad para aplazar las cosas gratificantes: no pueden dejar de hacer las cosas que les gusta en primer lugar y aplazan todo lo que pueden los deberes y obligaciones. Siempre acaban haciendo primero aquello que quieren.
- Impulsividad cognitiva: precipitación, incluso a nivel de pensamiento.
- En los juegos es fácil ganarles por este motivo, pues no piensan las cosas dos veces antes de actuar, no prevén, e incluso contestan a las preguntas antes de que se formulen.

Para Bauermeister (2002), los padres suelen definir a un hijo hiperactivo como inmaduro, maleducado y grosero. Sus comportamientos generan conflictos en la familia, desaprobación y rechazo. Son irritantes y frustrantes en cuanto al éxito educativo de los padres, y algunos niños tienden al aislamiento social. Este trastorno ya se detecta antes de los 7 años y unos tienen síntomas más graves que otros. Una cosa que hay que tener en cuenta, es que si los padres riñen exageradamente al niño hiperactivo, pueden estar fomentando un déficit de autoestima por su parte (sobre todo si lo critican por todo lo que hace) y realimentan el trastorno, ya que el pequeño acabará por no esforzarse por portarse bien, pues verá que siempre acaban riñéndole haga lo que haga.

El tratamiento depende de cada caso individual, en el caso del farmacológico éste se administra a base de estimulantes para ayudar a que el niño pueda concentrarse mejor, y sedantes en el caso de que el niño muestre rasgos psicóticos.

El tratamiento psicoterapéutico está destinado a mejorar el ambiente familiar y escolar, favoreciendo una mejor integración del niño a la vez que se le aplican técnicas de modificación de conducta.

El tratamiento cognitivo o autoconstrucciones, se basa en el planteamiento de la realización de tareas, donde el niño aprende a planificar sus actos y mejora su lenguaje interno. A partir de los 7 años el lenguaje interno asume un papel de autorregulación, que estos niños no tienen tan desarrollado. Para la realización de cualquier tarea se le enseña a valorar primero todas las posibilidades de la misma, a concentrarse y a comprobar los resultados parciales y globales una vez finalizada (Maciques, 2004).

La hiperactividad por déficit de atención (con niños mayores y si es muy acentuada) es un síntoma que se presenta cuando hay una lesión cerebral, y al igual que todos los síntomas no se pueden solucionar sin tratar la causa que los origina, sería imposible que solucionaríamos un problema de obesidad con una liposucción, si la persona tratada continúa con los mismos hábitos alimenticios o si tiene un problema metabólico, no pasara mucho tiempo, para que su peso vuelva a aumentar, así como no podemos quitar una fiebre alta, síntoma de una infección intestinal si no solucionamos dicha infección.

Para Freides (2002), este trastorno de conducta es uno de los miles de nombres que erróneamente se le dan a un problema, debido a que es uno de los muchos síntomas de una lesión cerebral, y por lo tanto la única manera de solucionar la hiperactividad, es identificando cual es realmente la lesión, en que parte del cerebro y que tan lesionado se encuentra, conociendo esto y la manera ordenada y lógica como se desarrolla la estructura del cerebro humano, podremos solucionar realmente el problema y desaparecerán sus síntomas como la hiperactividad o el déficit de atención.

Sin embargo, estas manifestaciones de comportamiento excesivo son normales, naturales y necesarias. Entre los dos y los tres años de edad, (gradualmente) pero después de esta edad es extraño ver a un ser humano hiperactivo. La concentración depende de las herramientas que tengamos para asimilar información útil, mientras más habilidades mayor concentración. Los niños que presentan hiperactividad originada por una lesión cerebral en un porcentaje de su cerebro, si son atendidos de manera correcta, (tratando la lesión cerebral con la estimulación adecuada) le permitirá continuar con la formación correcta de su estructura cerebral y serán niños y adultos normales capaces de desarrollar su inteligencia de manera normal y hasta superior. Pero si son tratados sus síntomas sin solucionar el problema, con droga como Ritalina que lo volverán mas lento, nunca logran solucionar el problema y por el contrario tendrá otros ocasionados por el consumo de estas drogas y su dosis tendrá que aumentar proporcionalmente a su tamaño y a la tolerancia de su cuerpo a la misma. A no ser que ocurra un milagro o sea estimulado involuntariamente por su entorno (Freides, 2002).

Por su parte, las lesiones cerebrales como todos los problemas pueden ir desde moderados hasta severos, cuando la lesión es moderada, muchas de las funciones del cerebro se podrán realizar correctamente, por ejemplo, podrá hablar correctamente, ser muy hábil físicamente y despierto pero ser incapaz de leer o ser hiperactivo. Pero si la lesión es más severa muchas de las funciones del cerebro se verán afectadas como la movilidad, el habla, la capacidad manual etc.

Este trastorno ha recibido muchos nombres en el pasado, daño o disfunción cerebral mínima, hiperkinesia, hiperactividad y déficit de atención. Pero en realidad todo ello engloba una alteración importante de la atención que, muy a menudo, se da con una extrema actividad en el niño, comprometiendo el área frontal del cerebro (Ver Figura 1).

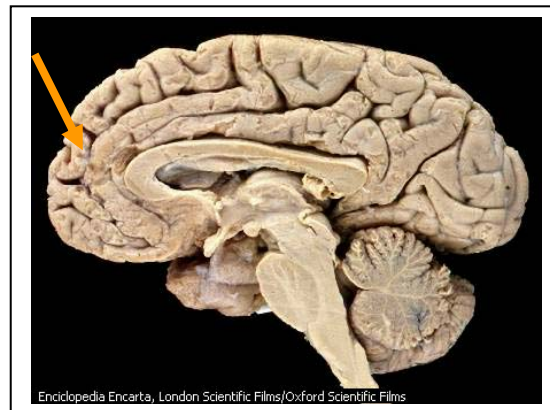


Figura 1. Encéfalo humano (la flecha indica el área frontal donde ocurren las alteraciones orgánicas que dan origen al TDAH)

Parece que existe una disfunción del lóbulo frontal y por otra parte desde el punto de vista neuroquímico existe una deficiencia en la producción de importantes neurotransmisores cerebrales. Los neurotransmisores son sustancias químicas que producen las neuronas, es decir las células

nerviosas. Para que se produzca una buena comunicación entre las neuronas y todo funcione normalmente debe existir la cantidad adecuada de determinados neurotransmisores que en este caso son la dopamina y la noradrenalina. En el niño con TDAH existe una producción irregular en estos dos neurotransmisores y, por ello, la medicación que se les da y de la que hablaremos más adelante, está orientada a regularizar la producción de esas sustancias (Freides, 2002).

Con los adelantos científicos actuales es posible visualizar el funcionamiento del cerebro como vemos en esta imagen realizada por PET (Tomografía por Emisión de Positrones) en la que se ven dos cerebros (Ver Figura 2).

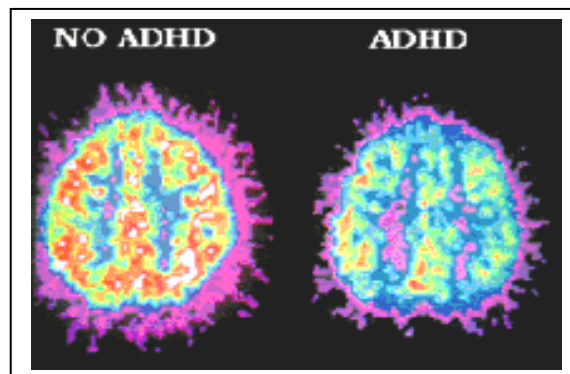


Figura 2. Tomografía de Emisión de Positrones en dos cerebros uno con presencia de TDAH y otro con ausencia

La figura 2, muestra dos cerebros uno es el de un niño sin el trastorno y el otro es un niño aquejado de TDAH. La parte roja, anaranjada y blanca del cerebro del niño sin el trastorno nos indica que existe mucha más actividad ante una tarea que requiere atención continuada. Falla por tanto la actividad que es necesaria para focalizar la atención. Según Freides (2002),

el porcentaje de niños con este problema se estima entre el 3 y el 5%, entre los niños en edad escolar, siendo seis veces más frecuente en los varones.

Es por esto básico, y dada la importancia de este trastorno, que saber distinguir perfectamente entre un niño inquieto y un niño con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, para poder abordar lo antes posible el tratamiento adecuado (Freides, 2002).

Para lograr un diagnóstico del trastorno, se debe empezar por ponerle un nombre que es el que se utiliza en la actualidad. Se le denomina, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad aunque también existen tipos de trastornos de atención sin que se evidencie un exceso de actividad.

Antes de enumerar los síntomas, tal y como han sido descritos por la sociedad americana de psiquiatría, para considerar el trastorno como tal, hablaremos de cómo son estos niños para sus padres: en principio y como regla general, son niños cuyas madres siempre suelen estar, como aquella película "al borde del ataque de nervios". Son niños que desde que nacen están dando la lata, no duermen bien o lloran, o son espabiladísimos y enseguida se levantaban de la cuna, parecen muy inteligentes porque suelen hablar mucho y con desparpajo, y aparentemente su desarrollo ha sido normal. Simplemente es un niño insufrible al que no podemos llevar a ningún lado, agota a todo el mundo, desquicia a la familia y no para quieto ni un minuto (Orjales, 2005).

Cuando empieza la etapa escolar comienzan los fracasos. Los maestros se percatan de que no presta la más mínima atención, hasta el



punto de que a veces son enviados al otorrino para realizar una audiometría porque parece estar “sordo”.

Ahora se pasa a enumerar los síntomas que deben darse, como mínimo 6 de ellos, y que están enumerados en el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la sociedad americana de psiquiatría: DSM IV (Orjales, 2005).

### ***Síntomas de desatención***

1. A menudo no presta atención a los detalles, tiene errores por descuido y el trabajo escolar suele ser sucio y desordenado (Orjales, 2005).
2. Tiene dificultades para mantener la atención, incluso en los juegos.
3. A menudo, parece no escuchar cuando se le habla directamente, parece tener la mente en otro lugar o como si no oyera.
4. No finaliza tareas escolares, pasa de una actividad a otra sin terminar la anterior. No sigue instrucciones ni órdenes.
5. Dificultad para organizar tareas y actividades.
6. Evitan situaciones que exigen una dedicación personal y concentración (por ejemplo, tareas de papel y lápiz)
7. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, ejercicios escolares, juguetes, lápices, libros, etc.) y suelen tratarlos sin cuidado (García y Magaz, 2003).

8. Se distraen con facilidad ante estímulos irrelevantes, pueden dejar las tareas que están haciendo para atender ruidos o hechos triviales que son ignorados por los demás (una conversación lejana, el ruido de un coche)
9. Son olvidadizos en sus tareas cotidianas (olvidan el bocadillo, los deberes, la hora del partido, etc.)

Se ha visto los criterios que se consideran para tener un grave problema de atención, veamos ahora los síntomas de la hiperactividad e impulsividad que coexiste con la falta de atención la mayor parte de las veces (García y Magaz, 2003).

### ***Síntomas de hiperactividad***

1. Suele mover en exceso manos y pies y se retuerce en su asiento (García y Magaz, 2003).
2. A menudo abandona su asiento en clase o no es capaz de estar sentado cuando debe.
3. Corre o salta en situaciones en las que resulta inadecuado hacerlo.
4. Experimenta dificultades para jugar tranquilamente o dedicarse a actividades de ocio.
5. Parece estar siempre en marcha, como si tuviera un “motor”.
6. A menudo habla excesivamente.
7. Dan respuestas precipitadas, antes de que las preguntas se acaben de formular.

8. Puede tener dificultades para aguardar su turno en cualquier situación.
9. También suele entrometerse o entorpecer los asuntos de los demás, tocan cosas que no deben, hacen payasadas.

Esta falta de atención y exceso de actividad suelen producir también problemas graves en el aprendizaje, aunque su capacidad intelectual sea normal o superior, y precisamente ese fracaso escolar, suele ser el principal motivo por el que acuden a consulta. Ahora se presentan algunos de los síntomas que presentan en la evaluación de su aprendizaje (García y Magaz, 2003).

#### ***Síntomas de dificultades de aprendizaje***

1. Variabilidad. Son niños que tienen amplias variaciones en sus respuestas, son los típicos niños de los que se dice “puede hacerlo porque ayer realizó perfectamente esa tarea, cuando hoy es un desastre” (García y Magaz, 2003).
2. Retraso psicomotor, que varía desde la simple torpeza motriz hasta “dispraxias importantes”, es decir problemas en las nociones de su esquema corporal, del tiempo y del espacio. Dificultades que se agudizan cuando tiene que realizar algo con ritmo.
3. Trastorno del lenguaje de tipo expresivo, con vocabulario limitado y dificultades a la hora de expresarse. Problemas en el área de lectura. Dislexia.

4. Dificultades en la grafía, en la escritura: disgrafía y disortografía, porque existe una deficiente coordinación entre lo que ve y el movimiento manual, es decir, suelen presentar descoordinación visomotriz. Su escritura es torpe, con tachones, desordenada, su ortografía con múltiples faltas y confusiones.

Es evidente que, con todos estos trastornos, son niños que también presentan problemas emocionales. No es raro que tengan un comportamiento social indiscreto, sin freno, y molesto. Este descontrol, casi constante, genera desconfianza e irritación en padres y maestros, así como rechazo de los hermanos y compañeros... lo que hace que pueda ser un niño aislado (García y Magaz, 2003).

En cuanto a las características personales que presenta y que pueden ayudarnos a seguir clarificando este síndrome están:

### ***Síntomas personales***

1. Emotividad muy variable, cambian frecuentemente de humor, pueden pasar de la risa al llanto con cierta facilidad.. son explosivos, de rabietas constantes.
2. Acentuados sentimientos de frustración, baja tolerancia ante los problemas. Insiste una y otra vez en que se realicen sus peticiones.
3. Problemas de relación con los compañeros. Desadaptación social.
4. Problemas de ansiedad, agresividad, oposición, disconformidad...
5. Algunos de ellos presentan enuresis (orina nocturna).

Una vez descritas las características que pueden presentar, aunque evidentemente no todos los niños tienen todas las alteraciones, se puede comprender perfectamente que sean niños que suelen ser el punto central de las discusiones familiares, puesto que son niños que “desquician” fácilmente y no siempre se sabe como tratarlos, por lo que se producen constantes enfrentamientos en la familia (García y Magaz, 2003).

La falta de atención que pone en tareas que requieren un esfuerzo suele interpretarse como pereza y además en ocasiones podemos encontrarnos con niños que tienen el trastorno, pero que son capaces de estar sin síntomas en una situación nueva, cuando existe mucho control, o ante actividades muy interesantes (como los videojuegos), lo que hace que sus padres piensen que el comportamiento anómalo es voluntario, “que para lo que le interesa sí que se fija” y esto complica aún más el problema. Estos padres no saben que existe una importante deficiencia del autocontrol, que tiene base neurobiológica, como ya hemos visto anteriormente.

Hay pues que armarse de paciencia y saber que el trastorno, que es acusadísimo en la primera parte de la infancia, suele ir mejorando con la edad, aunque existen aún alteraciones en la vida adulta, casi en una tercera parte de los casos.

Para García y Magaz (2003), en la población infantil aproximadamente cinco de cada cien niños presentan este trastorno, aunque desgraciadamente la mayoría no son diagnosticados, y por ello se les trata como niños torpes, maleducados, consentidos, o simplemente con mucho carácter. Se les clasifica como niños con problemas de conducta, cuando en

realidad son niños que necesitan un tratamiento especial y, sobretodo y principalmente, un diagnóstico adecuado que arroje a padres y profesores una luz para que estos niños se sientan menos culpables de su falta de control.

¿Quiénes deben realizar el diagnóstico y cómo tratarlo? En principio, tanto el diagnóstico como el tratamiento deben ser multidisciplinarios. El examen de un psicólogo, y de un psiquiatra o neurólogo es imprescindible, porque las áreas que estos profesionales abarcan son básicas para reeducar un síndrome de déficit de atención con hiperactividad.

### **Tratamientos**

#### A) Farmacológico:

El tratamiento pues, puede ser farmacológico, como hemos visto antes y de orientación psicológica, con la finalidad de conseguir una reducción de la hiperactividad y un tratamiento adecuado para modificar las conductas impulsivas e incrementar la atención. El tratamiento farmacológico que debe prescribir un neurólogo o psiquiatra y que se está utilizando para estos niños es el metilfenidato (el famoso Rubifén o Ritalín), la dextroanfetamina (Dexedrina) y la pemolina magnésica como (Cylert) pero estos dos últimos no están disponibles en España. Todos estos medicamentos facilitan la acción de la dopamina y de la noradrenalina (los dos neurotransmisores implicados en el trastorno) y por ello actúan de inmediato (Freides, 2002).

El metilfenidato cuyos efectos del Rubifén, son inmediatos y empiezan a notarse a los 30 o 60 minutos tras la ingesta y comienza a disminuir en unas 3 a 6 horas después de haber tomado la pastilla. Quiere esto decir que

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

Se ha hablado mucho de este tipo de tratamiento y en España, más concretamente en Asturias, siguen existiendo reticencias por parte de muchos profesionales para recetar los fármacos, que desde luego no son la panacea del tratamiento pero que nos facilitan la tarea cuando tenemos que seguir una reeducación y un tratamiento psicológico con estos niños (Cañoto y López, 2000).

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

1. Insomnio, cuando la dosis se da demasiado tarde.
2. Puede haber pérdida de apetito.
3. En ocasiones puede ocasionar dolores de cabeza.
4. Molestias gástricas.

Estos dos últimos más leves.

La medicación se debe dar en pautas de dos o tres veces al día, dependiendo de la respuesta del niño a la medicación que deberán evaluar en un seguimiento semanal, los padres, profesores y el terapeuta. Normalmente el esquema de medicación es de 8 mañana, 11 de la mañana y antes de comer a las 14 o 15. Se establece la dosis óptima que se mantiene

todos los días de colegio en el caso de que no presente problemas de conducta importantes en casa, y si no también deben darse los fines de semana, tratando de dar la medicación discontinua, cesando durante las vacaciones escolares. Por otra parte está demostrado que esta clase de medicamentos no crean adicción física siguiendo las orientaciones del médico, como sucede con otros muchos fármacos.

Cerca de un 20% de los niños pueden dejar la medicación al cabo de un año, puesto que además se supone que se ha trabajado con ellos desde el plano psicológico (García y Magaz, 2003).

#### B) Tratamiento psicopedagógico

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

Familia - profesor - terapeuta

Las pautas que un niño con TDHA necesita en la familia.

#### ***Pautas familiares para un niño con TDAH***

De acuerdo con Maciques (2002), la familia deberá:

1. Tener normas claras y bien definidas.
2. Dar órdenes cortas y de una en una.
3. Propiciar un ambiente ordenado y muy organizado, sereno y sin gritos.
4. Reconocer el esfuerzo realizado por el niño. Aumentar su autoestima.
5. Evitar ser superprotectora y no dejarse manipular por sus caprichos.
6. Cumplir siempre los castigos y las recompensas ante sus acciones.



7. Darle pequeñas responsabilidades.
8. Aceptarle tal y como es.
9. Saber que el trabajo es mucho y que se necesita mucha constancia.
10. Fomentar sus puntos fuertes, sus facultades (Maciques, 2004).

***Pautas escolares para un niño con TDAH***

Según Maciques (2002), el profesor deberá:

1. Ser un profesor que comprenda y asimile el trastorno del niño, que se informe sobre él.
2. Sentarle en el lugar adecuado, lejos de estímulos, enfrente de él, entre niños tranquilos.
3. Darle órdenes simples y breves. Establecer contacto visual con el niño.
4. Darle encargos una vez que haya realizado el anterior, no dejar que deje las cosas a medio hacer.
5. No se le puede exigir todo a la vez, se debe desmenuzar la conducta a modificar en pequeños pasos y reforzar cada uno de ellos: si comienza por acabar las tareas, se le felicita para conseguirlo, luego que lo intente con buena letra y se valorará, más tarde que el contenido sea también correcto. Pedirle todo a la vez, le desmotivará porque no puede realizarlo.
6. Alternar el trabajo de pupitre con otras actividades que le permitan levantarse y moverse un poco.

7. Enseñarle y obligarle a mantener el orden en su mesa.
8. Hacer concesiones especiales, darle más tiempo en los exámenes, indicarle cuando se está equivocando por un descuido, o facilitarles un examen oral de vez en cuando para que descanse de la escritura, etc.
9. Darle ánimos continuamente, una palmada en el hombro, una sonrisa ante cualquier esfuerzo que presenta, por pequeño que sea. Premiar las conductas positivas es imprescindible, haber atendido, levantar la mano en clase, intentar buena letra, o contestar sin equivocarse son conductas a reforzar en el niño hiperactivo, dicho refuerzo puede ser con privilegios de clase ( borrar la pizarra, repartir el material, hacer recados, lo que además le permite moverse que es lo que necesita), o bien dedicarle una atención especial, reconocimiento o halago público: comentarios positivos en alto, o en privado a otro profesor para que lo oiga el niño, notas para casa destacando aspectos positivos, una felicitación de la clase, un trabajo en el corcho, etc.
10. Evitar humillarle o contestarle en los mismos términos. Evitar insistir siempre sobre todo lo que hace mal.
11. Tener entrevistas frecuentes con los padres para seguir su evolución.

#### Pautas terapéuticas para un niño con TDAH

Según Caciques (2002), el terapeuta deberá:

1. Orientar a los padres acerca del trastorno que padece su hijo.

2. Darles pautas de conducta y actuación con su hijo.
3. Reeducar las dificultades de aprendizaje asociadas ( dislexias, falta de memoria, discalculalias, disgrafías, etc)
4. Entrenarle en la resolución de problemas.
5. Entrenarle en habilidades sociales puesto que suele presentar problemas con los demás.
6. Entrenarle en técnicas de relajación.

En general estos niños solo necesitan que seamos conscientes de sus dificultades, de sus limitaciones, que sepamos, ya que el déficit de atención con hiperactividad es una entidad propia, con la sintomatología que acabamos de describir y, sobre la que aún, se están publicando continuos estudios, puesto que aún nos queda mucho por descubrir acerca de sus bases biológicas, la influencia del entorno y las posibilidades terapéuticas, pero creo que lo fundamental es que se reconozca el síndrome como tal (Maciques, 2004).

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

## **Método**

### **Diseño**

El diseño de investigación para el estudio es de tipo exploratorio, el cual va a permitir la determinación de tendencias, la identificación de relaciones potenciales entre variables, por ejemplo en: (a) la inmersión de las investigadoras en la exploración del conocimiento y el problema bajo estudio en la población de niños; (b) el establecimiento preciso de los instrumentos de medición para la valoración del problema de conducta relacionada con posibles casos de TDAH; (c) la observación de las condiciones de presentación de estímulos y/o factores asociados al problema evaluado; (d) la identificación de la información relacionada con problemas o desajustes en el aspecto académico, social, médico y psicológico como consecuencia del problema, y (e) el registro descriptivo de las valoraciones del comportamiento a partir de conductas predictoras del déficit de atención con hiperactividad prevalentes en los niños Danhke (1986), citado por Hernández, Fernández y Baptista (1998).

### **Participantes**

Las características de la población optada para el estudio son: infantes de ambos sexos con edades entre 6 y 11 años, debido a que la edad promedio para la manifestación plena del trastorno por déficit de atención con hiperactividad ocurre después de los 7 años de edad. Cabe anotar que las manifestaciones clínicas de la enfermedad aparecen antes de los 7 años y pueden ser agrupadas en tres grandes clases: fallas en la atención, hiperactividad y conducta impulsiva. Por ello, los niños pertenecientes a los

grados escolares del Instituto Docente de Turbaco se han delimitado como muestra en número de 15 distribuidos en los cursos: 1º, 2º, 3º y 5º.

### **Instrumentos**

El instrumento utilizado fue un Formato de Observación para valorar comportamientos predictivos del déficit de atención en niños escolares (Ver Anexo A), teniendo en cuenta los síntomas característicos del TDAH. Este formato fue diseñado por las autoras del trabajo monográfico, teniendo en cuenta los fundamentos conceptuales que describen los síntomas característicos del TDAH según el DSMIV, del cual se tomaron 7 conductas con definidos con 4 descriptores, en el cual se registran los datos de frecuencia en cada uno y al final, en cada conducta, se valora el grado de presentación de la misma de acuerdo a lo observado. A partir de ello, se establecen como datos de puntuación una escala intervalar con un criterio diagnóstico predictor del TDAH (Ver Anexo A). Se obtuvo un criterio de validez, realizado por un experto con el objeto de observar si mide lo que pretende medir; este instrumento fue validado a través de la aplicación del mismo con una población de 8 infantes escolares (validarlo con una población). También, se empleará como procedimiento de confiabilidad el método de mitades partidas o *split halves* para determinar por correlación lineal, si es confiable o no (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

El procedimiento consistió en aplicar una sola vez a un grupo, la medición o el conjunto de ítems. El cuestionario es dividido en dos mitades y las puntuaciones o resultados de ambas, son comparados. Si el instrumento es confiable, las puntuaciones de ambas deben estar fuertemente

correlacionadas, si un individuo con baja puntuación en una mitad, tenderá a obtener a mostrar u obtener una baja puntuación en la otra (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

Con base en esta premisa, se ha determinado el procedimiento de regresión lineal para graficar la tendencia de correlación, teniendo en cuenta la correlación  $r$  de Pearson (Ver Gráfico A).

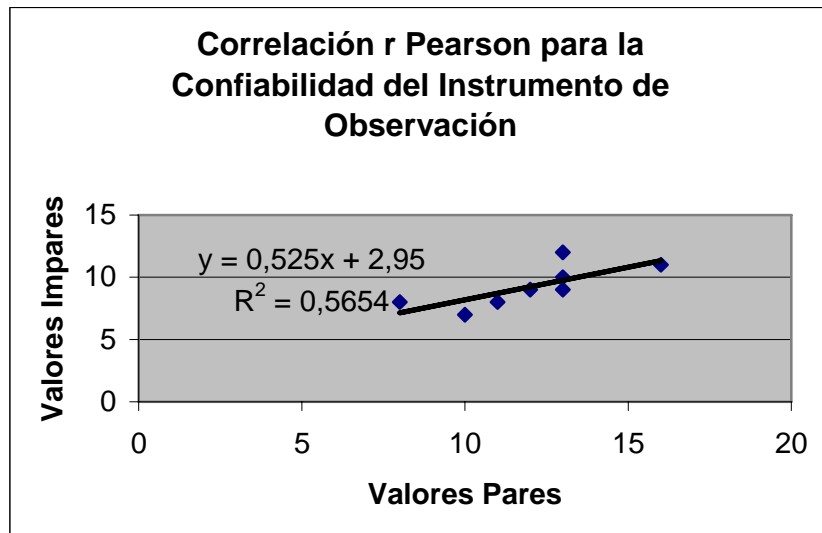


Gráfico A. Correlación  $r$  de Pearson para la confiabilidad del Instrumento de Observación TDAH

Teniendo en cuenta los resultados del método de mitades partidas, se tiene que la aplicación a la muestra piloto que se realizó con 8 estudiantes escolares de una institución educativa en el municipio de Turbaco, mostró una correlación positiva considerable de  $+ 0.75$ , lo cual demuestra que el instrumento es confiable, es decir, muestra una consistencia entre los datos obtenidos en un 75% de probabilidad.

Esto se puede observar con el coeficiente de determinación ( $R^2$ ), el cual es de 0.5654, que al sustraer la raíz cuadrada del mismo, se obtiene el coeficiente de correlación  $r$ . A partir de los datos arrojados por el STATGRAPHICS Plus con la fórmula de regresión lineal

$$Y = a + bX$$

Donde  $Y$  es un valor de la variable dependiente que se desea predecir, “ $a$ ” es la ordenada en el origen y “ $b$ ” la pendiente o inclinación. En el caso del paquete estadístico,  $a$ , es interpretado con *intercept*, y  $b$ , como *slope*.

A continuación se muestran los datos o resultados obtenidos en la muestra piloto, de acuerdo a la división planteada por el método de mitades partidas. Estos datos fueron correlacionados para obtener el coeficiente de confiabilidad  $r$  de Pearson.

**Tabla A.**

**Resultados de la división del instrumento para la muestra piloto**

Muestra	Suma Ítems Impares	Suma ítems Pares
1	16	11
2	13	10
3	13	9
4	8	8
5	11	8
6	13	12
7	12	9
8	10	7

El instrumento constó de 7 conductas en los cuales se determinaron 4 descriptores para evaluar la frecuencia de presentación de los mismos, a su

vez, se determinó una valoración del grado de prevalencia de la conducta predoctora de TDAH entre 1 y 4, tales conductas fueron: distracción, descuido, atención selectiva, actividad motora excesiva, habla excesiva, socialización e impulsividad cognitiva. A partir de esto, la valoración se realizará por medio de la puntuación en la escala numérica que será interpretada en una tabla de criterio diagnóstico cualitativo.

### **Procedimiento**

Teniendo en cuenta el esquema metodológico, inicialmente se concertó una reunión para el conocimiento del proyecto y la sensibilización del formato de observación por parte de los docentes que actuaron como observadores; de igual manera, este proceso se llevó a cabo con los niños por parte de las investigadoras. En esta reunión se conocieron aquellos aspectos que se relacionan con la experiencia de tener en la escuela presencia de comportamientos en los niños que puedan tomarse como referencia para un posible diagnóstico de Déficit de Atención con Hiperactividad. Esto se llevó a cabo en las instalaciones del Instituto Docente de Turbaco y tuvo una duración de 5 días hábiles.

Una vez conocidas las experiencias de los maestros con relación a la temática, se procede en otro encuentro, al entrenamiento con el Formato de observación y la aplicación del mismo (Ver Anexo A). Para ello, se empleó un día en la semana con dos horas de sesión en las mismas instalaciones del Instituto Docente de Turbaco. Con la aplicación del instrumento, se pretende identificar las conductas características del TDAH prevalentes en los niños, su frecuencia de presentación y el grado en que se da la conducta.



Posteriormente, se establecieron las fechas en la que se llevó a cabo las observaciones en los respectivos cursos (1º, 2º 3º y 5º) en la jornada matinal. Durante el desarrollo de la valoración de las conductas específicas con sus descriptores, se optaron como ambiente natural el aula de clases, el patio de descanso y la sala de informática. Estas actividades se orientaron por medio de objetivos educativos como parte del Plan de Atención de la Oficina de Bienestar Estudiantil del Instituto. Las actividades se desarrollaron en dos partes. La primera constó de 2 observadores ubicados en las aulas y la segunda parte, de 2 observadores ubicados en el patio de descanso y en la sala de informática. Los tiempos de registros permanecieron desde las 7:00 am hasta las 12:00 pm durante una semana.

Finalizada la actividad, se procedió a la semana siguiente al procesamiento de la información pertinente en lo relacionado con la tabulación de los datos y gráficas representativas.

### **Resultados**

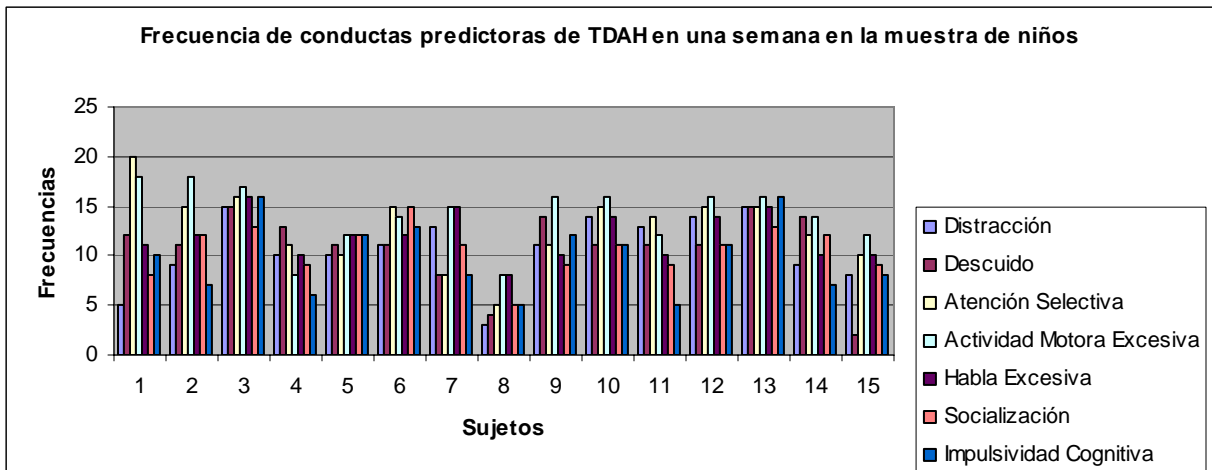
En este aparte, se contemplan la resolución de los objetivos propuestos en el presente trabajo monográfico, para lo cual, se presentan los resultados teniendo en cuenta las características del comportamiento de los niños en cuanto a la frecuencia de presentación, clase de comportamiento y el grado de intensidad de los mismos posterior a la evaluación realizada por los maestros; para lo cual, la Tabla 1 muestra la distribución de frecuencias para las conductas objeto de estudio.

Tabla 1.

**Frecuencia de conductas predictoras del TDAH en una semana de observación en la muestra de niños**

Sujetos	Distracción	Descuido	Atención Selectiva	Actividad Motora	Habla Excesiva	Socialización	Impulsividad cognitiva	Total Respuestas
1	5	12	20	18	11	8	10	84
2	9	11	15	18	12	12	7	84
3	15	15	16	17	16	13	16	108
4	10	13	11	8	10	9	6	67
5	10	11	10	12	12	12	12	79
6	11	11	15	14	12	15	13	91
7	13	8	8	15	15	11	8	78
8	3	4	5	8	8	5	5	38
9	11	14	11	16	10	9	12	83
10	14	11	15	16	14	11	11	92
11	13	11	14	12	10	9	5	74
12	14	11	15	16	14	11	11	92
13	15	15	15	16	15	13	16	105
14	9	14	12	14	10	12	7	78
15	8	2	10	12	10	9	8	59
Promedio	10,667	10,867	12,8	14,13	11,933	10,6	9,8	

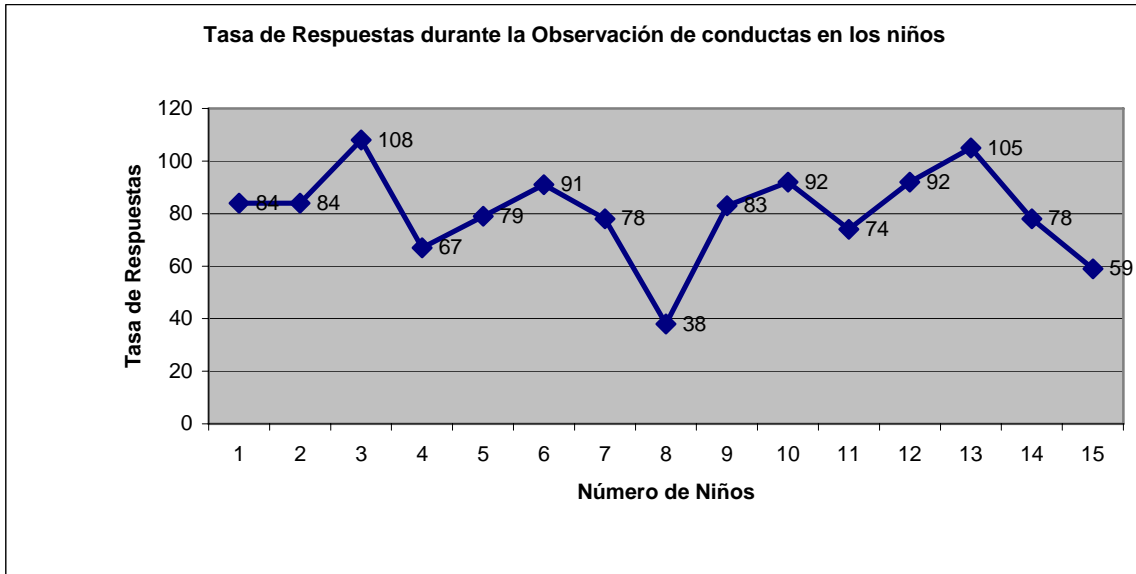
Los datos de la Tabla 1, muestran la distribución para los datos de las conductas predictoras del TDAH en una semana de observación para los 15 niños tomados como muestra. Para ello, la Gráfica 1, muestra la distribución de frecuencias de esta tabla.



Gráfica 1. Frecuencia de conductas predictoras de TDAH en una semana

En esta figura, se analiza que la conducta de “actividad motora excesiva” se presenta con mayor frecuencia en la mayoría de los niños observados, al igual que la conducta de “descuido” y “habla excesiva”. Mientras el resto se presenta en tasas medias que varían de un sujeto a otro. Por lo que se observa que el niño número 8, presenta una frecuencia relativamente por debajo del promedio de respuestas en general de las observadas.

Por tanto, las tasas de respuestas para las siete conductas predictoras de TDAH, fueron obtenidas durante todas las 5 sesiones de observación, de la cual se deriva la siguiente Gráfica.



Gráfica 2. Tasa de Respuestas durante la observación de conductas en los niños

De acuerdo con la Gráfica 2, se analiza que las puntuaciones más altas en tasa de respuestas fueron obtenidas por el niño número 3 y el número 13 con 108 y 105 respuestas en todas las conductas predictoras de TDAH observadas en una semana. Mientras que las tasas más bajas se presentaron en el niño número 8 y el 15 con un dato de 38 y 59 respectivamente en el mismo período de observación.

En cuanto a la clasificación diagnóstica, se observa que en la Tabla 2, se muestra la distribución de los datos obtenidos según la Escala de Puntuación del Instrumento.

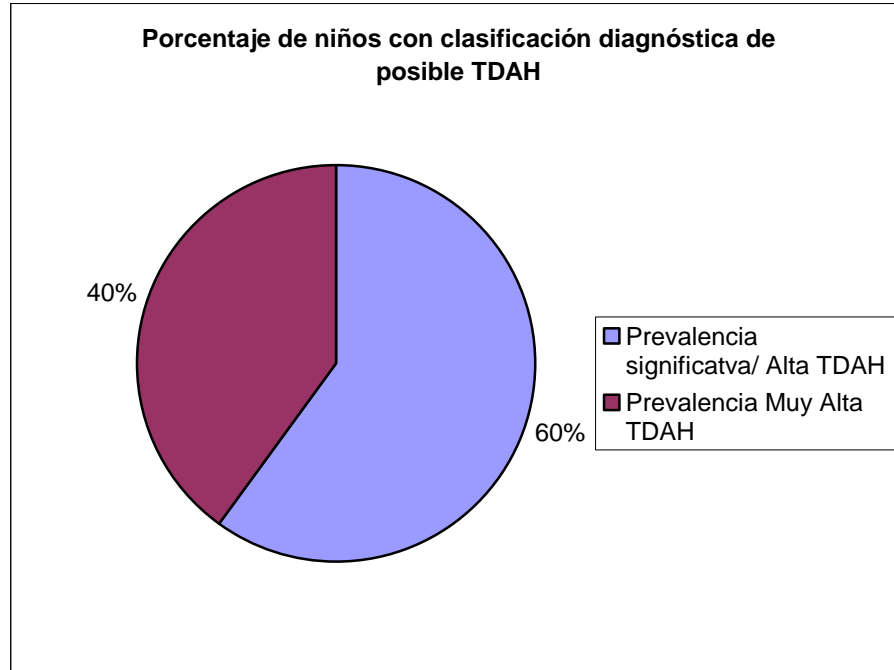
**Tabla 2.**

**Puntuaciones obtenidas por la muestra de niños y niñas en el Formato de Observación de Conductas predictoras de TDAH**

<b>Sujetos</b>	<b>Puntuación</b>
1	21
2	20
3	27
4	17
5	21
6	24
7	19
8	16
9	22
10	23
11	20
12	23
13	27
14	19
15	19

De acuerdo a la Tabla 2, se muestra una distribución total de los puntajes obtenidos por los niños observados según el grado de presentación de las conductas.

La Gráfica 3, muestra una distribución porcentual de la clasificación diagnóstica como predicción de TDAH prevalente en la muestra de niños del Instituto Docente de Turbaco.

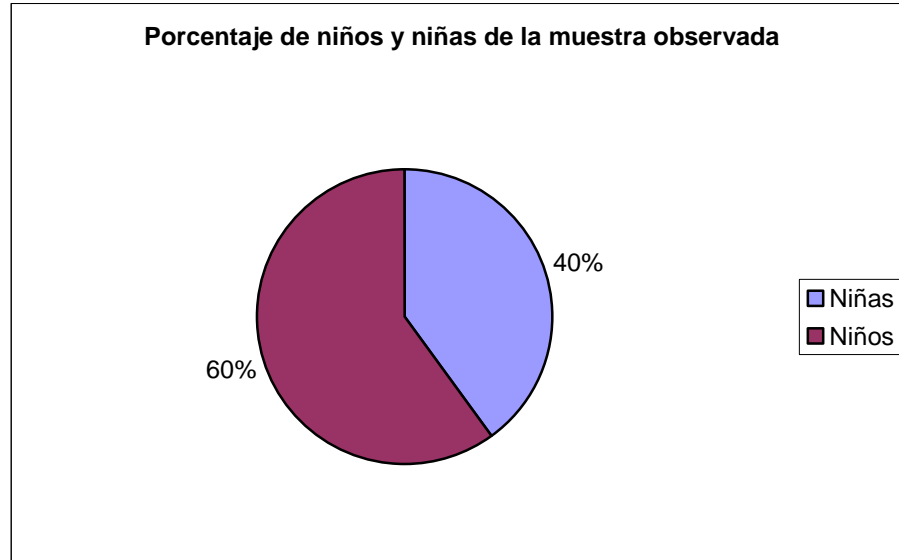


Gráfica 3. Porcentaje de niños con clasificación diagnóstica de posible prevalencia de TDAH

Según la Gráfica 3, el 60% de los niños observados clasifican en prevalencia significativamente alta de que las conductas evaluadas orienten a un posible diagnóstico de TDAH. Mientras que el 40% muestra una tendencia a una prevalencia muy alta en las conductas predictoras de TDAH.

Esto significa que desde la perspectiva conductual, puede que coexistan elementos muy individuales que marquen diferencia al momento de emitir conductas y registrarse, sin embargo, se exhorta a explorar otros aspectos esenciales para un diagnóstico certero sobre la prevalencia del TDAH en algunos casos.

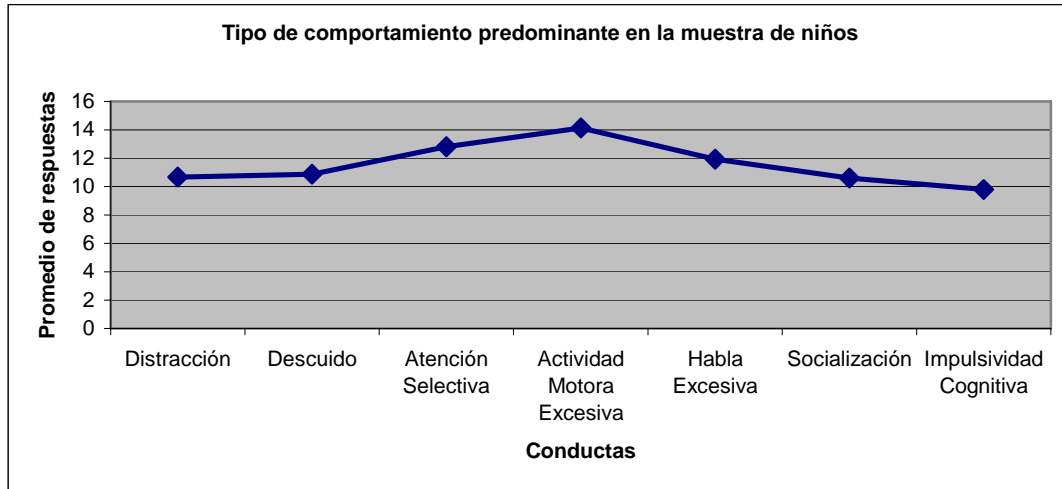
Por tanto, de la muestra de 15 niños observados, sólo 6 eran niñas y 9 eran niños, por lo que se encontró que los niños por lo que se distribuyeron porcentualmente estos datos de frecuencia, como se observa en la Gráfica 4.



Gráfica 4. Porcentaje de niños y niñas de la muestra observada en el Instituto Docente de Turbaco.

Al analizar la gráfica 4, se observa que en su mayoría, los niños representan el 60% de los casos observados de prevalencias altas y significativamente altas. Mientras que el 40% restante, corresponde a los mismos datos, pero en las niñas. Lo que significa que existe mayor propensión a desajustes conductuales característicos de un déficit de atención en los varones, que en las mujeres entre los 6 y los 11 años de edad.

Una vez conocidas las características del tipo de comportamiento, el grado de intensidad de la conducta expresada en la sumatoria de las puntuaciones obtenidas y, consecuentemente en el criterio diagnóstico de la predicción de TDAH en la muestra, se procede a determinar los factores y/o estímulos que se asocian a los comportamientos característicos obtenidos como se muestra en la Gráfica 5.



Gráfica 5. Tipo de comportamiento predominante en la muestra de niños.

Al analizar la Gráfica 5, se observa que el comportamiento de actividad motora excesiva predomina con promedio de 14 respuestas por día observado, seguido del habla excesiva y la atención selectiva asociado a estímulos como juguetes de papel, ruidos de vehículos, artículos de compra, el patio de descanso, juego de otros niños y conversaciones de programas de TV. Esto significa que puede existir una posible manifestación hiperactiva en la muestra de niños y niñas observados; por tanto, la valoración conductual obtenida logra proporcionar una idea sobre la prevalencia de tal déficit de atención asociado a actividad motora excesiva.

También se denota que por lo regular, aquel niño que es inquieto (actividad motora excesiva), tiende a asumir una atención selectiva de los estímulos del ambiente y en pocas ocasiones, su conducta verbal se encuentra desinhibida.

Después de haber determinado los factores y/o estímulos que se asocian con los comportamientos característicos del déficit de atención y sus



relaciones con una posible manifestación hiperactiva en los niños y niñas, se procede al análisis de estos comportamientos asociados a aspectos como la interacción social, el académico, el médico y el psicológico, para lo cual la apreciación del maestro en trato cotidiano con el niño, puede ser conducente a valorar lo obtenido como una tendencia hacia un diagnóstico más certero. Por tanto, se han obtenido los siguientes datos:

Para el sujeto 1, cuyo criterio diagnóstico fue de prevalencia significativamente alta, se complementa con información relacionada con el comportamiento y se obtuvo que desde hace varios años presenta el mismo comportamiento. Es agresivo en su trato con los demás, maltrata a sus compañeros y compañeras, sus juegos son bruscos. Es grosero con niños y docentes. Le cuesta trabajo obedecer órdenes. Le agrada decir mentiras y el padre asegura que en casa es igual. Casi nunca trabaja en clase y no deja trabajar. El papá dice que llevó al joven al neuropediatra.

Para el sujeto 2, cuyo criterio diagnóstico fue de prevalencia significativamente alta, se complementa con información relacionada con el comportamiento y se obtuvo que desde que está en la escuela, siempre ha presentado dificultades para interactuar con sus compañeros. Es muy conflictiva, no hace amigos, se reatrae en clase con mucha frecuencia.

Para el sujeto 3, cuyo criterio diagnóstico fue de prevalencia muy alta, se complementa con información relacionada con el comportamiento y se obtuvo que presenta deficiencias académicas representativas, comportamiento rebelde y grosero aún en casa y manifestado por el padre. Ha sido remitido a psicología y trabajo social

Para el sujeto 4, cuyo criterio diagnóstico fue de prevalencia significativamente alta, se complementa con información relacionada con el comportamiento y se obtuvo que: la niña se muestra inquieta en clase. No presenta tareas en el área de Matemáticas. Pide muchos permisos durante la clase y siempre quiere hacer lo que mejor le parece. Se recomienda que una persona la oriente en casa, ya que parece ser que no tiene quien la guíe. Difícilmente atiende las clases de matemáticas y tiende a ser poco sociable.

Para el sujeto 5, cuyo criterio diagnóstico fue de prevalencia significativamente alta, se complementa con información relacionada con el comportamiento y se obtuvo que: ha sido remitido varias veces al psicólogo, ya que acostumbra a rayar las cosas y a mofarse constantemente de los demás. No deja realizar la clase normalmente y se pasa de un puesto a otro sin control.

Para el sujeto 6, cuyo criterio diagnóstico fue de prevalencia muy alta, se complementa con información relacionada con el comportamiento y se obtuvo que es una niña que se muestra retraída en clases, siempre está pendiente a lo que ocurre en la calle y se levanta del puesto con cualquier ruido que percibe en la plaza de Turbaco. Se distrae y distrae a sus compañeros.

Para el sujeto 7, cuyo criterio diagnóstico fue de prevalencia significativamente alta, se complementa con información relacionada con el comportamiento y se obtuvo que desde que está en el colegio se muestra un poco inquieto y por lo regular nunca coge el hilo de la temática. Es descuidado con las tareas que se asigna en el salón de clases y por lo

regular no deja que los compañeros opinen sobre lo trabajado porque siempre los interrumpe.

Para el sujeto 8, cuyo criterio diagnóstico fue de prevalencia significativamente alta, se complementa con información relacionada con el comportamiento y se obtuvo que: es un niño que no le gusta respetar nada, los juguetes son de él solamente. Sus padres manifiestan que se comporta en casa igual con sus hermanos. Con respecto a lo académico se muestra deficiente en matemáticas, sociales, español e inglés.

Para el sujeto 9, cuyo criterio diagnóstico fue de prevalencia muy alta, se complementa con información relacionada con el comportamiento y se obtuvo que: esta niña es particularmente inquieta y altiva. Su grosería es una de las maneras de no hacer nada. Se distrae completamente y enseña cosas propias de novelas y series de TV imitando a actrices. No colabora con actividades y siempre retuerce el cabello de sus compañeras.

Para el sujeto 10, cuyo criterio diagnóstico fue de prevalencia muy alta, se complementa con información relacionada con el comportamiento y se obtuvo que: Se muestra apático a la participación en clase. En lo corrido del año no es un niño aplicado y siempre vive haciendo cosas distintas a las que se le asignan. Es desordenado en clase, no viene correctamente presentado y tiende a ensuciarse en el suelo.

Para el sujeto 11, cuyo criterio diagnóstico fue de prevalencia significativamente alta, se complementa con información relacionada con el comportamiento y se obtuvo que: Se muestra torpe en sus respuestas y quiere que se las acepten sin justificación real. Suele hacer aviones de papel

y dibujar en exceso buses para jugar dentro del salón de clases. Continuamente hay que llamarle la atención. Se les ha informado a los padres de familia y se le exhortó a que lo enviaran a psicología.

Para el sujeto 12, cuyo criterio diagnóstico fue de prevalencia muy alta, se complementa con información relacionada con el comportamiento y se obtuvo que: Este niño decide hacer lo que desea sin permiso, control o voluntad del profesor. Se retira del salón y va hasta la calle a comprar cosas y por lo regular deserta de la mayoría de las clases. Académicamente lleva reprobado los períodos y se han realizado reuniones de acciones para este caso.

Para el sujeto 13, cuyo criterio diagnóstico fue de prevalencia muy alta, se complementa con información relacionada con el comportamiento y se obtuvo que: Se muestra indeciso para socializarse con niños de su edad, se retrae con cosas y elementos con los cuales juega como si fueran juguetes. Su rendimiento no es óptimo, por lo regular no quiere estar acompañado y vela siempre por estar saliendo de clases sin permiso.

Para el sujeto 14, cuyo criterio diagnóstico fue de prevalencia significativamente alta, se complementa con información relacionada con el comportamiento y se obtuvo que: Es una niña que miente siempre para obtener lo que quiere. No es paciente con sus compañeras y por lo regular no les da participación en sus juegos. Académicamente va regular, pero con algunas asignaturas casi no aceptables.

Para el sujeto 15, cuyo criterio diagnóstico fue de prevalencia significativamente alta, se complementa con información relacionada con el

comportamiento y se obtuvo que: Se muestra intolerante cuando decide hablar todo el tiempo de cosas que realiza y no se concentra en las actividades que en clase se realizan.

Con base en lo analizado en los comportamientos asociados a problemas de carácter social, académico, médico y psicológico, se tiene que en la mayoría de los casos, el predominio de desajuste comportamental es claro si se trata de generalizar conductas en otros contextos como la casa y la comunidad, donde el niño o niña busca siempre mostrar el exceso de conducta que lo puede clasificar dentro de un posible caso de TDAH, si se tiene en cuenta los aspectos anteriores.

Como dato concluyente del análisis realizado para los datos hallados en la observación realizada se tiene que el Instrumento diseñado establece una aproximación al diagnóstico de conductas que pueden asociarse con características al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, ya que los comportamientos significativos apuntan a dos de los tres síntomas esencialmente comportamentales para asumir una posición crítica con respecto a los datos observacionales obtenidos.

### **Discusión**

Partiendo del objetivo propuesto acerca de describir los comportamientos predictores del déficit de atención con hiperactividad en niños de primaria del Instituto Docente de Turbaco, se puede decir que las conductas definidas para observación en el presente estudio en conjunto con la frecuencia de presentación de sus descriptores concuerdan con el grado de presentación expresado por intensidad de la conducta, visto como una

escala de juicio valorativo para la medición de posibles casos de TDAH en la muestra de niños seleccionados para el estudio.

De acuerdo a los datos obtenidos se tiene que los comportamientos más significativos fueron “actividad motora excesiva”, “atención selectiva” y en menor presentación está la conducta de “hablar en exceso”. Esto indica que los niños observados de acuerdo con los datos obtenidos de los aspectos de interacción social, académico, en algunos casos, médico y psicológico, poseen un potencial para desarrollar comportamientos característicos del TDAH, los cuales pueden ser evidenciados en instrumentos de frecuencia de conducta como son los registros de observación, que suelen ser muy útiles al momento de valorar el comportamiento humano.

Por su parte, es claro que la etapa de la niñez es un periodo de aprendizaje continuo y es donde se adquieren la mayor parte de los comportamientos que definen la personalidad, el modo de actuar y de pensar. No obstante, el TDAH es una entidad considerada desde la perspectiva médica, como un trastorno que ocasiona un desequilibrio cognitivo, social e intelectual del individuo que lo padece.

Por tal razón, la literatura proporciona la evidencia necesaria para que las conductas que se consideren básicas para el diagnóstico de TDAH, necesariamente deban asociarse a otras circunstancias vitales para el desarrollo de comportamiento considerados desadaptativos y que deben establecerse con diagnósticos diferenciales por decir así, diferenciarlos de otras entidades patológicas conductuales.

Para ello, la hiperactividad infantil es bastante frecuente, calculándose que afecta aproximadamente a un 3% de los niños menores de siete años y es más común en niños que en niñas (hay 4 niños por cada niña). En el año 1914 el doctor Tredgold argumentó que podría ser causado por una disfunción cerebral mínima, una encefalitis letárgica en la cual queda afectada el área del comportamiento, de ahí la consecuente hiperkinesia compensatoria; explosividad en la actividad voluntaria, impulsividad orgánica e incapacidad de estarse quietos (García, 1997).

Con base en estas apreciaciones, se tiene que en el caso de estudio, los niños predominaron con un 60% de los casos en la clasificación obtenida entre prevalencia significativamente alta y muy alta, mientras que en las niñas, se consideran el 40% restante de los casos en ambos criterios diagnósticos. Lo que significa que el género masculino tiende a poseer sobre-excesos de conducta motora, atención selectiva y a poseer desinhibición en la conducta verbal en algunos casos.

Esto se refleja en conductas de groserías verbales y agresiones físicas, tendencias al juego brusco y desordenado, así como se convierte en un factor que genera conflicto en los grupos de pares.

Por lo tanto, esto explica el por qué los puntajes obtenidos difieren entre un niño y otro, no obstante, vale la pena aclarar que los puntajes que se obtuvieron con un criterio de clasificación diagnóstica que delimita adecuadamente la escala definida para el formato de valoración diseñado para este estudio, lo que significó un logro estadístico del 75% de probabilidad que pueda ser un instrumento confiable para la predicción de

comportamientos consecuentes del déficit de atención con hiperactividad. También, el porcentaje de niños observados con potencial de generar TDAH con prevalencia significativamente alta es mayor que aquellos que tiende a ser “muy alta” en la clasificación. Pero, esto no significa que la presencia de sobre-exceso de comportamiento motor, no implique la interacción cognitiva asociada a una conducta impulsiva.

De antemano, se sabe que el aspecto cognitivo determina la estructuración del comportamiento bien sea hablado o expresado corporalmente, debido a que estos son mediados por las estructuras como el encéfalo y el Sistema Nervioso Central que determina el funcionamiento y una explicación psicofisiológica del comportamiento. Por ello, el aspecto de impulsividad cognitiva se convierte en otra característica a tener en cuenta en un diagnóstico de TDAH, ya que hace parte de los síntomas a la luz de manuales diagnósticos como el DSM – IV y que coadyuva a establecer diagnósticos más precisos con la determinación de diagnósticos diferenciales para los casos.

En cuanto al tiempo empleado por los observadores fue considerado prudente y significativo para las investigadoras quienes supervisaron las actividades de observación por 5 días, durante media jornada. Aunque, vale la pena aclarar que el formato delimitaba tiempo para su desarrollo, sin embargo, en el control de variables se delimitó a máximo media jornada.

Dados los hallazgos sobre aspectos conductuales del TDAH, el comportamiento general de la muestra de niños del Instituto Docente de Turbaco, consistió en el predominio de comportamientos expresados de



forma motora y verbal operacionalizados en palabras e imágenes producto de las cogniciones, por ejemplo, cuando se miraba para el patio de descanso, a para la calle, al vendedor de dulces, etc.; seguido de una acción continua y repetitiva considerada como un “exceso de conducta”.

Por tal razón, los datos pertinentes a la observación de las conductas predictoras del TDAH, se mostraron consistentes con los datos de puntuación obtenida para cada uno de los niños, y que al momento de establecer la interpretación de los mismos, se encuentra que el instrumento empleado para la valoración, puede ser utilizado para predecir desde la perspectiva conductual la prevalencia de un TDAH en los niños entre los 6 y 11 años, ya que por lo regular, estos problemas de exceso de conducta tienen su resolución en la pubertad sino implican aspecto químicos neurológicos que no requieran de farmacoterapia.

### **Conclusiones**

Se concluye que la probabilidad de diagnóstico en la predicción de conductas características del TDAH, se mostró un porcentaje significativamente considerable a la luz de la regresión lineal, lo que representa un 75% de confianza en que los aspectos a evaluar suelen pertenecer a elementos de la TDAH. Por lo que se alude a la constancia en el grado de presentación de las conductas, oscilan entre 3 y 4.

Dado el caso, cabe anotar que para la aplicación de los formatos de observación, se conocieron aspectos propios de la dificultad que manifestaban algunos niños en la escuela y que para conocimiento de los maestros, el carácter exploratorio del estudio, permitió el conocimiento de las

tendencias de conducta bajo la perspectiva de la investigación psicológica en cuanto a su formulación científica de la entidad patológica como el TDAH, elemento que se hipotetiza como un factor importante para el conocimiento de explicaciones no vistas anteriormente desde el punto de vista pedagógico como se acostumbra. De igual manera, el área social no solamente se puede tomar como objeto de investigación, sino que el conocimiento del aspecto psicológico puede brindar herramientas esenciales para la evidencia científica de fenómenos conductuales inexplicables desde la visión pedagógica.

En general, según el análisis realizado a los datos, los niños mostraron comportamientos comunes entre ellos y en algunos casos, las tasas de respuestas que mostraban eran bajas como se dio en dos niños, quienes mostraron una tendencia baja en la tasa de respuestas en la totalidad del tiempo de observación.

En el caso de la experiencia vivida con los maestros suele ser provechoso el hecho de que no se hayan preocupado por conocer a fondo la problemática del por qué existe un resultado insatisfactorio en el área académica, aún cuando no sean problemas que ocurran en el ámbito escolar, ya que si establecen contacto con los padres de familia, pueden analizar que el comportamiento es generalizado a otros ambientes y que requiere de especial interés para el estudio psicológico. Es importante recalcar que los hallazgos de este estudio ponen en evidencia la magnitud de que los maestros no se preocupan por fomentar la comprensión del

comportamiento disruptivo en los niños y se limitan a la valoración académica y no integral.

Desde el punto de vista psicológico, se concluye que el presente trabajo tiene gran importancia para el desarrollo conductual y cognitivo en los individuos participantes, ya que proporciona una idea de las formas de manifestación de conductas problema. Otra conclusión significativa apunta a que en el campo de la psicología de la salud, es especialmente importante que los maestros sean hábiles en la identificación de comportamientos desadaptativos en especial aquellos relacionados con el ámbito escolar; para ello, tiene que desarrollen habilidades que les permita identificar, evaluar actividad atípicas en el interactuar de los niños con el medio que los rodea. Estas habilidades generalmente constituyen el núcleo de las expectativas de una institución educativa sobre los educandos para que sean ellos los que promuevan el crecimiento personal.

Por último, el valor práctico de los hallazgos en la presente monografía permite conocer y diferenciar comportamientos propios de la edad de los niños y que hace parte de su desarrollo socio-emocional y psicosocial, de aquellos comportamientos considerados como “excesos de conducta” por expertos. Tal razón, permite discurrir en elementos claros que puedan ayudar al maestro en el ámbito escolar a determinar cuáles son los comportamientos considerados como excesivos en los niños y que puedan valorarse como indicadores claves para el diagnóstico de TDAH. Además, la labor evaluativo se puede extrapolar a ambientes como el familiar donde se pueda intervenir

restringiendo reforzadores en el ambiente que puedan estar manteniendo el comportamiento desadaptado.

Sin embargo, la literatura corrobora de cierta manera lo encontrado en la evaluación a través del instrumento, específicamente en la valoración de conducta por déficit de atención con hiperactividad, labor por la cual conviene complementarse con otros diagnósticos ya conocidos como el social, el médico y psicológico para ser precisos en la posible prevalencia de TDAH en la muestra de los niños. No obstante, es importante conocer que existen diagnósticos diferenciales del TDAH que deben indagarse antes de emitir un concepto relacionado con el trastorno, para lo cual, no se puede decir a ciencia cierta que existan contradicciones relacionadas en los hallazgos encontrados.

### **Recomendaciones**

En este aparte, al encontrarse resultados que satisficieran las expectativas de las investigadoras en cuanto a la valoración de conductas predictoras de TDAH, los problemas que genera la entidad patológica, y aplicación de estrategias para el desarrollo de acciones para el mejoramiento cognitivo-conductual, se recomienda al Instituto Docente de Turbaco, el uso de intervenciones psicológicas para que el niño logre reinsertarse en la sociedad. El diseño de acciones va de la mano con el uso de metodologías orientadas al desarrollo de comportamientos deseados que requieren condiciones de tratamiento que permiten estimular la interacción social con las demás personas de manera adecuada, la participación individual y grupal en terapias bajo programas de tiempo fuera para comportamientos de

desorden, costo de respuestas para conducta verbal desinhibida y programas de economía de fichas para manejo contingente de conductas motoras excesivas y de atención selectiva.

La Orientación psicológica, puede basarse en el modelo de enseñanza basado en el Proyecto Educativo Institucional y los procedimientos para el Bienestar Estudiantil para el manejo y control del aspecto académico, ya que la oportunidad de una terapia de conducta constituye hoy en día una alternativa terapéutica que goza de reconocimiento científico y profesional. En los últimos tiempos las inquietudes clínicas, científicas y sociales por los problemas psicológicos de los niños han aumentado su interés por las condiciones de aplicación y eficacia de esta terapia en el ámbito de los trastornos infantiles como el TDAH (García y Magaz, 2003).

Por otra parte, una de las recomendaciones principales del estudio radica en promulgar la formación para los docentes para identificar comportamientos y realizar el seguimiento respectivo y su posterior remisión al área de psicología de la Institución Educativa. Por esta razón el docente deberá:

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

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

casa destacando aspectos positivos, una felicitación de la clase, un trabajo bien hecho, etc.

10. Evitar humillarle o contestarle en los mismos términos. Evitar insistir siempre sobre todo lo que hace mal.

11. Tener entrevistas frecuentes con los padres para seguir su evolución.

También, es de suma importancia realizar estudios relacionados con la Psicología de la Salud, con el fin de dar cabida a la labor del psicólogo en el área educativa y al entendimiento, tanto de las formas de comportamiento y procesos de pensamiento que se generan como producto del aprendizaje cotidiano; de esta forma se puede atender los requerimientos de las docentes a las necesidades de aprender habilidades para la identificación de problemas en la escuela.

En el caso del presente estudio, faltaría que en otros similares, se utilicen formas de análisis para relacionar el tiempo de observación empleado con la prevalencia de una conducta predictora de TDAH; de igual forma, según el caso, se hubiese podido establecer la probabilidad de presentación del comportamiento de acuerdo al sexo y a la edad. Así es conveniente que se registren comportamientos a partir de una lista de chequeo o inventario de conductas que permitan predecir el TDAH en los niños (Ver Anexo B).

Por último, se hace necesario que se continúen trabajos de investigación en el área de la Psicología de la Salud desde la perspectiva educativa y social en la Universidad Tecnológica de Bolívar, aplicando

diseños de investigación experimentales o cuasi-experimentos con grupo control para observar la influencia del tratamiento experimental. De esta manera, se enriquecerá el conocimiento sobre el conocimiento de los comportamientos por déficit de atención por medio de investigaciones que ayuden a considerar nuevos hallazgos sobre TDAH en poblaciones infantiles. Para ello, es importante dejar una pregunta para la continuidad del conocimiento: ¿Cómo se adquieren y desarrollan los problemas de sobre-exceso de conducta en los niños en los primeros años de vida?.

¿Cuáles son los estímulos condicionados para la adquisición de conductas por déficit de atención en niños de 7 a 9 años de edad?.



## Referencias

Bauermeister, J.J. (2002). Hiperactivo, Impulsivo, Distraído. ¿Me Conoces?. Bilbao: COHS. Consultores.

Cañoto, R. y López, A. (2000). ESCUCHA: Programa de Mejora de la Atención Auditiva. Bilbao: COHS.Consultores en CC.HH.

Freides, D. (2002). Trastornos del Desarrollo: Un enfoque Neuropsicológico.

García P., E.M. (1997). Rubén, el Niño Hiperactivo. Bilbao: COHS. Consultores.

García P., E.M. (1997). ¡Soy Hiperactivo!¿Qué Puedo Hacer?. Bilbao: COHS. Consultores.

García P., E.M. y Magaz, A. (2003). Mitos, Errores y Realidades sobre la Hiperactividad, Guía para Padres y Profesionales. Bilbao: COHS. Consultores.

García P., E.M. y Magaz, A. (2003). Hiperactividad: Guía para Padres. Bilbao: COHS. Consultores.

García P., E.M. y Magaz, A. (2003). Hiperactividad: Guía para Profesores. Bilbao: COHS. Consultores.

Maciques R., E. (2004). Trastornos del Aprendizaje. Estilos de Aprendizaje y el Diagnóstico Psicopedagógico. Habana, Cuba.

Orjales V., I. (2005). Déficit de Atención con Hiperactividad. Manual para Padres y Educadores. General Pardiñas: Madrid, España

Documento html disponible [en línea] en:

[http://www.shands.org/health/spanish/esp\\_ency/article/003256.htm](http://www.shands.org/health/spanish/esp_ency/article/003256.htm)

Documento html disponible [en línea] en:

<http://www.psicologoinfantil.com/articulohiperactivo.htm>

Documento html disponible [en línea] en: [www.psicologoinfantil.com](http://www.psicologoinfantil.com)

Documento html disponible [en línea] en:

[www.decitatencional.cl/test.htm](http://www.decitatencional.cl/test.htm)

## **ANEXOS**

**FORMATO DE VALORACIÓN DE COMPORTAMIENTOS PREDICTIVOS DEL  
DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD**

CIUDAD:	FECHA DE EVALUACIÓN: / DD / MM / AA /	PERÍODO: / 01 / 02 /
<b>Datos del Evaluado:</b> Apellidos y Nombres: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Curso: _____ Institución Educativa: _____		
<b>Datos del Observador:</b> Apellidos y Nombres: _____ Ocupación: _____ Tiempo de Observación: Hora de Inicio: _____ Hora de Finalización _____		
<b>Recomendaciones Generales:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La evaluación debe ser realizada por el psicólogo a cargo en la Institución. De lo contrario, deberá ser diligenciada por el maestro.</li> <li>2. El observador tendrá en cuenta aquellos estímulos y/o factores que se asocien a la conducta que esté evaluando.</li> <li>3. Lea cuidadosamente las definiciones tanto de las manifestaciones conductuales como de los descriptores.</li> <li>4. Base su evaluación en los comportamientos descritos y la actuación del niño.</li> <li>5. Los grados están numerados del 1 al 4, donde 1 es el menor valor y 4 el mayor grado obtenido.</li> <li>6. Evalúe cada comportamiento teniendo en cuenta únicamente la frecuencia de presentación y el grado de prevalencia de la misma de acuerdo a los descriptores.</li> <li>7. Sea justo, objetivo e imparcial. Su evaluación debe estar basada en acciones reales y no en apreciaciones personales o prejuicios que tiendan a perjudicar al evaluado.</li> <li>8. Revise los datos observados haga comentarios y observaciones, si las hay</li> <li>9. Fírmelo y entréguelo al psicólogo escolar.</li> <li>10. La evaluación se realizará cada vez que la Oficina de Psicología lo requiera.</li> </ol>		
<b>Instrucciones:</b> Califique en cada descriptor el número de veces que se presenta cada conducta característica del Déficit de Atención con Hiperactividad en las casillas inferiores. Posteriormente, califique de 1 al 4 el grado de presentación de tal conducta en el ambiente escolar, donde 1 es el menor y así sucesivamente, hasta el 4 que es el mayor. Anote el resultado de cada conducta en la casilla de la derecha. Posteriormente, sume los totales de cada conducta y los ubica en la Escala de Valoración e Interpretación.		
<b>Firma del Observador:</b> _____		
<b>Vo Bo Psicología:</b> _____		

**AHORA PROCEDA A OBSERVAR Y VALORAR**

COMPORTAMIENTOS A OBSERVAR				
<i>Modo, Frecuencia y Grado de presentación</i>				
CONDUCTA	Descriptor 1	Descriptor 2	Descriptor 3	Descriptor 4
<b>Distracción:</b> Evalúe la dificultad que tiene el niño para evitar distraerse con estímulos del lugar o ambiente donde se encuentra.	Deja las tareas para prestar atención o atender ruidos o hechos triviales ignorados por los demás (ruido de un carro, conversación lejana).	A menudo no presta atención a los detalles, tiene errores por descuido y el trabajo escolar suele ser sucio y desordenado.	Tiene dificultades para mantener la atención, incluso en los juegos.	A menudo, parece no escuchar cuando se le habla directamente, parece tener la mente en otro lugar o como si no oyera.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Descuido:</b> Evalúe la dificultad que tiene el niño para atender a situaciones de automantenimiento, dedicación personal y concentración.	Es olvidadizo en sus tareas cotidianas (olvida el bocadillo, los deberes, la hora del partido, etc.)	A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, ejercicios escolares, juguetes, lápices, libros, etc.) y suelen tratarlos sin cuidado.	Evita situaciones que exigen una dedicación personal y concentración (por ejemplo, tareas de papel y lápiz)	No finaliza tareas escolares, pasa de una actividad a otra sin terminar la anterior. No sigue instrucciones ni órdenes.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Atención Selectiva:</b> Evalúe la dificultad que muestra ante las respuestas a los estímulos ambientales a la que debe responder inmediatamente.	Tiene dificultad para organizar tareas y actividades relacionadas con un tema.	No presta atención a las instrucciones de la clase.	Atiende a instrucciones equivocadas e interpreta mal los contenidos de los conceptos dados en clase.	No presta atención a los materiales que en clase dan. Deja los libros y cuadernos en casa.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Actividad Motora Excesiva:</b> Evalúe la dificultad de mantenerse quieto en su lugar y/o situaciones donde no permanezca sentado en la silla por buen tiempo.	Suele mover en exceso manos y pies y se retuerce en su asiento.	A menudo abandona su asiento en clase o no es capaz de estar sentado cuando debe.	Corre o salta en situaciones en las que resulta inadecuado hacerlo.	Parece estar siempre en marcha, como si tuviera un "motor".
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Habla Excesiva:</b> Evalúe la incapacidad de inhibir la conducta verbal, ya que dicen siempre lo que piensan y no se reprimen al hablar.	A menudo habla excesivamente sobre temas que no son de interés para los demás. Cambia de manera permanente los temas de conversación.	Da respuestas precipitadas, antes de que las preguntas se acaben de formular.	Suele entrometerse o entorpecer los asuntos de los demás, tocan cosas que no deben, hacen payasadas.	Tiene dificultad para aguardar su turno para hablar en clases.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Socialización:</b> Evalúe la dificultad para mantener las relaciones académicas y de juego con sus compañeros, docentes y demás personas.	Cuando juega con los demás niños, genera discordia y conflictos.	No es capaz de respetar las normas del juego, ni los turnos por mínimas que sean.	Pierde con facilidad los juguetes, útiles y otros elementos utilizados para concluir las tareas que se le asignan.	No puede dejar de hacer las cosas que le gusta en primer lugar y aplaza todo lo que puede tanto los deberes y obligaciones. Siempre acaba haciendo primero aquello que quiere.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Déficit de atención con hiperactividad 86

<p><b>Impulsividad cognitiva:</b>                  Evalúe la precipitación para realizar las cosas sin antes pensarla o analizarla previamente.</p>	Responde a preguntas antes de que le sean formuladas por completo y saca conclusiones apresuradas y sin pensar.	No piensa las cosas dos veces, por eso es fácil ganarle en los juegos y en los exámenes en la escuela.	No tienen capacidad para controlar su oportunidad para intervenir en un discurso.	Interrumpe constantemente a los demás cuando juegan o realizan una actividad de clase.											
<b>Total Frecuencia</b>	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				



**COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES:**

<b>ESCALA DE VALORACIÓN E INTERPRETACIÓN DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD</b>
---

**Tabla A.****Escala de Puntuación para el Déficit de Atención con Hiperactividad**

<b>Escala de Puntuación</b>	<b>Clasificación Diagnóstica</b>
1 a 7	Prevalencia Muy Baja de TDAH
8 a 14	Prevalencia significativamente Baja de TDAH
15 a 21	Prevalencia significativamente alta de TDAH
22 a 28	Prevalencia Muy Alta de TDAH

**Tabla B.****Interpretación cualitativa del Déficit de Atención con Hiperactividad**

<b>Escala de Puntuación</b>	<b>Criterio Diagnóstico</b>
Prevalencia Muy Baja de TDAH	Significa que el infante presenta pocos signos de falta de atención, hiperactividad e impulsividad en relación a su grado de desarrollo, lo que indica que no puede haber un diagnóstico predictor del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.
Prevalencia significativamente Baja de TDAH	Significa que el infante presenta variabilidad en los signos significativos de falta de atención, hiperactividad e impulsividad en relación a su grado de desarrollo, lo que es probable en un 50% de que no exista un diagnóstico que prediga el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad con claridad.
Prevalencia significativamente alta de TDAH	Significa que el infante presenta síntomas significativos de falta de atención, hiperactividad e impulsividad en relación a su grado de desarrollo, lo que indica que puede haber una probabilidad de diagnóstico del 75% del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.
Prevalencia Muy Alta de TDAH	Significa que el infante presenta síntomas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad en relación a su grado de desarrollo, lo que indica que puede haber un diagnóstico predictor del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en un 100%.

<b>INSTRUCTIVO DE APLICACIÓN</b>
----------------------------------

Al calificar cada conducta, debe tener en cuenta la definición de la misma y los descriptores con su frecuencia de presentación. Para ello, califique “1”, “2”, “3”, ó “4”, si considera que el infante se identifica con la conducta descrita. Coloque tal número en la casilla en blanco que se encuentra a la derecha de cada conducta evaluada.

El puntaje total será la sumatoria de puntos obtenidos en cada uno de los factores evaluados, el cual se ubicará en la Escala de Puntuación para el Déficit de Atención mostrada en la Tabla A.

Seguidamente, esta puntuación determina el criterio diagnóstico del infante evaluado y se procede a clasificarlo de acuerdo a la interpretación cualitativa del Déficit de Atención con Hiperactividad (Ver Tabla B).

Posteriormente, se ubica en una Hoja Electrónica (Excel) las puntuaciones para obtener el perfil de comportamiento para la atención normal y el obtenido por cada infante. Estas puntuaciones deben realizarse para cada infante evaluado.



**LISTA DE CHEQUEO DE CONDUCTAS PREDICTORAS DE TDAH**

CIUDAD:	FECHA DE EVALUACIÓN: / DD / MM / AA /	PERÍODO: / 01 / 02 /
<b>Datos del Evaluado:</b>		
Apellidos y Nombres: _____		
Edad: _____		
Sexo: _____		
Curso: _____		
Institución Educativa: _____		
<b>Datos del Observador:</b>		
Apellidos y Nombres: _____		
Ocupación: _____		
Tiempo de Observación: _____		
Hora de Inicio: _____ Hora de Finalización _____		

<b>CONDUCTAS</b>	<b>Día 1</b>	<b>Día 2</b>	<b>Día 3</b>	<b>Día 4</b>	<b>Total conducta</b>
Presta atención a ruidos					
Se levanta demasiado del puesto					
Presta atención a detalles.					
Tiene errores frecuentes en su discurso y tareas.					
Se le dificulta atender órdenes.					
No atiende a los juegos.					
Tiene la mente en otro lugar.					
No sabe escuchar.					
Es olvidadizo en sus tareas.					
Extravía objetos escolares necesarios para las tareas					
Evita responsabilidades personales					
No se concentra en las tareas.					
No finaliza las tareas que se le colocan					
No sigue instrucciones verbales, ni escritas.					
Se le dificulta organizar las tareas y					

Déficit de atención con hiperactividad 90

actividades.					
Atiende a instrucciones equivocadas.					
Se mueve continuamente en el puesto.					
Corre y salta con frecuencia.					
Habla de forma de excesiva en clases					
Distrae a sus compañeros.					
Se entromete en las conversaciones de los demás.					
Es grosero cuando se le habla.					
Promueve el desorden y genera conflictos con los demás.					
No respeta las normas de juego.					
Aplaza sus deberes escolares para después.					
Responde a preguntas que no se le han realizado.					
No piensa las cosas para hablar.					
Interrumpe constantemente a sus compañeros					
<b>TOTAL DÍAS</b>					

Anote la frecuencia con chulo o rayas en cada presentación en la casilla que responde a las conductas especificadas y sume la frecuencia por día y la frecuencia de conductas totales para realizar el inventario de presentación.