

# Déficit atencional en los estudiantes

## INTRODUCCIÓN

Este trabajo consiste en una investigación referente al déficit atencional.

Se realizó en el IV J del C.EB.G. Manuel Urbano Ayarza en el turno matutino, se seleccionó una muestra para el estudio de investigación.

El trabajo consiste en cinco capítulos en el primer capítulo se aborda el marco general de la investigación en este concepto trataremos el planteamiento del problema, objetivos general y específicos, delimitaciones, justificación, aspectos geográficos, limitaciones para el desarrollo de este investigación. En el capítulo dos se presenta el marco teórico, es decir algunos aspectos teóricos que fundamentan la investigación que es déficit atencional, tipos de déficit atencional, instrumentos en el área pedagógica, causas y manifestaciones del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) entre otros.

En el capítulo tres esta el marco metodológico, en ella se presentan las líneas de investigación, técnicas de investigación, de igual forma el capítulo cuatro el marco analítico estructurado en dos temas fundamentales, presentación de resultados y análisis de resultados, por último se presentan las conclusiones, recomendaciones, anexos y la referencia bibliográfica que permitirán la realización del marco teórico.

## CAPÍTULO PRIMERO

### MARCO GENERAL

## MARCO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

### Planteamiento del problema

*El déficit de atención es la ausencia o insuficiencia de las actividades de orientación, selección y mantenimiento de la atención, así como la deficiencia del control y de su participación con otros procesos psicológicos, con sus consecuencias específicas, es un trastorno de la función cerebral en niños, adolescentes y adultos caracterizados por la deficiencia atencional, la hiperactividad y la impulsividad. Se caracterizan por ser extremadamente inquietos. Van de un lugar a otro se enojan con facilidad. Se frustran con rapidez cuando algo no les resulta o no se satisfacen sus pedidos, actúan antes de pensar, tienen drásticos cambios de estado de ánimo.*

Dentro del contexto el problema de investigación se plantea bajo las siguientes interrogantes:

***¿Cuáles son las características de los niños de cuarto grado del turno vespertino del C.E.B.G. Manuel Urbano Ayarza con déficit atencional?***

## **Objetivos**

Los objetivos de esta investigación se clasifican en objetivos generales y objetivos específicos

### **Objetivo General:**

Analizar las causas de los niños con problemas de déficit atencional de cuarto grado vespertino del C.E.B.G. Manuel Urbano Ayarza

### **Objetivo Específico:**

- Explicar los tipos de déficit atencional
- Analizar la hiperactividad de los niños con déficit atencional
- Mencionar los diagnósticos de los niños con déficit atencional

## **Justificación**

Esta investigación trata acerca de déficit atencional en los niños de cuarto grado del turno vespertino del C.E.B.G. Manuel Urbano Ayarza.

Esta investigación etnográfica en el aula de clase se realiza como una exigencia académica del curso de investigación etnográfica 577 del profesorado en educación primaria de la facultad de ciencias de la educación de la Universidad de Panamá del Centro Regional Universitario de Colón.

De igual forma mediante la realización de esta investigación se analiza las causas de los niños con problemas de déficit atencional de IV grado vespertino C.E.B.G. Manuel Urbano Ayarza a través de su desarrollo se podrá descubrir los problemas de déficit atencional posponer medidas correctivas para mejorar las dificultades encontradas.

## **Delimitación**

*Aspecto Histórico del C.E.B.G. Manuel Urbano Ayarza*

En 1918, se construyó la primera escuela de Cativa y respondía al mismo nombre, su primera maestra fue Doña Urbana Herrera.

La educadora conjuntamente con las autoridades de la comunidad, lucharon incansablemente para que se construyera la escuela. La escuela fue edificada de madera en el lugar poblado denominado Altos de Cativá, cerca de la carretera Transistmica.

Se inició la labor docente en este centro con una matrícula de veintiséis (26) alumnos. La comunidad en sus inicios consistía en una pequeña población rural, más tarde con la inauguración de la carretera Transistmica el 15 de abril de 1943, por el entonces Presidente de la República de turno Don Ricardo Adolfo De La Guardia, se abren nuevos campos y horizontes al pequeño poblado, la cual fue creciendo y haciendo acopio de todas las facilidades, logrando convertirse en un centro comunitario de gran provenir.

Durante los años 1935-1943 el Banco Nacional financió la construcción de un edificio en el Corregimiento de Cativá, al fin de instalar una fábrica de mosaico en el sitio donde se encontraba la escuela, siendo trasladada a la parte frontal.

En el año 1945 el Ministerio de Educación alquila dicha propiedad por la suma de B/. 175.00 mensuales, con el fin de mantener la escuela en dicha propiedad y brindar los servicios educativos a la niñez de la comunidad.

Sin embargo no fue sino hasta el año 1975, cuando el gobierno revolucionario que entonces lideraba el General Omar Torrijos Herrera, construye la nueva escuela con todas las comodidades pedagógicas e higiénicas, ya que la anterior se estaba deteriorando. Esta nueva estructura fue edificada en el centro de la comunidad.

## **Aspecto geográfico**

Estamos ubicados geográficamente en la vía Transistmica con un área de población extensa. Estamos limitados por los corregimientos de Cristóbal, de Sabanitas, con los Altos del Lago Gatún y con el Mar Atlántico.

Debido a nuestra posición geográfica poseemos un clima tropical húmedo y una vegetación exuberante.

## **Tema**

Déficit Atencional es la ausencia, carencia o insuficiencia de las actividades de orientación, selección y mantenimiento de la atención, así como la deficiencia del control y de su participación con otros procesos psicológicos, con sus consecuencias específicas.

Consiste en la dificultad para seguir las normas e instrucciones y una excesiva variabilidad en sus respuestas a las situaciones, particularmente en el trabajo.

Sintomatología específica, suelen presentar otros problemas asociados: dificultades de aprendizaje, trastornos del lenguaje, ansiedad, trastornos del afecto.

Desórdenes por estrés ambiental y socio-familiar, trastorno de conducta, baja competencia social, trastornos en el control motor y perceptivo visual.

Se manifiesta en las dificultades que tiene el niño para controlar su conducta, presentando problemas de atención, déficit en el control del impulso y excesiva actividad.

Las limitaciones para el desarrollo de esta investigación fueron:

- Diversidad del tiempo
- Inexperiencia al hacer investigación etnográfica
- Compromisos laborales personales
- Problemas de transporte
- Problemas económicos

## Definición de términos operacionales

**Ansiedad:** es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos

**Atención:** es la capacidad que tiene alguien para entender las cosas o un objetivo, tenerlo en cuenta o en consideración.

**Conducta:** es el conjunto de actos, comportamientos, exteriores de un ser humano y que por esta característica exterior resultan visibles y plausibles de ser observados por otros.

**Déficit:** designa únicamente ausencias, carencias e insuficiencias de algo considerado como necesario para su funcionamiento adecuado.

**Estrés:** es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada.

**Normas:** es una regla que debe ser respetada y que permite ajustar ciertas conductas o actividades.

**Orientación:** es, fundamentalmente, **guiar, conducir, indicar de manera procesual** para ayudar a las personas a conocerse a sí mismo y al mundo que los rodea; **es auxiliar a un individuo a clarificar la esencia de su vida**, a comprender que él es una unidad con

significado capaz de y con derecho a usar de su libertad, de su dignidad personal dentro de un clima de igualdad de oportunidades y actuando en calidad de ciudadano responsable tanto en su actividad laboral como en su tiempo libre.

**Perceptivo visual:** es la capacidad que tiene el individuo para interpretar la información que recibe a través de la visión.

**Impulso:** es la tendencia que mayormente los seres humanos experimentamos aunque sea una vez en la vida y que implica el actuar movido por alguna emoción sin que haya mediado una deliberación previa de la razón.

**Trastorno:** son un conjunto de perturbaciones o anormalidades que se dan en las dimensiones emocionales, afectivas, motivacionales y de relación social de los individuos.

## **CAPÍTULO SEGUNDO**

### **MARCO TEÓRICO**

## **Déficit Atencional**

El déficit de atención es la ausencia, carencia o insuficiencia de las actividades de orientación, selección y mantenimiento de la atención, así como la deficiencia del control y de su participación con otros procesos psicológicos, con sus consecuencias específicas. Desde el punto de vista neurológico, se asume que el Déficit de atención es un trastorno de la función cerebral en niños, adolescentes y adultos, caracterizados por la presencia persistente de síntomas comportamentales y cognoscitivos como la deficiencia atencional, la hiperactividad y la impulsividad. Es un trastorno de inicio temprano, que surge en los primeros 7 años de la niñez y se caracteriza por un comportamiento generalizado que presenta dificultades de atención (inatención o desatención), impulsividad y, en algunos casos, hiperactividad.

## **Tipos de Déficit Atencional**

Existen dos tipos de déficit atencional:

- Los niños con déficit atencional sin hiperactividad se distraen con facilidad, presentan dificultades para concentrarse en sus deberes escolares como también en los juegos. Son de esos menores que por lo general no terminan lo que empiezan y siempre llegan a casa diciendo que se les extravió algo. Son los distraídos del curso.
- Los niños con déficit atencional con hiperactividad: se caracterizan por ser extremadamente inquietos. Van de un lugar a otro, abren cajones y puertas, y se suben

a sitios peligrosos. Además, se enojan con facilidad, molestan a otros niños y se frustran con rapidez cuando algo no les resulta o no se satisfacen sus pedidos. Más aún, actúan antes de pensar y tienen drásticos cambios de estado de ánimo.

Lo importante en estos casos es estar consciente que generalmente son las conductas hiperactivas las que ponen una “alerta” para el docente, y que hay niños que no interrumpen la actividad, que no demandan de manera especial la atención del adulto y que igualmente pueden estar presentando dificultades importantes para atender y seguir el ritmo de la clase.

Los estudiantes que no presentan hiperactividad pareciera que no están escuchando; que están pensando en algo muy distinto y lejano a la actividad y que no han logrado interesarse para seguir el ritmo de trabajo del grupo. Son los niños(as) que parecen estar siempre distraídos y a los cuales se debe estar permanentemente convocando para que “despierten” y se integren a la clase.

La información existente indica que se da con mayor frecuencia en niños que en niñas, en una proporción de 4:1 respectivamente. En las niñas, las conductas que dan cuenta de un TDA suelen ser más difíciles de reconocer que en los niños. Rasgos como la impulsividad manifiesta, la hiperactividad y la conducta disruptiva no siempre son lo más característico en las niñas con TDA. Las niñas tienden a presentar signos de inatención y olvidos más que de hiperactividad.

Este déficit tiene su origen en factores ligados al desarrollo del sistema nervioso (neurobiológicos); alteraciones de la forma del Sistema Nervioso Central (neuroanatómicas) y alteraciones respecto de cómo se transmite la información por las vías nerviosas (disfunción de los sistemas de neurotransmisión).

## La Organización Mundial de la salud

La Organización Mundial de la Salud (1992) señala que los déficits de [atención](#) se ponen de manifiesto [cuando](#) los chicos cambian frecuentemente de una [actividad](#) a otra dando la [impresión](#) que pierden la atención en una tarea porque pasan a entretenerse en otra.

Se puede reconocer a un niño con déficit atencional debido a las siguientes características:

- No prestar suficiente atención a los detalles, por lo que se incurre en errores en tareas escolares o laborales.
- Presentar dificultades en [mantener](#) la [atención](#) en tareas y actividades lúdicas.
- Dar la [impresión](#) de no escuchar [cuando](#) se le habla directamente.
- No [seguir](#) instrucciones y no [finalizar](#) tareas y obligaciones.
- Presentar dificultades en [organizar](#) tareas y actividades.
- Evitar actividades que requieran de un esfuerzo [mental](#) sostenido.
- Extraviar objetos de importancia para tareas o actividades.

- Ser susceptibles a la distracción por estímulos irrelevantes.
- Ser [descuidado](#) en las actividades diarias.

Existen diversos instrumentos para medir el déficit atencional según el área psicológica, neurológico y pedagógico. En este caso solo señalaremos los instrumentos pedagógicos.

El docente es el primero en detectar los problemas atencionales del alumno, planteando la necesidad de [recurrir](#) a una consulta clínica, es [pertinente](#) que el profesor inicie la [evaluación](#) en el [alumno](#) de su rendimiento académico, a [través](#) de exámenes y pruebas que midan las capacidades de matemáticas, [lectura](#) y ortografía.

De esta manera el docente tomará en cuenta el comportamiento del alumno en su aprendizaje y desarrollo en la clase, observando con delicado interés en la [calidad](#) de la escritura y el uso adecuado de mayúsculas y minúsculas, así como en las omisiones, adhesiones y cambios de letras. Evalúa [además](#) la comprensión de lectura, la [velocidad](#) al leer, el uso adecuado de pausas y signos de puntuación. Los ejercicios de [composición](#) de temas permiten evaluar la redacción espontánea, el orden y la secuencialidad. A sí mismo el profesor hace uso de ejercicios de [aritmética](#) acordes al nivel [académico](#) del niño.

El TDAH como entidad clínica se encuentra recogido en la [Clasificación internacional de enfermedades, décima revisión](#) (CIE-10), la cual representa un marco [etiológico](#). En cambio, el funcionamiento y la discapacidad asociados con aquel trastorno se tratan en la [Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud](#) (CIF), esta última, auspiciada y publicada también por la [Organización Mundial de la Salud](#), y adoptada a nivel mundial.

Aún cuando varían los códigos utilizados, los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de este trastorno son prácticamente idénticos a los que especifica la CIE-10. En lo que respecta a esta última, se requieren al menos: seis síntomas de desatención, tres de hiperactividad y uno de impulsividad. La denominación adoptada en ese índice es trastorno de la actividad y la atención, entidad que integra, a su vez, el grupo de los trastornos hiperkinéticos.

## Instrumentos en el Área pedagógica

Algunos instrumentos que existen en el área pedagógica, diseñados para ser aplicados y valorados por el profesor son los siguientes:

Test de atención elaborado por el Instituto de [Pedagogía](#) de la [Universidad](#) de Montreal.- Se elaboró este test con la [finalidad](#) de evaluar la [atención](#) voluntaria independiente de la [capacidad](#) intelectual, siendo la [administración](#) individual o colectiva, y el [tiempo](#) de [aplicación](#) de 20 minutos. El test de [atención](#) consta de los siguientes componentes:

2. Prueba de cuadrados de Pierón.- Consta de 28 líneas con 22 cuadrados cada una, una

pequeña barra que puede [ocupar](#) ocho posiciones diferentes agregadas a la parte externa de la figura. El [trabajo](#) del alumno consiste en contar, en cada línea el [número](#) de cuadrados iguales a los del modelo y escribirlo al final de la misma. La ejecución de esta tarea de forma rápida y correcta supone real [capacidad](#) de atención, [además](#) de esto el examinado debe [contar](#) las señales y [retener](#) el número. El [tiempo](#) de duración es de 7 minutos.

3. Prueba de laberintos.- Consta de 8 rectángulos cada uno con 11 recuadros en los cuales se entrecruzan 11 líneas sinuosas, el trabajo del [alumno](#) consiste en [realizar](#) un seguimiento visual de cada línea y escribirle el respectivo [numero inicial](#) en la extremidad derecha, el [tiempo](#) de duración de esta subprueba es de 5 minutos.
4. Test de letras.- Consta de 28 líneas de letras mayúsculas, ocupando cada una un espacio idéntico. Debe el [individuo](#) contar, en cada línea el [número](#) de veces que aparece la letra E precedida o seguida de otra vocal, los obstáculos a [vencer](#) son el olvido y la fatiga, el [tiempo](#) de duración es de 7 minutos.

Test de [Cuadrado](#) de letras.- Es una prueba de [percepción](#) y [atención](#) para niveles culturales algo elevados, fue creada por Thurstone. La prueba consta de 90 cuadrados de letras, en cada [cuadrado](#) hay 16 letras distribuidas en [cuatro](#) filas y [cuatro](#) columnas, solo en una fila o en una [columna](#) hay una letra repetida, la tarea del [alumno](#) será [trazar](#) con una línea la fila o columna en que se encuentre la letra repetida. La [administración](#) puede ser [individual](#) o colectiva, abarca edades entre los 11 y 17 años e [incluso](#) adultos, el [tiempo](#) de duración es de 10 minutos.

[Batería](#) Psicopedagógica EOS-6.- Con el [objeto](#) de [realizar](#) un examen psicopedagógico [completo](#) del [alumno](#) del sexto de primaria (11 años), se [diseñó](#) la [batería](#) psicopedagógica EOS-6 por un notable grupo de psicólogos y pedagogos en la [década](#) del 70. Esta batería está compuesta por 10 subpruebas entre las que destaca la subprueba A-6 EOS de atención, elaborada por el psicólogo Enrique Díaz y Langa el año de 1973 con un ámbito de [aplicación](#) para niños del sexto de primaria, siendo la administración individual o colectiva y el [tiempo](#) de duración de 12 minutos. Esta prueba presupone una relativa [resistencia](#) a la [fatiga](#) y un grado de concentración agudo por lo que se requiere una [fuerte](#) motivación en los alumnos. Consta de 10 partes cada una de ellas tiene un [modelo](#) a la [izquierda](#) y a [continuación](#) 10 figuras parecidos y otras idénticas al modelo, la tarea del sujeto es encontrar figuras idénticas al [modelo original](#) y [encerrar](#) en un [circulo](#) los números de las respuestas correctas.



## Causas y Manifestaciones clínicas del TDAH

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad se conocía anteriormente como \*«hiperactividad» o «hiperkinesia» (Strauss y Kephart 1947; Fernandez –Jaén, A.Calleja Pérez, B. et cols. 2007), síndrome de déficit de atención, nominado por sus siglas en inglés como (ADHD), en 1994 fue denominado y dividido en tres categorías o subtipos, Inatención, hiperactividad e impulsividad. Según Criterios DSM-IV-TR, se hace una descripción específica de cada uno de los signos y síntomas. En los criterios de las escalas valorativas de comportamientos para padres y maestros tales como: las escalas o cuestionarios de Conners, el BASC por sus siglas en inglés Behavior Assesment System for Children (C.R. Reynolds and R.W. Kamphaus. 1994), entre otras; también se pueden ver ciertas características o tipos de comportamientos que caracterizan el TDAH.

Los niños con TDAH actúan automáticamente sin control, sin reflexionar, no pueden concentrarse fácilmente. Generalmente pueden comprender las instrucciones que se les suministra, pero presentan problemas en la ejecución de las actividades, dificultad de permanecer sentados, de dirigir la atención o estar alertas a los detalles específicos que se les han asignado.

De hecho, es necesario hacer un diagnóstico diferencial con los niños ansiosos o excitados, o de aquellos niños que atraviesan situaciones traumáticas en sus vidas como un divorcio o una separación de sus padres o de las figuras representativas, un cambio brusco en el estilo de vida etc., (especialmente en edades críticas). Los síntomas en el TDAH se presentan en forma persistente en las diferentes situaciones de la vida cotidiana (vida escolar, vida familiar, relaciones sociales), perturbando el desempeño adecuado en cada uno de estas áreas.

Las múltiples causas mencionadas por los expertos en TDAH hacen prever que las causas etiológicas del trastorno son de origen multifactorial. Se han encontrado que existen ciertas áreas en el cerebro que son aproximadamente de cinco a diez por ciento más pequeñas en tamaño y en actividad en los niños con TDAH. También se han encontrado cambios químicos cerebrales significativos en estos estudios.

En el cerebro, parece que las neuronas se "hablan" entre sí, estableciendo conexiones sinápticas mediante un sistema de telefonía la cual esta conformada por las distintas sustancias neurotransmisoras. Estos neurotransmisores dependen de una red específica de neuronas agrupadas que originan verdaderos circuitos o sistemas anatómicos. Cada uno de ellos tiene su función propia: De la del sistema colinérgico depende la memoria y el estado de vigilia; de la del sistema dopaminérgico el sistema motor y en el noradrenérgico están involucrados el sueño, las variaciones del humor y las sensaciones de placer y desagrado. En los niños con TDAH pareciera que todos estos sistemas están alterados debido a la variedad en los déficits cognitivos; pero las investigaciones clínicas muestran como las estructuras frontales y el nudo central son las más afectadas (Barkley, Russell 1998).

La detección temprana es un factor determinante tanto en el curso como en el pronóstico de los mismos, por las posibilidades de otorgar un tratamiento oportuno y evitar consecuencias negativas secundarias.

Reconocer tempranamente las dificultades de atención e hiperactividad en niños y niñas, permite trabajar con ellos incorporando soportes específicos y, sobretodo, evitando dificultades emocionales, conductuales y de aprendizaje asociadas.

## Las causas neurológicas

Las causas de este trastorno: son diversas y van desde inmadurez neurológica y desequilibrios químicos en el sistema nervioso central, hasta asfixia en el alumbramiento, partos prematuros o causas hereditarias.

Generalmente se sugiere iniciar las consultas con un neurólogo infantil para que éste haga un diagnóstico y derive al menor hacia otros profesionales, como psicólogo o psicopedagogo.

En el caso de docentes se sugiere:

- Sentarlos en los primeros bancos, con el objeto de favorecer el control de la atención.
- Alejarlos de elementos distractores como puertas o ventanas. Lo anterior le permitirá controlar mejor el rendimiento del niño.
- Refuerce las conductas positivas, dando menos importancia a los retrocesos o debilidades.
- Focalice su atención en las instrucciones (observar si está atendiendo visualmente, dirigirle la palabra y tocarlo).
- Se debe intentar fragmentar o distribuir el tiempo de trabajo, variando las actividades, enfatizado más en la calidad que en la cantidad.
- Mejores resultados se logran en estos niños cuando se les habla en tono bajo y en forma individual.
- Favorezca el cambio de imagen de "niño problema", facilitando la adaptación con los demás.
- Por último es importante considerar en los niños con dificultades en general, el apoyo es para mejorar su autoestima, ayudándolos a darse cuenta que él es necesario y positivo para los demás.

## Diagnóstico

Como se ha mencionado antes, el TDAH integra la clasificación del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales ([DSM-IV](#)) de la [American Psychiatric](#)

[Association](#) (APA). Se inscribe en el grupo de los denominados trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia y, en particular, en la clase de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador. En virtud de todo lo anterior, el TDAH es una entidad que remite a un trastorno. En términos generales, y en consistencia con el modelo conceptual del manual, el término "trastorno" apunta a definir un patrón comportamental de significación clínica asociado con un malestar, un impedimento o un riesgo significativamente aumentado de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

Los rasgos principales del TDAH son, por una parte, la dificultad para sostener la concentración (déficit de atención), sobre todo en circunstancias que ofrecen baja estimulación y, por otra, la falta de inhibición o control cognitivo sobre los impulsos, frecuentemente asociadas con inquietud motora (hiperactividad-impulsividad). Estos dos conjuntos de signos pueden aparecer por separado o combinados.

En ese sentido, se reconocen tres subtipos de TDAH:

- Con predominio de déficit de atención. (Código CIE-10: F98.8)
- Con predominio de conducta impulsiva e hiperactividad. (Código CIE-10: F90.0)
- Tipo combinado, donde los dos trastornos anteriores se dan a la vez. (Código CIE-10: F90.0)

Los criterios DSM-IV fijan estándares no clínicos (sino estadísticos y meramente descriptivos de comportamientos) para establecer el diagnóstico del TDAH y de cada subtipo, de acuerdo a la presencia o no de una serie de síntomas (que no son otra cosa que, como hemos dicho, una descripción de comportamientos; es decir, una tautología: es inquieto porque padece TDAH, y padece TDAH porque es inquieto) y a su grado de intensidad. El subtipo más común es el que combina los trastornos de la atención con hiperactividad e impulsividad (60 %). Los subtipos puros son menos frecuentes (déficits atencionales, 30 %; hiperactividad e impulsividad, 10 %). Por el momento, "no hay pruebas de laboratorio que hayan sido establecidas como diagnósticas en la evaluación clínica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad".

### **Criterio del deterioro funcional**

Un diagnóstico idóneo supone no sólo presencia de los síntomas (evaluados por medio de los criterios normalizados del [DSM-IV](#) o de la [CIE-10](#)), sino además, como consecuencia de los mismos, una perturbación significativa en áreas importantes para la persona, como las relaciones familiares, las académicas, las laborales y las recreativas. En la medida en que el desempeño del individuo en estos ámbitos se ve deteriorado por causa de este síndrome conductual, la intervención terapéutica puede ser un aporte decisivo para una mejor [calidad de vida](#).

## Grupos etarios implicados

Aunque el diagnóstico suele afectar a niños, la definición del síndrome no excluye a los adultos, a los que se les puede detectar igualmente. Según los conceptos actuales, más de un 60 % de los niños afectados, manifestarán el síndrome en su vida adulta. Los síntomas de [hiperactividad](#) se manifiestan menos en adultos, sobre todo si gracias a una buena socialización han aprendido a desarrollar una conducta normal. La evidencia de que estos síntomas, en particular, suelen remitir después de la adolescencia, indujo el concepto de que el TDAH también lo hacía. Sin embargo, el déficit de atención y la impulsividad se presentan en la edad adulta bajo nuevas formas, sobre todo como un deterioro en las [funciones ejecutivas](#). Este es un problema tanto o más grave que los síntomas en la infancia, pero más sutil como criterio diagnóstico. Se entiende también que los que han sido diagnosticados, ya adultos, del TDAH en adultos, sufrieron del trastorno durante su infancia.

## Diagnóstico diferencial

El TDAH no es un [trastorno del aprendizaje](#), aunque en muchos casos curse simultáneamente con desórdenes de ese tipo. Son en concreto los síntomas atencionales los que están más relacionados con los trastornos del aprendizaje. Un bajo rendimiento escolar no es condición necesaria ni suficiente para establecer el diagnóstico; no obstante, la importancia de estos trastornos radica en que suelen motivar la consulta y habilitar un diagnóstico temprano en aquellos casos en que se cumplen los criterios.

Con respecto a los síntomas de hiperactividad motora, pueden o no estar presentes, pero en caso de estarlo, son fácilmente detectados por el entorno del niño y favorecen la exploración clínica del problema.

Tampoco hay correlación entre este trastorno y un desarrollo intelectual inferior a la media. En pruebas psicométricas de [cociente intelectual](#), la particular idiosincrasia del trastorno perturba los resultados, limitando la capacidad efectiva de medir adecuadamente el CI del sujeto. Esto es debido a que las pruebas exigen un mantenimiento sostenido de la atención que en muchos casos no se da en los sujetos con TDAH. La incidencia de estas conductas sobre las mediciones obtenidas no es necesariamente determinantes, pero imponen márgenes de error más amplios para esta población. Se ha podido verificar esta relación, evaluando sucesivamente sujetos con distinta intensidad de tales conductas perturbadoras, en una primera instancia sin tratamiento farmacológico, y posteriormente, una vez que este se ha instituido. Se observó un incremento estadísticamente significativo en los valores de las pruebas en sujetos cuyos síntomas conductuales se hallaban bajo control farmacoterapéutico, indicando que se puede atribuir a los mismos la diferencia en el rendimiento entre las dos instancias.

En sentido contrario, se ha observado que uno de los principales obstáculos para la detección temprana del síndrome se produce en pacientes dotados con una inteligencia superior a la media, que en virtud de ello logran compensar los síntomas del trastorno, superando ariosos la etapa escolar. Sin embargo, en estos casos el TDAH a menudo se vuelve apreciable sobre el final de la adolescencia, en la medida en que aumenta la complejidad de las interacciones con el medio.

Un adulto joven diagnosticado con esquizofrenia generalmente sufre también de dislexia, dispraxia, y/o TDA/TDAH en la infancia. También es muy frecuente que el trastorno aparezca en adolescentes y adultos unido a otras psicopatologías, comórbidas al TDAH como son por ejemplo el trastorno oposicionista desafiante o el trastorno disocial. En muchos casos son estas comorbilidades las que se detectan y diagnostican, pasando desapercibido muchas veces el desorden estructural que sirvió de sustento para la aparición de los síntomas.

## Tratamiento

Los síntomas del TDAH expresan un problema de pautas de crianza que constituye todavía el pilar más importante de la terapéutica. Los tratamientos habituales se basan paradójicamente en [estimulantes](#), de los que muy pronto se observó que modifican positivamente los síntomas. Entre ellos están la [cafeína](#) y la [nicotina](#), con los que a veces se automedican adolescentes y adultos. El primer informe idóneo avalando el uso de [psicoestimulantes](#), data del año [1937](#), cuando Charles Bradley estableció la eficacia y seguridad del [sulfato de anfetamina](#) para el tratamiento de niños hiperactivos.

Actualmente, las sustancias más empleadas en Estados Unidos son el [metilfenidato](#) (principio activo detrás del nombre comercial Ritalina) y la [d, l-anfetamina](#) (Adderall), seguidas de la [dexanfetamina](#) (Dexedrina) y la [metanfetamina](#). Otros psicoestimulantes, de segunda línea en el tratamiento del TDAH, son la [pemolina](#) (Cylert) y el [modafinilo](#) (Modiodal). En los últimos años los [fármacos](#) de efecto inmediato tienden a ser sustituidos por otros preparados que, con los mismos principios activos, logran un efecto más prolongado, mejorando la calidad de vida de los afectados, sobre todo los escolares.

Respecto del modafinilo, su eficacia fue comprobada y estuvo a punto de lanzarse al mercado para tratar el TDAH; sin embargo, nunca alcanzaría las góndolas de las farmacias. Habiendo culminado la [fase III de ensayos clínicos](#) para ser aprobado en [Estados Unidos](#) con esta indicación, el 21 de octubre de 2005 la Administración de Alimentos y Drogas (FDA) aceptó la solicitud para comercializar Sparlon (modafinilo) como tratamiento del TDAH en niños y adolescentes de 6 a 17 años. Se esperaba el lanzamiento para inicios de 2006. Sin embargo, el 8 de septiembre de ese año, la FDA decidió finalmente denegar la aprobación y solicitó nuevos estudios concernientes a la seguridad del fármaco. En respuesta a esto, Cephalon anunció que abandonaba el desarrollo del producto. Con todo, el incidente sirvió para establecer la eficacia del

modafinilo para tratar el trastorno, la cual resultó validada.

Más recientemente, se aprobó en EE. UU. la prodroga [lisdexanfetamina](#) (Vyvanse), cuya molécula resulta de una amalgama de dexanfetamina con el aminoácido lisina. Como consecuencia de esa modificación en la estructura, el organismo demora mucho más tiempo en metabolizar la sustancia, y la acción terapéutica se prolonga notablemente. Se la considera prodroga porque sus efectos son debidos a la dexanfetamina, y ésta se separa del aminoácido exclusivamente en el hígado.

En España el único estimulante aceptado para el tratamiento del TDAH es el metilfenidato, comercializado con el nombre de Rubifen (efecto inmediato) o Concerta (liberación prolongada). Otro fármaco disponible es la [atomoxetina](#) (Strattera). En cuanto al modafinilo (Modiodal), carece aún de aprobación expresa para esta indicación. Sin embargo, los profesionales de la salud tienen el derecho de recetarlo off-label para tratar el trastorno, si es pertinente.

El mecanismo de acción de los estimulantes ha sido objeto de múltiples investigaciones, y derivó en hallazgos neurobiológicos de relevancia clínica. Probablemente, en el medio plazo, la instrumentación de métodos como la [tomografía por emisión de positrones](#) en el diagnóstico del TDAH, aportará información decisiva para la validación del esquema farmacológico. Este último ha sido objeto de controversia debido a investigaciones científicas que asocian los estimulantes (sobre todo la [Ritalina](#)) con una serie de riesgos y complicaciones. No obstante, dentro de la comunidad científica, existe consenso respecto de los beneficios netos de la [terapia](#) con estimulantes y, en particular, de su eficacia y seguridad, aduciendo la evidencia provista por 70 años de investigación: más de 200 estudios controlados han demostrado que la medicación estimulante es un recurso efectivo para tratar el TDAH.

Aunque los estimulantes son primera línea en la terapéutica psicofarmacológica de este trastorno, algunos agentes [antidepresivos](#) como la [fluoxetina](#) (Prozac), el [bupropión](#) (Wellbutrin), la [venlafaxina](#) (Effexor) y la [desipramina](#), han mostrado cierta utilidad, sobre todo cuando el TDAH cursa con comorbilidades como el [trastorno depresivo mayor](#) o [trastornos de ansiedad](#) (por ejemplo, [trastorno de ansiedad generalizada](#)).

Están en marcha investigaciones clínicas que buscan ampliar la aplicación de principios activos adrenérgicos, no estimulantes, tales como la [atomoxetina](#) (Strattera, un [inhibidor](#) de la recaptación sináptica de la [norepinefrina](#)) o agonistas alfa-adrenérgicos como la clonidina y la guanfacina. De estos tres, sólo la atomoxetina ha sido aprobada con esta indicación. Lanzada en el año [2002](#), la atomoxetina se postula como fármaco de segunda línea, cuando los estimulantes no son bien tolerados. Su tasa de éxito terapéutico no supera la de los fármacos tradicionales. Tampoco tendría un perfil más benigno de efectos secundarios. Por tratarse de una sustancia nueva, se carece de información completa respecto de los efectos esperables a largo plazo. Recientemente se ha relacionado a la atomoxetina con riesgos aumentados de toxicidad hepática, aunque la evidencia en este sentido es preliminar. A esto se sumó, el 28 de septiembre del 2005, una advertencia de la agencia de salud de Canadá, vinculando el uso de esta

droga con posibles fenómenos de despersonalización, auto-agresión e ideación suicida, entre pacientes adultos y pediátricos.

Tal como ha sucedido con otras psicopatologías cuyo tratamiento es preeminentemente farmacológico, tanto la entidad diagnóstica de TDAH como la viabilidad del tratamiento médico, han sido abiertamente rechazados por movimientos antipsiquiátricos.

También está aceptado el tratamiento psicológico de los problemas conductuales asociados. El tratamiento con psicofármacos puede ser coadyuvante del tratamiento psicológico que normalmente busca una reducción de las conductas disruptivas del niño en los diferentes ambientes mediante terapias enmarcadas en corrientes cognitivo-conductuales. Igualmente puede ser aconsejable una intervención psicopedagógica sobre los problemas de aprendizaje que suelen aparecer en gran parte de los sujetos con TDAH. Actualmente se están desarrollando terapias de desarrollo positivo en los niños, que intentan reforzar los aspectos potenciales de los jóvenes mediante deporte y dinámicas de grupo. Diferentes investigadores han desarrollado modelos de refuerzo mediante economía de fichas con grupos de niños con TDAH y se ha establecido que bien conducido da mejores resultados que la terapia individual. De esta forma se pueden explorar aspectos como la autoestima y las habilidades sociales.

La complementariedad entre terapias cognitivo conductuales mediante productos de estimulación multisensorial y el apoyo psicofarmacológico si fuese estrictamente necesario, parecen hoy en día el mejor tratamiento para el TDAH.

## **Déficit Atencional se puede diagnosticar y tratar desde los cuatro años de edad.**

Hasta ahora, aun cuando un niño pudiera tener dificultades para poner atención a un solo estímulo, problemas de comportamiento o aprendizaje, los especialistas solían esperar hasta los seis años antes de diagnosticar un déficit atencional con hiperactividad (TDAH). Sólo en casos excepcionales se iniciaba un tratamiento para esta condición antes de esa edad.

Pero los últimos estudios y la práctica clínica hicieron que las recomendaciones de manejo cambiaran. Una de las últimas fue hecha por la Academia de Pediatría Americana (APP) en su Conferencia Nacional realizada el fin de semana en Boston (EE.UU), donde un grupo de 14 expertos dio a conocer un nuevo informe, TDAH: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Evaluación y Tratamiento de Niños y Adolescentes con Trastorno de Atención, un texto de 20 páginas que da nuevas sugerencias a los especialistas frente a esta condición.

Lo más novedoso es que si antes la recomendación de diagnóstico era entre los seis y los 12 años, ahora es desde los cuatro e, incluso, se puede hacer hasta los 18 años.

"Tratar a los niños a una edad temprana es importante, porque cuando podemos identificar con antelación y proporcionar el tratamiento apropiado, aumentan sus posibilidades de éxito en la escuela", dice el doctor Mark Wolraich, autor principal del informe.

Para los niños más pequeños, la AAP recomienda a los médicos intentar primero una intervención conductual, con énfasis en la entrega de habilidades y técnicas de manejo de comportamiento a los padres. Sólo en los casos con síntomas más severos se considera medicación, comenzando siempre por las dosis más bajas, dice el documento.

Para los niños de educación primaria y adolescentes (seis a 18 años), la AAP recomienda fármacos aprobados por la FDA y terapia conductual, y en lo posible, los dos combinados. En esta actualización, la AAP hace un fuerte hincapié en la ayuda al diagnóstico y tratamiento que puedan aportar profesores, padres y otros especialistas que tratan con el niño. "Como esta condición es crónica, requiere un enfoque de equipo, incluidos los pacientes, sus padres, el pediatra, terapeutas y maestros", explica Wolraich.

Según el pediatra del Hospital Clínico de la U. de Chile, Roberto Balassa, en la práctica clínica, el diagnóstico ya se hacía a una edad más temprana. "Hay niños muy pequeños con síntomas. Son muy inquietos, como un torbellino, desesperan a sus padres", señala. En ellos se puede sospechar de un TDAH y pedir evaluaciones, conversar con los padres y ver qué está pasando con el niño. "Es un esfuerzo combinado entre pediatra, neurólogo, padres, profesores, psicólogos y sicopedagogos", reconoce.

A juicio de Alicia Jofré, sicopedagoga y académica de la U. Andrés Bello, un diagnóstico más temprano ayuda a que cuando se inicie el período escolar, ellos lleguen en las mismas condiciones que el resto de sus compañeros. "Muchas veces, el niño con TDAH es diagnosticado cuando ya está en el colegio y tiene problemas de aprendizaje, pero se han perdido años valiosos en los que no era tan evidente su condición, pero se podría haber tratado", explica.

Otro aspecto es el conductual. Para el neurólogo infantil de la Clínica Alemana Marcos Manríquez, con los niños más pequeños se debe ser más cuidadoso. Se evalúa durante más tiempo antes de diagnosticar y al comienzo se indica un manejo de comportamiento para los papás y el niño, que realiza un psicólogo. A su juicio, el tratamiento temprano también podría evitar problemas emocionales de estos niños, porque son muchos los que de pequeños presentan problemas de comportamiento, son agresivos y crecen con el rótulo de molestos, inquietos, complicados. "Ellos se dan cuenta que son distintos, que los retan más y eso puede repercutir en el concepto que ellos tienen de sí mismos y su autoestima", explica Manríquez.

El TDAH es un trastorno neuroconductual genético que afecta a niños, adolescentes y también adultos, y que se caracteriza por la incapacidad de las personas para concentrarse en una sola actividad, complicando su vida académica y la relación con



los otros, porque tienen dificultades para seguir instrucciones, completar tareas y planificar acciones. Se estima que alrededor de un 6% de los niños y un 8% de los estudiantes universitarios del país sufren TDAH.

## **Análisis de los niños con déficit atencional**

El déficit de atención e hiperactividad es una condición neurobiológica que se manifiesta con disfunciones en el comportamiento y distorsiones cognitivas. Se presenta generalmente en la población infantil con una tendencia entre el 5 al 8 % para los niños en edad escolar (Montañés, F. 2008), los varones siendo tres veces más susceptibles a presentar el trastorno que las niñas (Puentes-Rozo, P.J. et al. 2008). Sin embargo, este dato varía dependiendo de la metodología utilizada para los estudios y la población investigada (ver estudios epidemiológicos por la OMS y por la American Psychiatric Association).

El TDAH es un desorden que no se observa únicamente en los niños. En personas adultas quienes sufren de TDAH, es aproximadamente el 60% cuyos síntomas básicos como inatención, impulsividad, irritabilidad, intolerancia y frustración habían tenido inicio antes de los siete años. Según investigaciones españolas, en la etapa adulta, las manifestaciones propias se relacionan más con problemas de concentración, disminución de la capacidad de memoria a corto plazo, falta de organización, dificultades en la autodisciplina, baja autoestima, inquietud mental, frustración, escasas habilidades sociales (para establecer pareja y conservar un empleo), (Valdizán, J.R.; Izagueri-Gracia A.C. 2009), abuso de sustancias tóxicas, comportamientos delincuenciales, entre otros.

El TDAH es un síndrome heterogéneo y de etiología multifactorial, obviamente debido a las diferencias individuales en cada sexo, los procesos de socialización y a los roles asignados (Piaget, Jean 1975) en cada una de las culturas. También influyen el temprano acceso en el uso de nuevas tecnologías de telecomunicación (televisión, videos juegos e Internet, etc.) y el bombardeo de una gama variada de estímulos (acústicos, visuales, gestuales etc.), más allá del control es decir, sin una guía adecuado de parte de padres, tutores o maestros marca una diferencia significativa. También es importante analizar que el TDAH es un trastorno del Sistema Nervioso Central por lo tanto hay que precisar que el 80% de los factores genéticos y biológicos (Wender, P.H. 1971) están relacionadas con la historia de desarrollo cerebral (disminución en la disponibilidad de neurotransmisores como la norepinefrina y la dopamina), historia familiar y la predisposición genética del trastorno en padres. Esta condición es más frecuente heredarse cuando un padre o ambos han presentado una sintomatología similar, etc., como al hecho de haber sido o no diagnosticados, de haber recibido o no un tratamiento.

Otras variables que tienen cierta influencia son las relacionadas con los niveles nutricionales en los niños en proceso de desarrollo y como estas afectan el equilibrio

químico cerebral.

Para finalizar es necesario mencionar las variables ambientales como los hogares ruidosos, altos niveles de estrés en padres.

## **CAPÍTULO TERCERO**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Tipo de investigación**

El tipo de investigación corresponde al paradigma de investigación cualitativo, específicamente la investigación etnográfica en el aula de clase.

La investigación etnográfica es el método de investigación por el que se aprende el modo de vida de una unidad social concreta, pudiendo ser ésta una familia, una clase, un claustro de profesores o una escuela.

#### **3.2. Línea de investigación**

La línea de investigación etnográfica presente es investigación educativa – descriptiva por que la formación en que se estructura permite hacer un análisis holístico del tema investigado a partir del aporte de todos los elementos que intervienen en el mismo.

La investigación educativa es aquella que trata las cuestiones y problemas relativos a la naturaleza, epistemología, metodología, fines y objetivos en el marco de la búsqueda progresiva de conocimiento en el ámbito educativo

La investigación descriptiva es un método científico que implica observar y describir el comportamiento de un sujeto sin influir sobre él de ninguna manera. Este tipo de experimentos es generalmente usado por los antropólogos, psicólogos y científicos sociales para observar comportamientos naturales sin que estos sean afectados de ninguna forma.

#### **3.3. Técnica de investigación**

Las técnicas de investigación fueron:

- Entrevista
- Observación
- Encuesta

La entrevista es un encuentro entre personas para abordar temas dentro de un entorno escolar. Normalmente es para pedir o transmitir información, y también para solucionar conflictos o encauzar la toma de decisiones.

La observación es un **método de trabajo no sólo en investigación educativa, sino también y fundamentalmente en el quehacer diario de los educadores que desarrollan su actividad en contacto y relación directa con los niños.**

Cumple un papel importante, por cuanto viene a ser un medio que permite complementar la información obtenida por medio de instrumentos de medición como pruebas escritas, escalas de calificación, listas de cotejo y registros anecdóticos, entre otros. Sin embargo, esta clase de observación requiere sistematización porque no se refiere a una actitud contemplativa, más bien necesita la actuación del sujeto sobre el medio mediante una planificación y constatación del efecto de sus acciones

Se observó la clase de niños de IV grado con déficit atencional.

La encuesta es una técnica de investigación que consiste en una interrogación verbal o escrita que se les realiza a las personas con el fin de obtener determinada información necesaria para una investigación.

### **3.4. Técnica – Instrumento**

Son preguntas estructuradas en base al tema

La observación penetra:

#### **Anecdotario**

El registro anecdótico Es el registro acumulativo y permanente, que hace el docente, de los hechos relevantes realizados o en los cuales ha participado el estudiante. Permite valorar, en especial, la conducta individual y colectiva del estudiante, sus actitudes y comportamientos.

#### **Lista de cotejo**

La lista de cotejo consiste en un listado de aspectos a evaluar (contenidos, capacidades, habilidades, conductas, etc.), al lado de los cuales se puede calificar ("O" visto bueno, o por ejemplo, una "X" si la conducta no es lograda) un puntaje, una nota o un concepto.

Es entendido básicamente como un instrumento de *verificación*. Es decir, actúa como un mecanismo de revisión durante el proceso de enseñanza-aprendizaje de ciertos indicadores prefijados y la revisión de su logro o de la ausencia del mismo.

#### **Diario de clase**

En el diario se plasma la experiencia personal de cada estudiante, durante determinados períodos de tiempo y actividades. Es una técnica que se usa para la

autoevaluación. Puede utilizarse como una técnica auxiliar para que los alumnos escriban, en un espacio determinado, las dudas, los aspectos que les causaron confusión y comentarios u opiniones sobre lo aprendido.

## **Cámara fotográfica**

Una cámara fotográfica o cámara de fotos es un dispositivo utilizado para capturar imágenes o fotografías. Por medio de este instrumento pudimos obtener imágenes del área de trabajo y sus estudiantes.

## **3.5. Población**

La población de nuestra investigación esta comprendida por 30 estudiantes del IV grado de la escuela Manuel Urbano Ayarza.

## **3.6. Muestra**

La muestra de nuestra población fue obtenida de los niños del IV grado J

## **CAPITULO CUARTO**

### **MARCO ANALÍTICO**

## **4.1. Presentación de Resultados**

## **4.2. Análisis de Resultados**

Los estudiantes de IV grado J del C.E.B.G. Manuel Ayarza tienen déficit atencional porque los resultados en la gráfica 5 demuestran que los estudiantes no prestan atención a las lecciones, a las indicaciones proporcionadas por el maestro. Las observaciones que estuvimos realizando en este salón, determinan que estos niños deben ser debidamente diagnosticados para así poder ser tratados adecuadamente.

La mayor dificultad de los niños es que no prestan atención y no les gusta leer las indicaciones, no siguen las indicaciones tal como se les explica.

## **CONCLUSIÓN**

En el C.E.B.G. Manuel Urbano Ayarza, IV grado con problema de déficit atencional de 10 estudiantes del turno vespertino según la observación realizada se pudo decir que hay que tener cuidado con los niños que padecen este trastorno, ya que las características de estos niños no son normales debido a que no prestan atención a los

detalles para poder realizar sus tareas, no escuchan cuando se les habla directamente, no siguen indicaciones y hacen que los demás se desconcentren; son demasiado distraídos.

Al observar el grupo, hicimos una encuesta donde les hacíamos preguntas, pero los resultados no fueron satisfactorios, porque no siguieron las indicaciones establecidas en el aula, ya que este problema de déficit atencional es un trastorno de la función cerebral en los niños, adolescentes y adultos sugerimos dar charlas a los padres y estudiantes sobre el tema.

El docente tiene que estar pendiente en los resultados de estos estudiantes para poder mejorar el problema porque es la primera persona que puede detectar el trastorno. Para así buscar una solución, ya sea con los padres de familia y referirlo con un especialista, logrando una mejoría significativa en la vida académica de los estudiantes.

## RECOMENDACIONES

- Sugerimos a los padres de familia mantener una comunicación directa con los hijos, para así poder conocer cuáles son sus inquietudes, sus necesidades, sus anhelos, para que en un futuro no se sientan personas frustradas y tengan la necesidad de buscar la salida a su mal.
- Que los maestros determinen las normas murales como fundamento de estudio y cambio de actitud, para garantizar que este modelo sea observado por los estudiantes y tengan una conducta más aceptada socialmente.
- Recordar a los docentes deben tener presentes las diferencias individuales de los estudiantes, para motivar a los alumnos con déficit atencional a nuevas aplicaciones de conocimientos para el desarrollo logrado de la creatividad y la investigación logrando autonomía y cambio en ellos mismos.

## BIBLIOGRAFÍA

\_\_\_\_\_. Trastorno con déficit de atención con hiperactividad. Wikipedia.  
[http://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno\\_por\\_déficit\\_de\\_atención\\_con\\_hiperactividad](http://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno_por_déficit_de_atención_con_hiperactividad)

\_\_\_\_\_. ¿Qué es TDAH? Fundación CADAH. 2012.  
<http://www.fundacioncadah.org/web/categoria/tdah-que-es-el-tdah.html>

\_\_\_\_\_. Qué es TDAH?  
[http://kidshealth.org/parent/en\\_espanol/emociones/adhd\\_esp.html](http://kidshealth.org/parent/en_espanol/emociones/adhd_esp.html)

\_\_\_\_\_. Trastorno de hiperactividad con déficit de atención. Medline Plus.  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001551.htm>

**ANGUERA, M.** 1999. *Observación en la escuela: Aplicaciones*. Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona

**COHEN, L. y MANION, L.** 2002. *Métodos de investigación educativa*. Madrid: La Muralla.

**FICK, U.** 2004. *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.

**GARCÍA PÉREZ, E.** 2008. *Adaptaciones Curriculares metodológicas para Escolares con Déficit de Atención*. Bilbao: COHS Consultores.

**SANDÍN, M.** 2003. *Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones*. Madrid: McGraw-Hill.

## **ANEXO**

### **MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

### **CENTRO EDUCATIVO BÁSICO GENERAL**

### **MANUEL URBANO AYARZA**

### **REGISTRO ANECDOTARIO**

### **OBSERVACION DE CAMPO**

Sujeto: \_\_\_\_\_ Condición: \_\_\_\_\_

Conducta presentada:

Observación:

Responsables:

---

---

---

---

---

## **ENCUESTA**

**INSTRUCCIONES:** marque con una X la respuesta más acertada

1. Edad: 9 10 11 12 Otra \_\_\_\_\_

2. **Sexo:** M F

3. **Quienes viven en tu hogar:** Mamá Papá Otros: \_\_\_\_\_

4. **Cual es el ingreso familiar de tu familia?**

100 – 200 201 – 300 301 – 400 400 o más

5. **Como es tu rendimiento académico:**

Excelente Bueno Regular Deficiente

6. **Te gusta tu escuela:** Si No

7. **Te gusta estudiar:** Si No

8. **Como es la relación con tus padres**

Excelente Bueno Regular Deficiente

9. **Quien te motiva para estudiar**

Maestros Padres Hermanos Otros

10. **Como es la relación con tus compañeros**

Excelente Bueno Regular Mala

### **LISTA DE COTEJO**

Estudiante: \_\_\_\_\_

**Características de déficit SI**

**NO**

**atencional**

Dificultad de atención,  
impulsividad

Se distrae con facilidad

Presenta dificultades para  
concentrarse

No termina lo que empieza

Distraídos en la escuela

Son extremadamente  
inquietos

Se enojan con facilidad

constantemente se molestan  
con otros niños

Tienen drásticos cambios  
No les gusta seguir  
instrucciones  
Dificultades para organizar  
tareas y no suelen  
finalizarlas

## **DIARIO DE CLASE**

Diario para la clase de IV grado del C.E.B.G. Manuel Urbano Ayarza

Día: 31 de octubre de 2013

El día 31 de octubre visitamos la compañeros Victoriana A, Juana López, Eulalia Batista, Felix Ortega, Eneida González, eran las 2:00 p.m. cuando llegamos al C.E.B.G. Manuel Urbano Ayarza nos atendió el Director Luis Lindo le pedimos permiso para visitar el salón #14 del IV° J de la maestra Luska García para observar a los niños.

Después de 2 horas de observación escogemos a 4 niños para que nos respondan la encuesta.

Dificultades que hemos encontrado en este semestre, las constantes inundaciones al frente de la Facultad de Ciencias de la Educación que parece un mar. Otra los tranques que se forman desde 4 altos hasta la U y la mayoría de nosotros trabajamos en la transistmica y algunos hacemos trasbordo para llegar a la U.

Debido al alto costo de la vida la economía de los hogares está por encima de los gastos presupuestados para estudios, sufragar la confección de este trabajo no ocasionó limitaciones económicas.

Los horarios de trabajo nos dificultan reunirnos en grupo pero hacemos un gran esfuerzo para reunirnos pero lo logramos.

En el pabellón central del tercer piso está ubicado el IV° J salón #14 no tiene baños adecuados sin puerta, sube el agua hasta el piso, el salón está adecuado para dar clases.

Observamos en algunos estudiantes están distraídos; la maestra explica la clase muy bien, la clase era de matemáticas, consistía en resolver las siguientes fracciones

## **ENTREVISTA**

Preguntas que se realizarán a los estudiantados

1. Nombre
2. Edad
3. Fecha de nacimiento



4. ¿En qué año de la escuela vas?
5. ¿Te gusta la escuela?
6. ¿Haces las tareas de la escuela?
7. ¿Te gustan las tareas?
8. ¿Qué te gusta de tu escuela?
9. ¿Tienes amiguitos en la escuela?
10. ¿Cuántos?
11. Me podrías dar sus nombres
12. ¿Juegas con ellos?
13. ¿A qué juegan? (si no juega con ellos a que juega solo)
14. ¿Te gusta jugar?

**Nota:** Si al niño o niña le gusta jugar le pediremos que juegue con nosotros a cielo, mar y tierra. El juego consiste en que cuando al niño se le diga cielo (tiene que mirar hacia arriba), cuando le digamos (mar tiene que mirar hacia abajo), y cuando se le diga tierra tendrá que quedarse quieto con la mirada hacia en frente. Con esta actividad se podrá saber si tiene la destreza de entender las indicaciones y si tiene sentido de la orientación.

15. ¿Qué haces en tu casa?
16. ¿Te gusta la tele?
17. ¿Cuánto tiempo ves la tele?
18. ¿Comes cuando ves la tele?

**Nota:** En esta parte es importante preguntar qué tipo de programas ve así será más fácil en tender si tiene un problema de agresividad.

19. ¿Qué comes?
20. ¿Te gustan los dulces?
21. ¿Qué dulces comes?
22. ¿Comes muchos dulces?
23. ¿Te gustan las verduras? ¿Por qué?
24. ¿Duermes en la tarde o hasta en la noche?
25. ¿Duermes solo o con tu mami? ¿por qué?
26. ¿Tienes hermanitos?
27. ¿Cuántos hermanitos tienes?
28. ¿Con quién vives?
29. ¿Cómo se llama tu mamá?
30. ¿Cómo se llama tu papá?
31. ¿A quién quieres más?
32. ¿Cuál es tu héroe favorito?

## MODELO DE OBSERVACIÓN

**ACTIVIDAD****TIPO DE ACTIVIDADESTRATEGIA****REFLEXIONES**

Observación realizada por: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Estudiante: \_\_\_\_\_

Nivel: \_\_\_\_\_