

roble de la distinción

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACION
CARRERA PSICOLOGIA

*Proceder
TRIBUNAL*



*Rodolfo Lopez Hartmann
Presidente Tribunal*

**PROPUESTA DE UN PROGRAMA PARA PADRES Y
MAESTROS DE NIÑOS CON TRASTORNO POR DEFICIT DE
ATENCIÓN CON *HIPERACTIVIDAD***

POSTULANTE : NEYDA MARIANA GALLARDO GUZMAN
TUTOR DR. RODOLFO LOPEZ HARTMANN

LA PAZ, AGOSTO DE 2000

INDICE

A MODO DE PRESENTACIÓN	Pag. *
DEDICATORIA	Pag. 1
AGRADECIMIENTOS	Pag. 2
INTRODUCCIÓN	Pag. 3
1 SECCION DIAGNOSTICA	
1. MARCO REFERENCIAL	Pag. 4
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	Pag. 5
3. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	Pag. 7
1er. CASO	Pag. 8
2do CASO	Pag. 9
4. IMPORTANCIA DEL PROBLEMA	Pag. 10
5. MARCO TEÓRICO	Pag. 11
5.1. ETIOLOGIA	Pag. 11
5.1.1. FUNCIONAMIENTO BIOLOGICO	Pag. 12
5.1.2. ESTRUCTURAS CEREBRALES Y FUNCIONALES	Pag. 12
5.1.3. NEUROTRASMISORES	Pag. 14
5.1.4. ELECTROFISIOLOGICOS	Pag. 15
5.1.5. COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO Y EL NACIMIENTO	Pag. 15
5.1.6. GENETICA	Pag. 16
5.1.7. LA DIETA	Pag. 16
5.1.8. ENTORNO AMBIENTAL	Pag. 19
5.1.9. FACTORES PSICOSOCIALES	Pag. 20
5.2. CRITERIOS DIAGNOSTICOS	Pag. 22
5.3. MANIFESTACIONES PRINCIPALES	Pag. 24
5.3.1. DEFICIT DE ATENCIÓN	Pag. 24
5.3.2. HIPERACTIVIDAD	Pag. 25
5.3.3. IMPULSIVIDAD	Pag. 25
5.3.4. AGRESIVIDAD	Pag. 26
5.4. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	Pag. 27

5.5. PROBLEMAS DE APRENDIZAJE ASOCIADOS	Pag. 28
5.6. PROBLEMAS CONDUCTUALES ASOCIADOS	Pag. 28

II SECCION PROPOSITIVA

1. OBJETIVOS	Pag. 30
1.1. OBJETIVOS GENERALES	Pag. 30
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Pag. 30
2. METODOLOGÍA	Pag. 31
2.1. CONCEPTUALIZACION DEL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL Y SU APLICACIÓN EN EL METODO	Pag. 32
2.2. PROCEDIMIENTO	Pag. 36
2.2.1. EVALUACION DE LA PROBLEMÁTICA	Pag. 36

III SECCION CONCLUSIVA

1. CONCLUSIONES	Pag. 40
2. RECOMENDACIONES	Pag. 41

ANEXOS

CUESTIONARIO GUIA PARA EL INICIO DE LA INVESTIGACION PADRES	Pag. 44
CUESTIONARIO GUIA PARA EL INICIO DE LA INVESTIGACION MAESTROS	Pag. 46

PROGRAMA DE INTERVENCION PARA PADRES DE NIÑOS CON TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD

PRIMER PASO

AUTOANALISIS Y ANALISIS DE VIVIR COTIDIANO	Pag. 48
---	----------------

SEGUNDO PASO

INSTRUCTIVO	Pag. 50
--------------------	----------------

HOJA DE REGISTRO DE CONDUCTAS PARA OBTENER EL PERFIL DEL NIÑO	Pag. 50
--	----------------

TERCER PASO

REGISTROS DE CONDUCTAS OBTENER EL PERFIL TEMPERAMENTAL DEL NIÑO	Pag. 51
--	----------------

CUARTO PASO

COMO IMPARTIR DISCIPLINA EVITANDO CASTIGOS **Pag. 52**

QUINTO PASO

**TECNICAS PARA CANALIZAR CONDUCTAS INADECUADAS
POSITIVAMENTE** **Pag. 54**

**PROGRAMA PARA MAESTROS DE NIÑOS CON
TRASTORNOS POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD**

PRIMER PASO

REGISTRO DE ACTIVIDADES INTRAESCOLARES **Pag. 57**

SEGUNDO PASO

CONOSCAMOS LA CONDUCTA DEL ALUMNO **Pag. 61**

TERCER PASO

HORARIO DE TRABAJO EN AULA **Pag. 62**

CUARTO PASO

COMO MANEJAR LAS CONDUCTAS DEL NIÑO EN EL AULA **Pag. 62**

**CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO Y RENDIMIENTO
(PARA PROFESORES)** **Pag. 64**

**CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO Y RENDIMIENTO
(PARA PADRES)** **Pag. 66**

**PLANILLA DE DEFICIENCIA Y EFICIENCIAS
(PARA PADRES DE FAMILIA)** **Pag. 68**

**PLANILLA DE DEFICIENCIAS Y EFICIENCIAS
(PARA PROFESORES)** **Pag. 69**

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS **Pag. 70**

A MODO DE PRESENTACION:

**EL RESULTADO MÁS VALIOSO DE TODA EDUCACION ES
LOGRAR QUE HAGAMOS LAS COSAS QUE DEBEMOS HACER, A
Ski DEBIDO TIEMPO, SEA QUE NOS GUSTE O NO. ES LA
PRIMERA LECCION QUE DEBIERA APRENDERSE. SIN
EMBARGO, Y POR TEMPRANO QUE LA EDUCACION DE UN
HOMBRE EMPIECE, QUIZA SEA LA ULTIMA LECCION QUE
APRENDA PERFECTAMENTE.**

THOMAS HUXLEY

DEDICATORIA:

***A MIS PAPAS Y ABUELITOS QUE CON SU EJEMPLO ME
ENSEÑARON QUE EL QUE PERSEVERA LOGRA EL **EXITO** Y
A MIS PEQUEÑOS HIJOS PEDRO ARDE!, MARIANA **FABIOLA**
PAOLA ANDREA.***

AGRADECIMIENTO:

**A TODOS LOS DOCENTES DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA, QUIENES ME
DOTARON DEL CONOCIMIENTO NECESARIO, EN ESPECIAL. AL LIC.
BISMARCK PINTO TAPIA A MI ESPOSO LIC. PEDRO URQUIDI T. QUIEN 1
ME BRINDÓ SU APOYO EN TODO MOMENTO Y A MI TUTOR EL Dr.
RODOLFO LOPEZ H.**

INTRODUCCION

El "Trastorno por déficit de atención con **hiperactividad**", deteriora **cognitivamente** al niño, por la falta de persistencia en actividades que requieren de la participación de los mismos. Su círculo social se ve limitado y en casos extremos son aislados por conductas: agresivas, inquietud excesiva, impulsivas, torpeza en sus movimientos, etc. En nuestro medio y por la falta de información, es que se etiqueta a este niño como desobediente, con falta de educación porque quebranta algunas normas establecidas socialmente y los bajos niveles de tolerancia del entorno hacen de éste niño un desadaptado en sus esferas de interacción (escuela, barrio y la propia familia).

Las repercusiones en su vida adulta son catastróficas si no se actúa con prudencia y de inmediato, ya que de un trastorno por déficit de atención con hiperactividad se puede pasar a un trastorno negativista desafiante, disocial, por mencionar. En la esfera familiar, los padres y demás familiares al no comprender él porque del comportamiento del niño propinan sendos castigos físicos y psicológicos que afectan el desarrollo afectivo - emocional del niño.

En la escuela, el niño es conocido por su fama de inquieto, agresivo, con frecuencia interrumpiendo las tareas y/o actividades escolares de sus demás compañeros, los mismos que lo relegan de sus juegos. Los maestros por su lado escogen las siguientes opciones, que por cierto no son las mejores:

El sitio en el aula es el del último banco, ignorado por completo y en el peor de los casos expulsado del aula. Las quejas son constantes y los adjetivos calificativos que se les da, deterioran su autoestima y acentúan sus conductas inapropiadas.

El niño por su parte al no encontrar ayuda deambula desprotegido, creando en él sentimientos de culpa, baja autoestima y desconcierto por la reacción de los demás.

Por lo tanto es necesario implementar un programa para padres y maestros de niños con este trastorno, ya que son protagonistas principales del interaccionar social del niño y lo más importante, que de ellos depende el desarrollo afectivo - emocional y posterior readaptación al medio social que se torna para el niño en agente disociador, reforzante de conductas inadecuadas.

I. SECCION DIAGNOSTICA

1. MARCO REFERENCIAL.- El Trastorno por Déficit de Atención **con** Hiperactividad, comienza por lo general en la infancia (durante los cinco primeros años de vida) y se caracteriza por: Falta de atención, distraibilidad, impulsividad, inestabilidad afectiva e hiperactividad que pueden o no sufrir alteraciones neurológicas o bien estas pueden ser mínimas. Estos niños suelen tener dificultades de concentración en clase, no llegan a terminar las tareas escolares y el trato con los demás es problemático, comprometiendo su éxito escolar y su inserción en grupos, el temperamento del niño influye en grandes proporciones en su conducta, cabe mencionar que así como este cuadro comienza en la infancia algunos rasgos se incorporan a la misma con el transcurrir de los años, porque el temperamento puede cambiar dentro de ciertos límites debido a la educación, cultura, influencia por los medicamentos.

En el ambiente institucional "áulico" se presentan una serie de apreciaciones a priori del comportamiento del alumnado que puede o no presentar características particulares de niños con TDAH, el mismo que toma al grupo escolar como homogéneo sin la apreciación del contexto individual del niño (físico, intelectual, afectivo y emocional) que frustran su adaptación a la escuela.

El ambiente familiar por su lado presenta una serie de conflictos, con interrogantes, sentimientos de culpa, baja tolerancia para tratar con el niño con **TDAH**, es una familia que se restringe de su entorno social por evitar nuevas escenas de irritabilidad y/o agresividad que se acentúan en ambientes abiertos creando ansiedad en ellos y problematizando a todos los que interactúan en la formación del niño, formulándose preguntas en función de su desazón:

1. ¿Tengo yo la culpa por reprenderle y pegarle constantemente?.
2. ¿En qué estamos fallando como padres?
3. ¿Le complacemos en todo.?
4. ¿Es un problema de salud, tiene cura?
5. ¿Será que nunca podremos controlarlo?
6. ¿Podremos lograr dominar la situación?.
7. ¿Quiénes pueden atenderle?

8. ¿Qué hacemos para captar su atención y que obedezca?
9. ¿Quién puede atender a nuestro niño?
10. ¿Tiene cura su problema, que futuro le espera?.

Por lo tanto el convivir con un niño con TDAH no es trabajo de uno, sino de la familia en su integridad y de los educadores, que al no contar con información y los medios necesarios para tratar con niños de estas características, entorpecen aún mas la individualidad del niño, reforzando conductas inadecuadas. Proyectarlos a una educación de equipo entre padres de familia y docentes sería lo óptimo con el fin de crear nuevas formas trato para el niño con TDAH.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

A menudo se observa que existen niños, que "no pueden prestar atención a la maestra" o que "causan problemas en la clase". Entre las varias razones para explicar este tipo de comportamientos hay una en particular que, por ser relativamente común, deben ser conocida por los padres y maestros. Se trata del "Trastorno de Déficit de Atención con hiperactividad".

Los niños con estas características desean ser buenos estudiantes; pero tienden a ser impulsivos e incapaces de prestar atención debida a la clase. Los maestros, padres y Compañeros saben que el niño es "diferente", pero no saben a ciencia cierta las causas.

Esta es una situación que afecta aproximadamente el tres por ciento (3%) de todos los niños, sólo en Estados Unidos de América. Son diez veces más frecuente en niños que niñas.

Con frecuencia el TDA se acompaña de hiperactividad, los niños se muestran descuidados, desordenados, cambian continuamente de tarea, realizan actividades o tareas sin un fin y objetivo, suelen responder precipitadamente, incluso antes de haber terminado de formular la pregunta, incapaces de esperar su turno, reflejan una escasa conciencia del peligro.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad o simplemente hiperactividad es manejado por el docente como un etiquetaje para alumnos intranquilos en clase, poco o nada colaboradores, con atención dispersa, agresivos, etc.

Los mismos que al perder el control de la maestra son remitidos en última instancia al gabinete psicológico, pudiendo apreciar una gama de problemas reforzantes a las conductas Hiperactivas en el niño en edad escolar las mismas que se especifican en :

Ambiente Escolar: Los docentes, por falta de información y/o conocimiento de las dimensiones del TDAH no refieren en su momento al niño, convirtiéndolo en agente disociador de la auto percepción del niño, profundizando el problema con conductas inapropiadas en el ambiente escolar, devaluando sus mínimas capacidades y relegándolo del contexto áulico, utilizando adjetivos calificativos que devalúan al niño. Haciendo que este busque alternativas poco apropiadas de "sobre vivencia" que a la larga traen consigo conflictos afectivos - emocionales que se transportan de la casa a la escuela y viceversa convirtiéndose en un círculo sin salida donde se involucran todos los que giran entorno al niño con TDAH, como agentes reforzadores negativos de sus conductas inapropiadas.

Ambiente Familiar: Es lógico apreciar un ambiente familiar tenso ante la conducta de sus hijos patentizándose en el rendimiento escolar y la información no sustentada de los profesores ante este fenómeno, impulsando a los padres esgrimir de igual manera "adjetivos calificativos ", infravalorándolos. De esta manera los padres secundan actitudes y conductas erróneas de los educadores del ambiente escolar convirtiéndose en agentes pasivos de su propio desconocimiento y generando castigos "correctivos" físicos hasta llegar al maltrato del niño como de los componentes del núcleo familiar.

Es por este conflicto tan singular y que involucra varias esferas de interacción social del niño con TDAH que, la presente propuesta pretende proporcionar a los padres y educadores un Programa que ayude a la re - adaptación y coadyuve al buen desarrollo escolar de niño con TDAH.

A los padres de familia les permitirá aprender a evaluar situaciones problemáticas en función del temperamento del niño y el porque de determinadas conductas que han entorpecido las relaciones familiares y del entorno interactivo del niño.

Al niño le permitirá readaptarse a su medio familiar y escolar.

3. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El TDAH, antes llamado Hiperkinesia o Disfunción Cerebral Mínima, es uno de los trastornos mentales más comunes entre niños. Afecta entre el 3 y el 5 por ciento de todos los niños.

Los varones se ven afectados dos o tres veces más que las niñas. Como promedio, al menos un niño de cada aula necesita ayuda profesional en los Estados Unidos.

El TDAH a menudo sigue a través de la adolescencia y de la edad adulta y puede causar una vida de sueños frustrados y dolor emocional.

En Bolivia al igual que en los Estados Unidos se estima que el TDAH es uno de los cuadros, que incide en bajos niveles de aprendizaje y adaptación escolar de los niños, y es por esta razón que través de la experiencia de trabajo en el colegio "San Luis de **Gonzaga**", que motiva la elaboración del programa para padres y maestros de niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, porque se puede evidenciar que, por falta de información y comprensión del cuadro que cursa el niño con **TDAH**, es encasillado en un molde creado por la familia y el medio social, en este caso la escuela específicamente, quienes influyen indirectamente en él para la mala adaptación a su medio social, baja autoestima, sentimientos de culpa, por el ambiente aversivo en el que se desarrolla.

Los padres de estos niños son rígidos poco tolerables y con un círculo social restringido por temor a pasar nuevas escenas desagradables.

Los niños reaccionan de acuerdo como son tratados, agravando aún más el cuadro y las conductas de hostilidad.

Los maestros y compañeros de aula también manifiestan conductas rígidas frente a estos niños.

Con frecuencia suelen utilizar conceptos errados y engloban a niños con características: agresivas, intolerables, distraídos y que alteran en ambiente áulico con conductas inapropiadas como hiperactivos, y son remitidos al gabinete psicológico después de haber agotado todos los recursos en querer solucionar el problema, habiendo transcurrido desde la identificación del problema una serie de conflictos frustrantes, en el niño que se ve devaluado, conflictuado, presa de padres y educadores que no colaboran en su readaptación.

El maestro al ~~englobar~~ ^{trabajar} a todo niño con las características de hiperactivo puede incurrir en un ~~grave~~ ^{grave} error ya que estas características pueden ser también de niños que cursan un problema familiar, ser hijos de padres agresivos, en proceso de divorcio o ser un problema orgánico como la parasitosis.

Así se da a conocer dos casos ilustrativos en el que podremos apreciar que etiquetaje apriorí conducen a desviar el camino de la solución del problema que cursa el niño, sea éste de índole emocional - afectivo u orgánico.

1 er CASO

Es remitido al gabinete psicológico el alumno N.N. de 7 años de edad de 2do de primaria, por la maestra como niño hiperactivo, ya que en clase no obedece a la maestra, se torna agresivo con sus compañeros y no tiene los cuadernos al día.

En la primera entrevista con el niño se toman pruebas psicométricas (Bender) cuyos indicadores nos hacen suponer que las conductas que el niño manifiesta son de índole afectiva - emocional.

En la entrevista con la madre realizamos la anamnesis en la cual podemos apreciar que tanto el embarazo, parto y desarrollo **psicomotriz** fueron óptimos, cuando llegamos a indagar en la esfera familiar y la vida escolar del niño es que encontramos problemas.

En la esfera familiar podemos indicar que se trata de una familia que se dedica al comercio informal, tanto el padre como la madre no están en casa y tres de los hijos menores se quedan al cuidado de la hermana mayor de 15 años de edad, quien,

propina sendos castigos en ausencia de los padres a sus hermanos, los encierra en un cuarto oscuro y son sometidos a torturas (descripción que hace el niño entre sollozo y temor), la madre concedora de lo que pasa en su casa adopta un papel pasivo frente al problema, arguyendo que no tiene otra alternativa.

En la vida escolar del niño vemos que es relegado por sus compañeros, el papel se invierte, de agredido pasa a ser el agresor de los mismos, los padres de familia, pasan quejándose por la conducta de niño, la maestra opta por castigos que cree son correctivos. Su rendimiento escolar no es el óptimo, esto resultado de la falta de colaboración en casa.

Con estos datos llegamos a la conclusión de que el niño se torna agresivo porque, reproduce las escenas agresivas vividas en casa, tratándose en este caso de un niño maltratado (Probable Dx. Síndrome del niño maltratado).

2do CASO

Es remitido al gabinete psicológico el niño N.N. de 9 años de edad del Oto curso de primaria, por la maestra, quien manifiesta desconcertada que el niño tiene dificultades para organizar su tareas y otras actividades, se distrae con facilidad, siempre esta en constante movimiento y no espera su turno por lo que tiene dificultades para relacionarse con sus compañeros.

En la entrevista con el niño puede evidenciar dificultades motoras, hostilidad frente al ambiente, exceso de impulsividad, incapacidad para una fácil inhibición de impulsos, falta de auto confianza, (indicadores obtenidos de las pruebas aplicadas y de la observación durante la entrevista).

La madre refiere que el embarazo no tuvo complicaciones, pero si se dieron fuertes conflictos con su pareja, el parto fue domiciliario, el desarrollo **psicomotriz** nos indica que hubo un retraso en la adquisición del lenguaje y que desde bebé fue intranquilo (dificultades para dormir, almorzar) y con mucha energía, por lo que se le sugiere a la madre una valoración neuropsicológica.

En el ambiente familiar se puede apreciar que las relaciones se han deteriorado y que su círculo social se ha limitado, por las conductas inapropiadas del niño que provocan, malestar y angustia entre sus padres (refiere el padre sumamente preocupado y dispuesto a ponerle un alto a la situación).

En el ambiente escolar se constata que la maestra lo cataloga como niño imposible de controlar " Mal educado " y que sus amigos han optado por aislarlo en varias ocasiones, acrecentando sus conductas agresivas.

El probable Dx. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es corroborado bajo los criterios de **DSM-III** y los resultados obtenidos de las pruebas.

Con estos dos casos se ilustra resumidamente como se puede caer en diagnósticos errados por no contar con los instrumentos necesarios y etiquetar de hiperactivo a un niño sin antes haber tenido una evaluación profesional que lleve a tratar el caso, evitando el deterioro progresivo de la auto percepción y del cuadro mismo.

4. IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

El presente trabajo podrá aportar a una buena adaptación del niño a su medio familiar y escolar, los mismos que por diferentes factores son susceptibles a etiquetar y/o estimular a incorporar en el repertorio individual del niño conductas agresivas como respuesta a las frustraciones, y al rechazo social que entorpecen el desarrollo cognitivo, afectivo y emocional en proceso de formación. Así mismo facilitará a que los padres de familia y educadores puedan contar con un instrumento de intervención práctica, de contenido claro y fácil en su aplicación. Facilitará a que el educador ponga en práctica técnicas que ayuden a la readaptación del niño en el aula, siendo facilitador más que un agente aversivo.

Los padres de Familia también serán beneficiados con este instrumento ya que a partir del mismo podrán asumir el compromiso y obtener los elementos básicos que contribuyan a la readaptación en el proceso de desarrollo óptimo de su niño, si nos ponemos a pensar que en un futuro, sino se procede de manera responsable se aportará a la sociedad con jóvenes involucrados en hechos antisociales.

Se tiene la certeza que este programa ayudará a padres y maestros a readaptar al niño a su medio familiar y educativo identificando y diferenciándolo del grupo, sobrellevando el temperamento del niño que ayudará a padres y maestros a liberarse de sentimientos de omnipotencia.

5. MARCO TEÓRICO

La falta de atención ligada a la hiperactividad y a la impulsividad es un trastorno que afecta a un 5 por ciento de la población infantil. Así lo manifiesta María Jesús Torres, presidenta de la Asociación para el Tratamiento y el Estudio del Déficit de Atención, Hiperactividad e Impulsividad.

Según los responsables de esta nueva asociación, el mencionado trastorno es causa de fracaso escolar, entre los niños afectados, además de provocarles dificultades a la hora de relacionarse con otros niños. No obstante, se trata de niños muy inteligentes y que pueden ser enormemente creativos si se sabe reconducir su hiperactividad. "La clave está en ofrecerles la ayuda y orientación necesaria".

En países vecinos han formado grupos de auto ayuda para los progenitores que crean tener un caso de este tipo en su familia y proyectan poner en marcha a medio plazo programas de orientación para los profesionales que trabajen con estos niños (profesorado, monitores...) y talleres para padres e hijos afectados donde trabajar, entre otros aspectos, la relajación, el manejo de conductas problemáticas o el entrenamiento de habilidades sociales.

5.1. ETIOLOGIA

La investigación actual se centra en la hipótesis de que el TDAH es causado por una **disfunción** del SNC. La neuropatología específica de las áreas cerebrales afectadas sigue sin estar identificada. Puede haber un tema multifactorial; es decir **varios** procesos etiológicos pueden producir un mismo cuadro.

La búsqueda de las causas del **TDAH** implica el estudio de diversas variables, muchas de las cuales son biológicas o se piensa que afectan al funcionamiento biológico. Sin embargo, no existe un factor único que explique totalmente el **TDAH**.

La mayoría de los niños con TDAH son normales con respecto a cualquier factor específico que se haya considerado, y a la inversa, muchos niños en los que está presente un factor no padecen de TDAH.

5.1.1. FUNCIONAMIENTO BIOLÓGICO

Los primeros estudios sobre hiperactividad atribuyeron sus orígenes a un daño o lesión cerebral, enfermedades como la encefalitis tras la primera guerra mundial que provocó en los niños falta de atención e hiperactividad o traumatismos o una herida en la cabeza.

Los investigadores sin tener pruebas de una lesión cerebral se le atribuyeron a éste todo problema conductual. Ej. : problemas escolares debido a una lesión en el tallo cerebral.

Al no tener evidencias de una localización cerebral exacta de daño cerebral se asumió los problemas de hiperactividad, impulsividad, etc. a una disfunción cerebral mínima, In detectable. Este enfoque también fue refutado por otros investigadores quienes observaron la circularidad de la problemática: La disfunción podría llevar a determinados problemas, los mismos que llevaban a la presencia de Disfunción Cerebral. A lo largo del tiempo se han propuesto varias hipótesis sobre la disfunción cerebral. Una *de* ellas se centra en las anomalías de los procesos de activación e inhibición, los cuales podrían estar estrechamente relacionados con la hiperactividad y la falta de atención.

Otra propone que es la inmadurez del sistema nervioso la que subyacer al TDAH. Si bien ambas teorías cuentan con algún apoyo, ninguna de ellas cuenta con el suficiente respaldo científico.

5.1.2. ESTRUCTURAS CEREBRALES Y FUNCIONAMIENTO

Las personas dedicadas a encontrar un lugar preciso en el encéfalo como origen de la causa de **TDAH**, han implicado al: hipotálamo, al sistema de activación reticular, sistema límbico, el cuerpo calloso y los lóbulos frontales.

Por otro lado es muy difícil delimitar las áreas del cerebro que podrían estar implicadas, ya que el sistema de atención abarca varias áreas (frontal y fronto — límbicas),

Se ha observado que la causa más común de los síntomas de la alteración de la conducta en niños con TDAH, es a causa de bajos niveles de flujo sanguíneo, de hipoglucemia particularmente en niños.

"Cuando los individuos tienen una baja repuesta de azúcar, el cuerpo libera adrenalina para normalizar los niveles de azúcar sanguíneo. En los niños, la elevación de la adrenalina puede causar que ellos dramaticen, incluso, agresivamente".

Los síntomas conductuales asociados a un bajo nivel de azúcar, incluyen: Agitación, Hostilidad, Hiperactividad, Irritabilidad y una inhabilidad para mantenerse sentado y concentrarse. Otros signos físicos son: Dolor de cabeza, Insomnio, Latidos rápidos del corazón, inestabilidad y deseos de comer dulces".

Existen varias formas, a través de las cuales un niño puede volverse hipoglucémico y un adulto también, una de ellas es no comer frecuentemente ni suficiente. Come una merienda en la mañana, al medio día y en la tarde. Ellos deben también, comer alimentos altos en proteínas, comparadas con los carbohidrato, las proteínas descomponen la glucosa lentamente, mandando solo pequeñas cantidades de azúcar a la corriente sanguínea, a un tiempo.

El carbohidrato ingerido debe ser de forma compleja, como todos granos, frutas y vegetales. En algunas personas, el azúcar simple de los caramelos, galletas y bebidas refrescantes, desencadenan problemas en el metabolismo de la glucosa. Comiendo también mucho azúcar simple o comiendo esta con el estómago vacío, quizás también cause una reactivación de azúcar en la sangre. Este azúcar sanguíneo disminuye a los niveles normales unos horas después. Cuando esto ocurre, la adrenalina es liberado y produce los indeseables síntomas del TDAH.

5.1.3. NEUROTRANSMISORES

Los estudios sobre identificar anomalías en los neurotransmisores del sistema nervioso central han fijado su atención y se les ha atribuido su participación en el TDAH a la norepinefrina, la dopamina y la serotonina.

Se ha podido examinar los niveles de neurotransmisores o sus metabolitos en el plasma sanguíneo, en el líquido cefalorraquídeo y otras partes del cuerpo, sin tener diferencias entre niños con TDAH y el grupo de control.

Los fármacos que influyen sobre los neurotransmisores también han sido estudiados en función de sus repercusiones comportamentales.

La hipótesis más corriente alude a una deficiencia de "Catecolamina" en el cerebro del niño, en particular de "**Dopamina**" y la "Noreprinefina" importantes en el funcionamiento de las áreas frontales límbicas del cerebro.

La complejidad de los neurotransmisores hacen que las investigaciones no sean las definitivas ya que se cree que podrían estar implicados otros neurotransmisores quedando en interrogante la causa efecto del TDAH relacionado a los neurotransmisores.

Un enfoque ha consistido en examinar los niveles de **neurotransmisores** o su metabolismos en el plasma sanguíneo, en el líquido cefalorraquídeo y otras partes del cuerpo. No se han hallado de forma consistente diferencias entre los niños con TDAH y los de control en este tipo de medidas. Otro enfoque ha estudiado los efectos conductuales de determinados fármacos que se sabe que influyen sobre los principales neurotransmisores. El mejor conjunto de pruebas implica a la norepinefrina y a la dopamina. Estos neurotransmisores se consideran importantes para el funcionamiento de las áreas frontal y límbicas del cerebro.

No obstante los resultados de las investigaciones no son definitivos. Existen muchas dificultades inherentes a la investigación bioquímica de las cuales la complejidad de los sistemas neurotransmisión no es la mejor.

Podrían estar implicados más de un **neurotransmisor** asimismo aún estableciendo un vínculo entre el TDAH y las anomalías en los neurotransmisores todavía quedaría sin respuesta la cuestión de la causa — efecto. Los neurotransmisores deben afectar de alguna manera en el comportamiento, pero también puede suceder lo contrario.

5.1.4. ELECTROFISIOLÓGICOS

Existen pruebas de que los niños con hiperactividad muestran anomalías en las respuestas electrofisiológicas, una minoría considerable muestra un EEG anormal, lo cual se ha interpretado a veces como un retraso en la maduración del sistema nervioso, Las medidas de la tasa cardíaca, la conductancia de piel y la reacción cerebral ante la estimulación indican unas reacciones disminuidas. Así pues, parece que el **TDAH** se caracteriza por una activación por debajo de lo normal, si esto es cierto los niños con **TDAH** podrían ser excesivamente activos con el fin de conseguir estimulación. Sin embargo estos resultados en su conjunto no se encuentran exclusivamente en el TDAH, sino que también caracterizan los trastornos del aprendizaje, los cuales son con mucha frecuencia **premorbidos** con el TDAH, además, los hallazgos están lejos de ser consistentes entre sí.

5.1.5. COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO Y EL NACIMIENTO

Las complicaciones durante el embarazo y el nacimiento se cree que son otra de las causas de Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad, aunque no se tiene el apoyo científico de la misma, estudios de seguimiento a madres alcohólicas en el periodo perinatal y post natal, se ha podido observar, que sus hijos manifestaban conductas Hiperactivas, y problemas en la resolución de tareas.

Asimismo, como existen anomalías físicas que se transmiten genéticamente se cree que el TDAH es transmitido de la misma manera, si se toma en cuenta que este cuadro no está acompañado de trastorno disocial o negativista desafiante.

Las supuestas complicaciones durante y después del embarazo no llegan a conclusiones claras y precisas acerca de anomalías físicas conectadas al TDAH y viceversa.

5.1.6. GENÉTICA

La herencia puede explicar en parte el alto nivel de actividad que se observa en el Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad, por cierto que en padres y hermanos de niños con TDAH se encuentran otro tipo de trastornos psicopatológicos fuera de la hiperactividad.

Investigaciones realizadas con gemelos idénticos encuentran mayor concordancia que entre gemelos fraternos que apoyan la hipótesis genética.

Se ha podido encontrar co - morbilidad entre el TDAH y los trastornos del aprendizaje que en conjunto parecen tener una probable transmisión genética, solo investigaciones al respecto fundamentarán científicamente tal supuesto.

Por lo tanto la transmisión genética requiere de continuos estudios científicos, que la validen como una de las causas del origen del Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad.

5.1.7. LA DIETA

Con frecuencia se ha oído hablar que el consumo de ciertas sustancias alimenticias que contienen edulcorantes, colorantes, salicilatos, naturales, etc., que provocan hiperactividad y trastornos del aprendizaje en los niños Si analizamos nuestra alimentación industrializada que comienza en la década del 50 (1959) con la gran industria de los enlatados, con preservativos, aditivos, colorantes y sabores artificiales con aproximadamente 359 aditivos, podemos explicarnos el origen de este "síndrome" y hoy contamos con más de 65.000 que es la lista publicada por la EPA en 1989. De estos 1600 salen del alquitrán de Hulla y más de 14.000 productos artificiales, 34 años de estar consumiendo:

Tartrazina, Dióxido de Azufre, Nitrato de Sodio, Colorante Amarillo # 5 y # 6, Nitrato Sódico, Amaranto, Butilhidroxianisol BHA, Butilhidroxitolueno BHT, Colorante Punzón 4R, Eritrosina, Benzoato Potásico, Colorante Rojo 29, Benzonato de Calcio, Colorante Carmín de Indigo 4, Hidroxibenzoato de Estilo, Colorante Azul Brillante FCF, Colorante Azul # 1 y # 2, Derivado de Sódico de Eter, Caramelo, Etilico de Acido 4, Negro PN, Hidroxibenzóico, Colorante Marrón FK4, Hidroxibenzoato de

Metilo, Colorante Amarillo Ocaso FCF, Galato de Propilo, Cochinilla, Galato de Dodecilo, Acido Benzoico, Benzonato Sódico de Sodio, 5 Ribonucleotico de Sódico, Hidrógeno L Glutamato, Hihidrogenodi L. **Glutamato** de Potasio de Calcio Guanosina 5 (Fosfato Desódico, **Iosina** 5 (Fosfato Disódico).

Esta pequeña lista de aditivos, colorantes, sabores y preservativos artificiales químicos sólo 16 de ellos son conocidos como Azo - colorantes que tienen una estructura química especial de los átomos de una sola molécula; muchas personas son sensibles a estos colorantes debido a su construcción "**AZO**", a parte de producir reacciones, produce contracciones de los bronquios, ataque de asma, urticaria, ojos llorosos y destilación nasal, visión borrosa, hinchazón en la piel con supuración de líquido y en casos extremos conmoción y reducción de la sangre de anticuerpos antiplaquetas (las plaquetas contribuyen a la coagulación de la sangre para la cicatrización de las heridas).

Por lo tanto, al consumir alimentos enlatados o envasados, corteza de queso, bacalao y abadejo ahumado (Pez comestible del Mar Caribe distinto al bacalao) goma de mascar (chicle), caramelos, zumo de limón (artificial), aderezo para mariscos, salsa y gelatina de menta, adornos para postres envasados, rellenos para pasteles de fruta, guisantes enlatados, salsas para aderezos, bizcochos pre - envasados, masa de pan, macedonia de verduras con salsa picante, salsa marrón, jarabe de arce, bebidas gaseosas, envoltura de cápsulas medicinales, polvos para chocolate en taza sopas enlatadas, batida de yogurt, polvos para hacer batidas, galletas de jalea o mermelada de china, salsa de queso, sopa de sobre, mezcla para hacer bizcochos, polvos para gelatina rápida, fresas enlatadas, salchichas, productos de carne cocida, comida condimentada preparada, etc.

La Eritrocina (otro azo-colorante) causa: fototoxicidad, es decir sensibilidad a la luz. Esta contiene 577 mgs de yodo por gramo, así que el consumo de cantidades grandes de alimentos con este colorante rojo aumenta la actividad de la hormona tiroides hasta niveles altos produciendo **hipertiroidismo**, así que lo encontramos en cerezas rojas (cherry), fresas enlatadas o envasadas, mezcla para hacer gelatina, galletas, mezcla para hacer bizcochos y cerezas escarchadas.

El Azul Patent V, colorante violeta azulado oscuro y agente para diagnosticar utilizando para colorear los vasos linfáticos. Se debe evitar en pacientes que tengan un historial alérgico, puede producir reacciones alérgicas inmediatamente o a los pocos minutos, en hinchazón, sensibilidad a la piel y urticaria; pueden presentarse reacciones graves como conmoción, problemas respiratorios, náuseas, hipertensión y temblores.

El Caramelo producido con amoníaco causa: deficiencia de vitamina B-6, y esta coherencia produce alteraciones cutáneas, dermatitis alrededor de los ojos y de la boca, lesiones inflamatorias de la lengua (glositis), alteraciones gastrointestinales, náuseas, vómitos, alteraciones nerviosas, convulsiones, somnolencia, confusión mental, anemia **hipocrónica** (poca hemoglobina), disminución de los linfocitos (tipos de leucocito "glóbulo blanco" que se forma en los ganglios y tejidos linfáticos).

Colorante Negro **PN** - En estudios hechos con cerdos al administrarles este colorante por noventa días en la alimentación se les encontraron quistes intestinales.

Acido Benzoico (sintético o artificial) - Su función es conservar, se encuentra en las cervezas, mermeladas, cremas para postres, pulpa de puré de frutas, pepinillos. Produce desordenes neurológicos.

Benzonato Sódico - lo encontramos en la margarina, bebidas no alcohólicas, salsa de barbacoa, pasteles de queso, salsa de soya jugos de china (artificial).

Nitrato de Sodio - Puede causar náuseas, mareos, dolores de cabeza, desoxigenación de la sangre, hipotensión y colapso del sistema circulatorio, los Nitritos forman diminutos restos de nitrosaminas en el estómago que se han encontrado que son carcinógenos, lo encontramos en la carne cruda y productos cárnicos curados, carne salada para fijar el color rojo, salchichas de cerdo, filete de cerdo envasada, carne de pavo y jamón , salchichas de "Frank-furt" ahumadas, tocino, jamón, lengua, carne prensada, carne enlatada, pizza congelada.

Es posible que aparte de todos estos residuos químicos se depositen en las gónadas (Nuestro sistema reproductor). Al concebir nuestros herederos, vemos los resultados en niños que solo duermen unas pocas horas al día. Los niños nacen o les aparecen a los pocos meses: eczemas, asma, sed excesiva, predispuesto a tener dificultades respiratorias. A medida que van creciendo se vuelven más activos, se lastiman con más facilidad, tienen problemas de aprendizaje aún cuando su coeficiente intelectual sea alto, problemas del lenguaje, de equilibrio y coordinación motora. Esta es la Hiperactividad o la hiperquinesis. El Dr. Ben **Feingold** señala que la causa de la hiperactividad de los niños son los Azo-colorantes.

Estudios recientes hechos por:

Dr. Ben Feingol demostró que el 50% de la hiperactividad de los niños es producida por el chocolate.

Eggar y Carter, del Departamento de Inmunología y Psicología infantil y del Instituto de Salud del niño y del hospital para niños enfermos de Londres, demostraron que al suministrarles los aditivos y colorantes anteriormente mencionados estos les producían hiperactividad.

Me. Goveran, hizo un estudio similar con 30 niños hiperactivos y demostró que el 57% de los niños no solo los colorantes les producían la hiperactividad sino también la contaminación ambiental y los reactivos químicos como los fenoles influían en su comportamiento hiperactivo.

5.1.8. EL PLOMO AMBIENTAL

Está ampliamente reconocido que la exposición al plomo es dañina para los seres humanos, se han asociado altos niveles de plomo con déficit graves en el funcionamiento biológico, en la cognición y el comportamiento, también los bajos niveles de exposición durante períodos prolongados afectan negativamente a los niños.

En una serie de estudios correlacionales se ha estudiado los niveles de plomo y los niveles de actividad y de atención. Habitualmente se han estudiado los niveles de plomo en la sangre y ocasionalmente la cantidad de plomo en la dentina de los dientes

de leche de los niños. En algunos estudios no se ha encontrado que tenga relación alguna con el comportamiento, sin embargo en estudios importantes sensibles a las cuestiones **metodológicas** se ha hallado algún vínculo.

Fergusson y sus colaboradores hallaron en su estudio que los niveles de plomo en el esmalte dental de niños con edades comprendidas entre seis y ocho años correlacionaban con la falta de atención a los doce o trece años. Los efectos posibles de otras variables, tales como la posición económica, el entorno social de la familia o la historia prenatal del niño, estuvieron controlados en este estudio y en algunos de los otros. Las relaciones encontradas, a pesar de que fueron estadísticamente significativas, fueron pequeñas.

Dadas las débiles correlaciones encontradas en estos estudios, la disminución de plomo ambiental probablemente no afectaría de forma sustancial a la prevalencia del TDAH. No obstante algunas compañías de alta tecnología preocupadas por el desarrollo de los niños reconocen la importancia de eliminar el envenenamiento por plomo.

5.1.9. FACTORES PSICOSOCIALES

Dentro la etiología del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad no se considera las variables psicosociales, aunque parecen ser importantes como referencia del cuadro, si tomamos cuenta a familias disfuncionales con hijos hiperactivos y por ende su relacionamiento.

Estudio realizado con gemelos, encontró una relación entre comportamientos característicos del TDAH y variables adversas que incluyan el malestar de los padres, las desavenencias familiares, la frialdad y las críticas hacia el hijo. Hay que destacar que la evaluación de las conductas del TDAH se llevó a cabo mediante instrumentos objetivos y puntuaciones de los profesores, así como de los padres. El vínculo adverso entre familiares, tales como un mal funcionamiento familiar la presencia de un solo progenitor o las malas relaciones con la madre pudieron predecir la estabilidad de los problemas.

Los estudios realizados en niños en edad escolar indican que sus madres son menos coherentes, más impacientes y asertivas con el poder. Del mismo modo las familias de adolescentes con **TDAH** informan de una mayor cantidad de conflictos y exhiben un mayor número de interacciones negativas las cuales se agravan cuando los adolescentes son también desafiantes. Por tanto las variables familiares están involucradas sin que importe la edad de los hijos.

Debe destacarse no obstante que el sentido direccionalidad de la causalidad, si es que existe alguno, entre las variables familiares y el comportamiento del niño no esta claro.

No faltan razones para especular con que, al menos en el caso de algunos niños, la interacción de la predisposición a desarrollar las conductas pertinentes al **TDAH** con variables psicosociales, tengan como resultado el **TDAH**.

Un hogar caótico o cargado con responsabilidades, con independencia de la posición social, puede que no fomente comportamientos de atención y de reflexión. Unas rutinas regulares y organizadas, unas reglas hechas para cumplir de forma autoritaria, las actividades silenciosas, etc. puede ser especialmente crucial para los niños vulnerables al TDAH.

El estilo de la crianza controlada e intrusiva asociada al TDAH puede provocar o agravar el comportamiento del niño.

Además, el comportamiento de los profesores bien podría desempeñar un papel en la formación de la capacidad de atención y reflexión. La forma en la que esta organizada el aula y en la que se estructuran las actividades pueden influir en el logro escolar quizá de forma especial en los niños predispuesto a conductas relacionadas con el TDAH.

Igual que sucede con los padres, la percepción y la tolerancia respecto al comportamiento del estudiante por parte de los profesores puede influir en las interacciones sociales diarias.

Naturalmente los correlatos psicosociales del TDAH deben interpretarse con cautela. Unos pocos investigadores clínicos creen que los padres o los profesores causan por sí mismos el **TDAH**. Sin embargo, las variables psicosociales, en particular los factores familiares, aportan el contexto crítico dentro del cual se desarrolla el trastorno. Las relaciones dentro la familia pueden ser especialmente importantes (Tailor-1994)

En general, resulta bastante sorprendente que después de muchas investigaciones la etiología del **TDAH** no se conozca con certeza. Existen varios factores que pueden subyacer a la dificultad de establecer una relación causal. En las Clínicas se ha utilizado diferentes criterios para determinar el TDAH, lo que significa que la investigación se ha llevado a cabo sobre muestras diferentes, puede existir diferentes tipos de **TDAH** en función de los síntomas conductuales, así como si los síntomas se manifiestan situacionalmente o de forma generalizada.

5.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

A principios del siglo XIX se describe por primera vez lo que hoy en día conocemos como Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad.

Antiguamente fue la actividad motora el centro de atención de estudios, en consecuencia se le atribuyeron nombres como: Hipersinécia, Síndrome hipersinético, Lesión Cerebral Mínima. Con el transcurrir del tiempo se observaron diferentes problemas **comportamentales** asociados a la hiperactividad, como ser Déficit de Atención e Impulsividad que destronaron a la Hiperactividad como síntoma central del trastorno.

Fue en 1980 que el **DSM-III** denomina a este cuadro como Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad.

En 1987 se cambia el nombre a Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad eliminando la categoría de Déficit sin Hiperactividad.

El DSM- IV produjo un nuevo cambio dividiendo en tres categorías los síntomas más importantes: Desatención con nueve síntomas de los cuales 6 o más deberán haber persistido por lo menos durante 6 meses que es desadaptativa e incoherente con relación al nivel de desarrollo.

Hiperactividad e impulsividad con 9 síntomas que debe manifestar el niño y estar presente antes de los 7 años, síntomas que alteran dos o más ambientes Ej. : Escuela, familia que deteriora su actividad social.

Es importante tomar en cuenta que existen niños que normalmente manifiestan conductas Hiperactivas o comportamiento alterado en un único ambiente, lo que nos llevaría que las causas son circunstanciales.

El sistema diagnóstico CIE clasifica al Trastorno por Déficit de Atención dentro de los Trastornos del comportamiento y de las Emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia con el nombre de Trastorno Hiperactivo, cuyas características son: el comportamiento hiperactivo, falta de atención y continuidad en las tareas, síntomas que tiene un inicio precoz durante los cinco primeros años de vida, tendencia de cambiar de una actividad a otra y que persisten a lo largo de la vida escolar e incluso la vida adulta. Por otro lado son niños que tienen problemas de disciplina por no percatarse de las normas, Más que conductas premeditadas, es imprudente en sus relaciones con los adultos, su impopularidad hace de ellos, niños aislados, se puede apreciar un déficit cognitivo, motor y del lenguaje.

Las complicaciones son comportamientos disociales y una baja autoestima.

El CIE no utiliza el término Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad porque, implica un conocimiento de procesos psicológicos del que se carece y llevaría a incluir a niños con preocupaciones ansiosas, apáticos y soñadores, cuyo problema probablemente sea de otra naturaleza"², pero si está de acuerdo en que el síntoma principal es el Déficit de Atención.

² CIE — 10 "TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO" OPS Ed. Meditor

5.3. MANIFESTACIONES PRINCIPALES

5.3.1. DEFICIT DE ATENCIÓN

Los problemas por déficit de atención, se manifiestan de diferentes formas, pasan de una actividad a otra y no prestan atención a lo que se les dice. (Indican los padres de estos niños).

Los profesores se quejan porque los niños con déficit de atención tienen problemas para concentrarse, se distraen con estímulos superfluos que obstaculizan las actividades escolares, que no tienen nada que ver con las tareas, no colaboran con las instrucciones que se les da.

En investigaciones realizadas con niños con TDAH y grupos de control, muestran que los primeros tienen un bajo rendimiento en las tareas que requieren atención en comparación con el grupo de control.

También se ha podido constatar que estos niños muestran mayor interés o están motivados de alguna forma por algo, fijan su atención, por lo que el problema se cree que radica en situaciones monótonas, aburridas o rutinarias.

Los investigadores por su lado han estudiado efectos específicos de la atención y se ha comprobado que tiene varias dimensiones por lo que ha resultado problemática.

La capacidad para atender estímulos importantes del entorno o simplemente ignorarlos por que no son importantes (atención selectiva) no es apoyada por las investigaciones en el sentido que se hubiera visto afectada en estos niños, estímulos irrelevantes llaman la atención de estos niños, especialmente si son novedosos.

También se ha estudiado la atención mantenida que consiste en prestar atención a una tarea por un período prolongado, y se ha comprobado que existe falta de vigilancia o falta de atención y ser más lentos que los niños normales.

Los investigadores no han logrado identificar con precisión un déficit de atención específico, queda la duda de que la falta de atención sea la mejor forma de describir los problemas de TDAH.

5.3.2. HIPERACTIVIDAD

Otro de los síntomas que llama la atención en es cuadro es la excesiva actividad motora que manifiesta el niño a simple observación, tales como: no paran de moverse, incapaces de estar sentados, se muestran nerviosos, se retuercen en sus asientos y siempre están moviendo una parte del cuerpo. Los accidentes en las relaciones interpersonales son frecuentes por su torpeza motriz Ej. : golpearse con las cosas, hacer caer las cosas, ocasionándose daños corporales y constantes frustraciones en su afán de ser aceptado por el entorno.

Con frecuencia se puede observar que las características de sus movimientos son enérgicas, desorganizados y carentes de objetivos, incapaces de regular sus acciones.

Son los padre y maestros quienes brindan esta información, pero investigadores con la ayuda de instrumentos que miden el movimiento han evidenciado el movimiento excesivo de los mismos, existiendo variación de individuo a individuo dependiendo de la situación inmediata.

Se ha comprobado la frecuencia de actividad motora en lugares específicos como ser: la clase de lectura, matemáticas, cuando duermen o están en la iglesia.

Así se confirma que lugares cerrados, que requieren de la persona regirse a parámetros de control motor son donde mayormente se manifiestan conductas de desenfreno, y no ocurre lo mismo en lugares donde las demandas son menores y no tan rígidas.

5.3.3. IMPULSIVIDAD

La impulsividad se caracteriza por no planificar lo que se pretende hacer, no se rige bajo parámetros previamente establecidos, son niños que actúan sin pensar dos veces y sin ver las consecuencias de sus actos (Deficiencia en inhibición de la conducta.).

Otra de las características es que: Contesta en forma apresurada, no planeada, realiza conductas peligrosas, no mide consecuencias, es muy difícil que pueda esperar su turno, interrumpe actividades, conversaciones de otros.

Característica que a llevado tanto a maestros como los propios padres a tacharlos de mal educados, descuidados, flojos, etc. Siendo así que su autoestima se deteriora y las relaciones con los demás se tornan difíciles para él, siendo imposible llegar a engranar en la sociedad con reglas, normas ya establecidas que atenta contra su indefensa integridad personal.

En el laboratorio, la tarea que suele utilizarse con más frecuencia para evaluar la impulsividad es el (Matching Familiar Figures Test MFFT). Se les presenta a los niños unas figuras que varían ligeramente unas respecto a otras y se les pide que elijan la que se ajuste mejor a una figura standard.

Una selección relativamente rápida, así como los errores de emparejamiento en los diferentes conjuntos de figuras, se toman como indicadores de impulsividad. Estos indicadores pueden distinguir el TDAH, aunque no de forma infalible, (Whaler, 1989)³. Se ha puesto a prueba la impulsividad de otras formas diferentes. Por ejemplo, Schachar y Logan utilizaron un procedimiento de señal de parada. Ante una señal se supone que el sujeto debe dejar de responder a una tarea.

Estos investigadores encontraron que los niños lograban este tipo de inhibición en segundo curso, y que los niños hiperactivos tenían unos resultados peores que los normales o los que tenían otros tipos de diagnósticos.

5.3.4 AGRESIVIDAD

Se describe a muchos niños hiperactivos como demasiado agresivos. En las primeras edades participan más de lo normal en discusiones, confrontaciones y peleas. Ha medida que crecen algunos se ven directamente envueltos en actividades antisociales e ilegales. Alguno de estos jóvenes muestran patrones claros de hiperactividad y agresividad desde una edad muy temprana, mientras que otros desarrollan componentes agresivos posteriormente, quizá como reacción a años de frustraciones generadas por problemas permanentes de inatención, impulsividad, etc. Las complejas interrelaciones entre agresividad e impulsividad tienen importantes implicaciones para emitir un diagnóstico.

WICKEN - Nelson "PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE" cit.;

Las alteraciones de la conducta en la infancia, a menudo se dividen en dos amplios campos, uno denominado interiorizante, supercontrolado o de actuación interna y otro llamado exteriorizante, subcontrolado o de actuación externa.

La hiperactividad es considerada habitualmente como un trastorno exteriorizante como lo son los comportamientos agresivos y de oposición. Hay un continuo debate sobre si los patrones hiperactivos y agresivos constituyen problemas distintos o si son variantes superpuestas o simplemente denominacionales de un síndrome global exteriorizante⁴.

5.4. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La presencia de actividad motora excesiva y la falta de atención son respuestas inespecíficas del organismo maduro y a muchos tipos de estrés. Un niño por diferentes razones puede ser excesivamente activo y tener problemas de atención por diversas razones, una de las causas comunes puede ser la ansiedad que es aliviada por una mayor actividad muscular, la depresión también es otra causa de irritabilidad, brotes de rabia, hostigamiento a las personas, el abuso infantil es otra causa que debe considerarse y que provoca la reproducción de la misma frente a sus pares.

Como el cuadro se ve asociados a problemas de aprendizaje es esencial conocer las facultades y el rendimiento escolar del niño, si rinde mal y no domina las facultades propias de su edad, está indicada una evaluación completa, educativa, intelectual y también neuropsicológica.

Si se detectan problemas emocionales habrá que diferenciarlos de problemas emocionales que producen problemas de atención e hiperactividad y de aprendizaje y de los que son consecuencia de frustraciones y fracasos experimentados por trastorno de adaptación. Otra consideración puede ser que se trate de unos problemas conductuales reflejo de un sistema nervioso central inmaduro o disfuncional, por ejemplo: trastorno de conducta, trastorno límite o trastorno de oposición. Cada conclusión determina una intervención diferente⁵.

⁴ CLINICAS PEDIATRICAS DE NORTEAMERICA - Interamericana- Volumen n°2 1984.

⁵ KAPLAN 5.3. SADOCK "TRATADO DE PSIQUIATRIA" Ed. Masson

Para un buen diagnóstico se requiere de una historia médica y psicológica minuciosa y un examen físico completo, evaluaciones psicopedagógicas o del habla y el lenguaje.

Una evaluación del desarrollo neurológico puede auxiliar en la confirmación del diagnóstico.

5.5. PROBLEMAS ESCOLARES Y DE APRENDIZAJE ASOCIADOS

Los niños con Trastorno por Déficit de atención con hiperactividad, obtienen en pruebas de inteligencia un rendimiento ligeramente menor y se hallan dentro del intervalo normal en comparación con niños normales, los índices que hablan de un intervalo menor al normal, es cuando la hiperactividad es generalizada, y existe una disfunción del sistema nervioso central o problemas específicos de aprendizaje.

Es importante indicar que el fracaso escolar es más notorio que la deficiencia escolar y estos niños no logran alcanzar lo que parece que son capaces de aprender.

Se ha podido evidenciar que existe co - morbilidad entre TDAH y los trastornos de aprendizaje (bajo rendimiento en lectura, matemáticas, ortografía) siendo estos niños los que se encuentran en situaciones de riesgo evolutivo.

Investigadores estudian funciones cognitivas que diferencian el **TDAH** de los trastornos de aprendizaje y vínculos causales, que pueden dificultar el aprendizaje o que a la inversa los trastornos de aprendizaje produzcan una forma de conducta impulsiva, hiperactiva y que estas a su vez se interrelacionan con otros trastornos.

5.6. PROBLEMAS SOCIALES Y CONDUCTUALES ASOCIADOS

El clásico comportamiento del niño con TDAH a llevado en última instancia a buscar ayuda profesional, en el mejor de los casos.

Se los cataloga como niños nada asertivos, molestosos, intratables, desobedientes, que constantemente se ven involucrados en problemas, por supuesto no son premeditados, cuando tratan de ayudar, no pueden controlar sus energías y sus acciones pueden causar reacciones negativas en las personas que le rodean, creándole confusión y desconcierto.

Sus características también hacen del niño con TDAH una persona socialmente activa, habladora, entorpeciendo la situación, aspecto que lleva al niño a sufrir experiencias interpersonales negativas, ya que es aislado, no tomado en cuenta, deteriorando con el tiempo su actividad social.

Las expectativas sociales no engranan con su vigor y ruidos que emite, características que entorpecen su entorno social.

Las experiencias sociales para el niño con TDAH se ven reducidas por la agresividad con que actúan tanto física como verbal que hacen de estos niños antipáticos, por lo que son excluidos de sus grupos sociales (escuela, el barrio, etc.)

La problemática social se torna conflictiva para el niño, no por él mismo sino por personas que lo juzgan y la forma como interactúan con él, invadiendo su individualidad para encasillarlo en un sin fin de adjetivos que lo deterioran como persona.

Por estas características estos niños en su adolescencia son diagnosticados con trastornos disociales, negativista desafiante, ya que el 30 % cumple con los criterios para su diagnóstico, cifras que debemos tomar como indicadores para planificar programas de intervención terapéutica con el fin de prevenir futuros adolescentes con tendencias antisociales.

Aunque se ha hecho una diferencia en cuanto a causas aisladas concluyendo que el TDAH está asociado a un deterioro cognitivo, y con anomalías neuroevolutivas, y los problemas disociales tienen origen en factores familiares conflictivos y con una situación social desventajosa.

La combinación de ambos en un niño, hacen de él un niño sumamente hiperactivo, agresivo y con continuos problemas donde quiera que vaya, las relaciones familiares conflictivas, padres con conductas antisociales refuerzan estas conductas.

II. SECCIÓN PROPOSITIVA

1. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL:

Proponer un programa destinado a padres y maestros de niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, cuyo fin será la readaptación del mismo al medio familiar y escolar en función de su perfil temperamental

1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Brindar información y concientizar a padres y comunidad escolar sobre la gravedad del Trastorno por Déficit de Atención y como ellos podrán aportar a un mejor desarrollo afectivo - emocional y de aprendizaje, esto involucra que los padres y la comunidad escolar, respeten, conozcan la individualidad de cada niño sus alcances y limitaciones que los hacen diferentes los unos de los otros.
2. Proporcionar a los padres y maestros cuestionarios que corroboren el probable Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.
3. Brindar técnicas que ayuden tanto a padres como maestros de niños con TDAH a identificar el perfil temperamental del niño.
4. Proporcionar técnicas a padres y maestros que ayuden al niño con T.D.A.H. a readaptarse al medio familiar y escolar.

2. METODOLOGÍA

Para lograr un buen manejo de la situación problema proponemos un programa para padres de niños con déficit de atención con Hiperactividad, teniendo en cuenta que es responsabilidad del maestro realizar un diagnóstico de la situación escolar para guiar a los alumnos y lograr la integración social de cada uno de ellos, ya que el aprendizaje no se enmarca en impartir conocimientos sino también, interiorizarse de la vida personal del alumno con problemas de aprendizaje, conductuales y otros, analizar: características físicas, intelectuales y emocionales que insertan o frustran al alumno en la vida escolar.

Por lo tanto el sistema educativo tiene particularidades y limitaciones que hacen de la "observación", un método fácil de captar y analizar el accionar personal e incidencias psicológicas que existen detrás de cada reacción del niño.

La observación es un método descriptivo que estudia los rasgos conductuales de individuos o grupos a través de acciones, palabras, en la medida que son captados a simple vista.

La observación puede ser incidental (atento examen de conductas a medida que ocurre sin ninguna tentativa previa de controlar esos fenómenos) o sistemática (estudio metódico planeado y controlado de las conductas) que puede a su vez ser activa (si el observador participa en la situación) o pasiva (El observador se dedica exclusivamente a observar).

El observador debe ser neutral en sus apreciaciones, no dejarse llevar por impresiones o antecedentes que registra la escuela o ella misma.

La ventaja de aplicar este método es que se puede realizar paralelamente a la enseñanza, se puede realizar en el mismo ambiente escolar (aula, patio del colegio), no se necesita de material o instrumentos especiales y lo más importante da un informe real de lo observado.

Por las características de este método (Observación) es que también se ha determinado sea aplicado por los padres.

La entrevista ayudará a recabar basta información acerca de los niños (embarazo, momento del parto, desarrollo psicomotriz, enfermedades relevantes, caídas, accidentes, interacción del mismo con el ambiente familiar, conflictos de la familia, composición familiar, formas de castigo y otros) que nos ayude a llegar a un buen diagnóstico, también será una técnica aplicada tanto a padres como a maestros con la finalidad de brindar información y consentizar a los mismos respecto al problema conductual del niño con **TDAH**.

También nos valdremos de la misma, para hacer el seguimiento continuo y/o deficiencias de los casos atendidos.

2.1. CONCEPTUALIZACION DEL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL Y SU APLICACION EN EL MÉTODO DE LA PROPUESTA

Ya a principios de la década de 1920, Watson y Pavlov se refirieron a algunas aplicaciones de los métodos de condicionamiento en los desórdenes de la conducta, pero fue en la década de 1950 cuando se empezó a hablar de intervenciones terapéuticas, que se remitían explícitamente a teorías psicológicas formuladas en laboratorio. Los métodos actuales derivan en primer lugar del condicionamiento clásico de Pavlov y del método operante de Skinner, y sus principios y características siguientes:

1. Determinismo, el científico debe descubrir las relaciones entre causas y efectos, puesto que solo así puede prever con la máxima legitimidad, la presencia y la evolución de determinados fenómenos en una circunstancia dada.
2. Experimentalismo, cada cosa debe someterse a verificación experimental y de esta actitud deriva la solución para todo tipo de problemas.
3. Principio de la parsimonia, frente a varias teorías explicativas, la tecnología de la conducta no tendrá dificultad alguna en elegir la explicación menos compleja en particular si esta no se refiere a procesos que se desarrollan dentro del organismo, sino a relaciones que median entre el ambiente y la conducta.

4. Operacionismo, en la interpretación más rígida se sostiene que los conceptos para ser aceptados en la práctica científica, deben ser traducibles en operaciones. Por ejemplo: El concepto de refuerzo se deduce de las operaciones que sirven para producirlo y de los objetos observables que provocan la conducta del organismo.
5. Ambientalismo, la conducta debe hacer todo lo posible por encontrar una explicación en la interacción con el ambiente.

Solo cuando no es posible encontrar causas ambientales, vuelve a los componentes hereditarios.

El objetivo - no, logrado por el conductismo - de dar a la psicoterapia una credibilidad científica no a sido abandonado por el cognocitivismo que se propone elaborar consideraciones sobre el hombre a través de la psicología general de tipo experimental.

El intento consiste en evitar la circularidad de las confirmaciones entre teoría y praxis para permitir por un lado, la posibilidad de desnaturalizar, hasta cierto punto, la teoría y por el otro, una eventual flexibilidad en la praxis terapéutica.

Los cognocitivistas buscan por tanto la confrontación con todas las escuelas psicológicas que adhiriendoce a las reglas del juego científico rehuyen el dogmatismo y con las ciencias que por medio de la investigación han dado lugar a revolucionarios cambios epistemológicos, incluso en las teorías psicológicas.

El objetivo del terapeuta es pues ayudar al paciente de las convicciones que han demostrados ser inútiles o dañinas para él para poder así criticarlas y eventualmente cambiarlas. No se niega por tanto la veracidad de sus percepciones, sino que se las considera irracionales, es decir, adquiridas por la presión de figuras importantes o derivadas de una conexión inducida por experiencias personales, que evocan, y suscitan las correspondientes experiencias emocionales.

Todo ambientalismo no se pone en discusión, sino

Esto es válido también para los principios de operacionalismo y experimentalismo. En efecto, para moverse dentro de las reglas del juego científico, no hay otro camino que no sea la búsqueda mediante una serie de experimentos y observaciones controlada de los elementos que sustentan la hipótesis de una estrecha conexión entre experiencias emocionales y procesos cognitivos, pero sometiendo a una verificación continua la idea de que el cambio cognitivo sigue un cambio en la conducta emocional.

La relación terapéutica llega a ser, pues, una relación de colaboración lo más equilibrada posible, una búsqueda efectuada por los dos en la que el hecho de "descentrarse" con respecto a los propios modelos cognitivos de organización de la realidad es el camino para comprender que no nos conocemos con absoluta certeza a nosotros mismos, ni conocemos a los demás ni la realidad, y que sobre esos modelos solo se han formulado hipótesis, teorías, opiniones, que sostienen un determinado tipo de representaciones perjudiciales o engañosas.

Las técnicas utilizadas por este enfoque se centran en la cognición, en la conducta o en las emociones que la relación terapéutica implica, según el tipo de organización cognitiva del paciente se extiende, por tanto, desde la descivilización sistemática a la exposición a las situaciones temidas al entrenamiento de la atención, a la reestructuración racional sistemática, etc.

Lo importante del enfoque conductual es el uso de la metodología experimental y social, y enfatiza los acontecimientos observables, contrastables especialmente en la conducta del paciente, en este caso el niño con TDAH, y su relación con los sucesos ambientales, relaciona las diversas conductas problemáticas (síntomas) con los demás sucesos observables de naturaleza fisiológica o ambiental, por lo tanto la conducta y el análisis de la conducta nos llevarán a diseñar el programa apropiado para estos niños.

La conducta, es una actividad musculoesquelética del organismo, es tanto lo que hace (conducta motora) como lo que dice (Conducta verbal). Sin embargo para comprender los problemas clínicos, se deben tener en cuenta otros dos tipos de conducta: lo que el paciente piensa y siente y los sucesos fisiológicos que tiene lugar en su cuerpo. Los pensamientos (cogniciones) y sentimientos son sucesos privados porque no pueden ser observados directamente, sino que deben ser inferidos de los acontecimientos observables. Por ejemplo lo que manifiesta el niño: impulsividad, problemas de autocontrol, atención dispersa, labilidad emocional, etc. y por otro lado

las conductas fisiológicas corporales: cambios de pulso, alteraciones neurofisiológicas o pautas **electroencefalográficas**.

El primer paso es realizar un análisis de la conducta y en términos explícitos, objetivos y cuantitativos descubrir las respuesta desadaptativa del niño, que constituyen el trastorno, conductas que han deteriorado su interaccionar familiar y áulico.

El otro paso es valerse del análisis conductual para diseñar un tratamiento, manipulando variables conductuales y ambientales que se relacionan con los problemas de adaptación del niño tanto en su grupo familiar como escolar.

La economía de fichas como alternativa terapéutica cognitivo - conductual nos ayudará en el desarrollo y posterior puesta en práctica del programa que se propone, si tomamos en cuenta que, una respuesta conductual es seguida por un evento generalmente recompensante y que tiende a fortalecerse y a ocurrir con mas frecuencia bajo las mismas condiciones ambientales (Ej. ; Se escoge un comportamiento específico que deseamos modificar en el niño,- realizar sus actividades escolares antes de ver televisión o jugar -, y en un lapso corto de tiempo (2 días) las fichas acumuladas se las cambia por un regalo. (Es importante aclarar que con el niño hiperactivo los cambios deben ser progresivos y secuenciales ya que de lo contrario no lograremos expectativas en el niño, por lo que los períodos de recompensa deben ir en aumento progresivamente). Si por el contrario una respuesta va seguida de un estímulo aversivo (Ej. : castigo) tiende a debilitarse y a extinguirse la conducta deseada y reforzar las inapropiadas.

Tomando en cuenta que el punto central del TDAH es la falta de autocontrol, se procederá a utilizar técnicas de autorregulación donde el niño aprenderá a observar y registrar sus propios comportamientos (Ej. : La maestra refuerza con puntos a los niños que están atentos en clase, el niño con TDAH también se auto califica en función de la orden preestablecida por la maestra, después de un tiempo (2 días) , los puntos se cambian por un obsequio u ovaciones en frente de la clase (Reafirmará su autoestima).

2.2 PROCEDIMIENTO

Se pondrá en ejecución el programa para padres y maestros de niños con Trastorno por Déficit de Atención en el colegio "San Luis de Gonzaga" de la ciudad del Alto, específicamente a alumnos del ciclo primario (**1ro a 5to**), cuyas edades oscilan entre los 6 a 11 años de edad.

2.2.1 EVALUACION DE LA PROBLEMÁTICA

1. Evaluación de las preguntas mas frecuentes (ver tablas N°1 y N°2) que se realizan los padres y maestros al entorno de sus hijos y alumnos respectivamente, cuando estos presentan un conjunto de conductas inadecuadas.

TABLA N° 1
CUADRO DE GUÍA DE PREGUNTAS
DE PADRES CON HIJOS HIPERACTIVOS

¿MI HIJO ES UN NIÑO PROBLEMA?
¿CÓMO SABER SI MI HIJO ES PROBLEMÁTICO?
¿QUÉ PUEDO HACER CON MI HIJO "PROBLEMÁTICO"?
¿APRENDIENDO A VIVIR CON MI HIJO "PROBLEMA"?

TABLA N° 2
CUADRO DE GUÍA DE PREGUNTAS
QUE SE FORMULAN LOS MAESTROS

¿CÓMO SÉ QUE ES UN NIÑO HIPERACTIVO?
¿ES LO MISMO HIPERACTIVO QUE DEFICIT DE ATENCIÓN?
¿CÓMO DEBO ENSEÑARLE EN EL CURSO?
¿ES UN NIÑO ESPECIAL?
¿TECNICAS Y RECOMENDACIONES

2. Detección de las interrogantes más frecuentes de los padres y maestros sobre esta temática, sobre la cual se elaborará un instrumento (Cuestionario), destinado a diagnosticar el TDHA. (Anexos).
3. Validación del instrumento, (Cuestionario) en poblaciones que cumplan las características de la población a ser beneficiada del instrumento (Institución educativa). Así mismo permitirá realizar modificaciones tanto de contenido y forma para el logro del objetivo de la misma.
4. Una vez reformulado y revisado el instrumento se procederá a su aplicación en la población ya establecida (padres y maestros).
5. Evaluar, diagnosticar e identificar a niños con TDAII. Tomando en cuenta la tabla de Disfunciones del Sistema Nervioso Central.

DISFUNCIONES DEL APRENDIZAJE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

DISFUNCIÓN	CAUSA	EFECTOS	DIFICULTADES
DISLEXIA	Retraso en la maduración encefálica	Deficiencia viso cognitivo	- Reconoce símbolos de lectura y escritura - Desorientación Der. - Izq.
DISFACIA	Daño o lección compensada en la zona de Wernicke del H.C.I.	Demora del habla	- Dificultades en la comprensión del habla - Capacidades perceptuales
APRACTOGNOSIA	Disfunción del equivalente de la zona de Wernicke en el H.C.D.	Perturbaciones del Esquema Corporal y el concepto espacial	Capacidades perceptuales - Relaciones espaciales Mala integración del esquema corporal

DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD	Probable daño en el área frontal o frontolimbica	Déficit de atención, Hiperactividad, déficit cognitivo, retraso específico en el desarrollo motor y del lenguaje Problemas de disciplina.	Concentración Ejecución de tareas Persistencia de procesos cognitivos control del propio comportamiento
RETRASO MENTAL	Hereditarias Problemas durante el embarazo Enfermedades Adquiridas durante la niñez.	Trastornos Motores Perceptuales y sensoriales	Inadaptación Social cognitivas Dif. del habla
PARÁLISIS CEREBRAL	Daño Encefálico perinatal o infantil	Perturbaciones motrices en el embarazo	- Dificultades motrices - Problemas en el habla - Deficiencia Sensorial
EPILEPCIA	Perturbaciones paroxísticas de la actividad eléctrica del encéfalo	Convulsiones Focalizadas Generalizadas - Pérdida de la Conciencia.	- Motrices - Sensoriales En el aprendizaje

SINTOMATOLOGIA GENERAL "HIPERACTIVIDAD"

6. Programar en primera instancia charlas informativas y de concientización destinadas a padres y maestros de niños con TDAH. Las mismas que coadyuvarán a realizar un trabajo de equipo en vías de mejorar las conductas desadaptativas del niño.
7. Proponer la puesta en práctica del programa para padres y maestros de niños con trastornos de déficit de atención con Hiperactividad. (Anexos).
8. Realizar seguimiento de los casos atendidos, tanto la evolución del niño con TDAH, como del manejo del programa por padres y maestros.

Se establecerá un cuestionario para el seguimiento de caso tanto a padres como maestros de niños con **TDAH**, para tener la seguridad de que se está cumpliendo con el programa propuesto a fin de comprobar que se han tomado las acciones correctivas y que se está obteniendo los resultados deseados, para lo cual será conveniente incluir una planilla de deficiencias al cuestionario, con el fin de verificar a los responsables de las consecuencias que se deriven de los hallazgos detectados y cuyas acciones correctivas no hubieran sido adoptadas oportunamente, por los padres de familia o maestros involucrados en la problemática del niño con TDAH. (Anexos).

III SECCIÓN CONCLUSIVA.

1. CONCLUSIONES.

El análisis de los objetivos que plantea la ejecución del programa destinado a padres y maestros de niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, nos demuestra que podrá ayudar a resolver problemas tanto de índole escolar como familiar.

El maestro en aula obtendrá grandes satisfacciones al constatar que con la ayuda de técnicas especiales para estos niños, se logrará re - adaptarlos a su medio escolar y ante todo mejorar los niveles de aprendizaje tomando alcances y limitaciones de cada uno de sus alumnos en especial los niños que adolecen de TDAH, ya que el trabajo con los mismos no altera la ejecución del mismo, en aula y será un trabajo donde todos participen (alumnos y profesores).

En la familia el cambio se desarrollará a partir del auto análisis de las interrelaciones familiares, y todo aspecto negativo conductual que hubiese alterado el sistema familiar, las formas de castigos y hábitos de crianza que no respetan el perfil temperamental del niño afectado, punto de partida importante para lograr la adaptación del mismo a la comunidad.

En función de lo mencionado en las esferas familiares como escolares, antes de llevar a la práctica la presente propuesta se ha podido evidenciar que:

Cuando las personas deciden cambiar, reorganizar sus formas de interacción al interior de sus grupos de pertenecía, es normal que en un principio creen resistencia al cambio. Es por esta razón que la intervención terapéutica como fuente de concientización en primera instancia pretende informar sobre la gravedad del niño con TDAH. a padres y maestros con miras a ser actores del cambio en la re - adaptación del niño con TDAH, si tomamos en cuenta que el problema conductual (irritabilidad, labilidad emocional, atención dispersa, movimientos excesivos, etc.) es producto de una mala interacción con el medio, donde:

Padres de familia, hermanos, familiares cercanos, maestros, compañeros de curso y comunidad en general son los que crean moldes en el cual encasillan al niño con **TDAH.** ,y producto de éste es que el niño reacciona entorpeciendo aún más su medio interactivo (reacciones accidentales más que programadas).

Por lo tanto se tiene la total certeza que es un gran aporte para la educación y padres de familia que cuando están inmersos en el cambio esperan los siguientes resultados y/o cambios en sus niños:

- Readaptación al medio familiar y educacional.
- Reafirmación de su autoestima.

Lograr que conductas inadecuadas se extingan (Ej. : no seguir instrucciones, descuido de las actividades diarias, movimientos en exceso, agresividad, etc.) e incluir otras positivas en su repertorio. (Ej. : Reducir sus dificultades de atención, agresividad, ser responsable, esperar su turno, etc.).

También creemos que este puede ser un punto de partida para proponer otro tipo de programas que mejoren la educación en función de la detección precoz de éste y otros problemas de aprendizaje que al ser ignorados, provocan en los mismos graves daños a nivel afectivo y emocional, secundados por los padres que en su ignorancia los someten a castigos físicos y psicológicos.

2. RECOMENDACIONES.-

La propuesta de un programa para padres y maestros de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, ratifica que la educación considera al grupo escolar como homogéneo dejando de lado problemas familiares, orgánicos, etc. demandando del alumno sobre exigencias sin tomar en cuenta alcances y limitaciones que también los diferencian los unos de los otros. Por lo que se recomienda:

- Tener debido cuidado en aplicar la presente propuesta en forma aislada, ya que los resultados serán momentáneos, lo que se requiere es el compromiso tanto de padres como de maestros en la puesta en práctica del programa.

Será importante y necesario implementar evaluaciones psicológicas, a alumnos en general a inicio de clases en los colegios, con el fin de identificar niños con **TDAH** y otros problemas de aprendizaje, que interfieran el proceso enseñanza-aprendizaje.

Muñir de información a maestros en general, sobre el TDAH y otros problemas de aprendizaje que alteran el proceso de enseñanza - aprendizaje y dotarles de técnicas para ayudar en aula a estos niños.

Dar un informe de los resultados de la intervención psicológica, a padres y maestros con el fin de realizar un trabajo en equipo, previa información específica del problema que cursa el niño como limitante en el proceso enseñanza - aprendizaje.

Implementar charlas informativas en los colegios que ayuden a los padres a detectar en sus niño precozmente problemas de TDAH. que repercutan en su vida escolar o de interacción con la comunidad.

Será importante que padres de familia, con el mismo tipo de problema, conformen grupos de auto ayuda, en el que puedan intercambiar experiencias y criterios al respecto.

Realizar un buen seguimiento, de caso será importante para detectar responsables de la no-colaboración en la evolución del niño con TDAH.

A NEXOS

CUESTIONARIO GUIA PARA EL INICIO DE LA INVESTIGACION PARA PADRES

ALUMNO OBSERVADO:

EDAD: **AÑOS:** **MESES:** **DIAS:** **GRADO:**

FECHA DE ENTREVISTA: **MATERIA:**

ENTREVISTADOR:

Lea las siguientes preguntas y mentalmente piense en su hijo y responda de acuerdo a la gravedad del cada una de ellas.

1. Su hijo fracasa en cumplir tareas asignadas por el profesor de su colegio o por uno de los padres?
NO A VECES FRECUENTEMENTE

2. Su hijo manifiesta conductas de impaciencia en lugares abiertos?
NO A VECES FRECUENTEMENTE

3. Se distrae fácilmente con cualquier estímulo?
NO A VECES FRECUENTEMENTE

4. Le gusta acaparar la conversación e interrumpe otras de mayores?
NO A VECES FRECUENTEMENTE

5. Actúa impulsivamente o sin pensar?
NO A VECES FRECUENTEMENTE

6. Se pierde en sus pensamientos o padece **ensoñaciones**?
NO A VECES FRECUENTEMENTE

7. Se encuentra impaciente?
NO A VECES FRECUENTEMENTE

8. No puede permanecer sentado tranquilamente por períodos prolongados; permanece inquieto?
NO A VECES FRECUENTEMENTE
9. Lo regaña todo el tiempo ?
NO A VECES FRECUENTEMENTE
10. Usted esta diciendo siempre "NO" al niño?
NO A VECES FRECUENTEMENTE
11. Lo castiga con o sin razón?
NO A VECES FRECUENTEMENTE
12. Le parece que el niño tiene mas poder que Ud. ?
NO A VECES FRECUENTEMENTE
13. Vive haciéndole frecuentes amenazas por su comportamiento que luego no las cumple?
NO A VECES FRECUENTEMENTE

9. Tiene dificultades de atención y de concentración?
NO A VECES FRECUENTEMENTE
10. Se distrae fácilmente?
NO A VECES FRECUENTEMENTE



PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA PADRES DE NIÑOS CON TRASTORNOS POR DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Detectado el problema los padres quedan con más interrogantes de las que tenían, ante el cuadro de su hijo (a). Así como antes a lo que será, emprender una nueva forma interacción con el niño (a) con TDAH, será desligarnos de todo sentimiento de culpa, pensamientos negativistas, catastróficos frente al futuro del niño (a) con TDAH o de cualquier duda sobre el mismo.

Una vez resuelto este tipo de trabas pasaremos al desarrollar los pasos a seguir para **interactuar** de una manera positiva con el niño con TDAH.

1 er PASO - AUTO ANALISIS Y ANALISIS DEL VIVIR COTIDIANO

Es necesario realizar un auto análisis de las interrelaciones familiares con el niño (a) con TDAH, las reacciones de cada miembro de la familia ante eventos conflictivos en relación con el niño (a) con **TDAH**.

Analizar el tipo de comportamiento que causa problemas al interior de la familia o fuera de ella, familiarizarnos con el temperamento del niño(a).

Evitar castigos prolongados, innecesarios o las amenazas en este período de autoanálisis. (No crea que por esto el niño aprovechará la situación y su cuadro empeorará, recuerde que es el principio del cambio).

Deseche de su vocabulario interactivo con el niño términos que degraden su autoestima y los puentes de comunicación con el mismo se derrumben. (Cuando sienta que le se agota la paciencia, recuerde que trabaja para el cambio positivo de su hijo que a su vez beneficiará su mejor desenvolvimiento social, escolar y familiar).

Cuaderno de registro.- El que le ayudará a anotar las conductas positivas y negativas que el niño (a) emita, que es lo que refuerza conductas inapropiadas, por que cambia de carácter repentinamente, por mencionar, que ayudaran a formar el perfil del niño (a), esto quiere decir que aprenderemos a conocer el

porque de sus reacciones ante determinados acontecimientos sociales. También tendremos el avance progresivo o regresivo del niño (a) registrado, que coadyuvará a evitar cometer los mismos errores con relación al trato que se le dé al niño (recuerde que todo cambio provoca un desequilibrio, resistencia al mismo, por lo que las crisis se presentarán como eclipses en pleno progreso, usted ante estos bajones no desista, continúe adelante, piense que su niño necesita de su ayuda para salir adelante).

Registrar el tipo de comportamiento y en que circunstancia se da y como estas se reproducen fuera del hogar Ej. la escuela, reuniones familiares, la iglesia u otras circunstancias.

2do. PASO INSTRUCTIVO

A continuación le invitamos a registrar en esta hoja conductas que el niño emite en circunstancias y lugares en particular, con el fin de conocer el temperamento del mismo y corroborar con el cuaderno de registro si son las mismas conductas que fuimos registrando, y tener la certeza a que estamos próximos a conocer en verdad al niño (a).

HOJA DE REGISTRO DE CONDUCTAS PARA OBTENER EL PERFIL DEL NIÑO

TIPO DE CONDUCTAS	CIRCUNSTANCIAS Y LUGAR
- FRENETICO (Se sobreexcita)	
- INTRUSO (Invade la intimidad)	
- INTERRUMPE (Conversaciones)	
- EGOISTA (Todo es mío)	
- MALOS MODALES	
- QUEJUMBROSO (Nunca satisfecho)	
- DESAFIANTE (Contradice ordenes)	
- Oponente (Se demora para todo)	
- EXIGENTE (De gustos particulares)	
- TIMIDO	
- AGRESIVO	
- TESTARUDO (Se sale con la suya)	
- IMPULSIVO (Pierde el control)	
- PATALETAS	

3er. PASO INSTRUCTIVO

En esta hoja le invitamos a marcar con una X las características que usted a observado en su niño de acuerdo a la frecuencia con que se manifiestan.

HOJA DE REGISTRO DE CONDUCTAS PARA OBTENER PERFIL TEMPERAMENTAL DEL NIÑO

CARACTERÍSTICAS	AVECES	REGULARMENTE	FRECUENTEMENTE
Estado-de animo			
Mal humorado, quejoso			
Cambios repentinos de animo			
Niño ruidoso			
Retraído			
Distraído			
Poco adaptable			
Hipersensible Olores, texturas, luces, dolor, etc.			

Obtenido el perfil del niño (a) junto a el temperamento del mismo podremos ser capaces de entender estos rasgos particulares que antes nos llevaban a reaccionar de manera impulsiva con castigos que creímos en su momento, eran correctivos. La reacción de ahora en adelante será en primera instancia analizar la situación, ser intermediarios a las resolución del problema y no ser los que hundan en el abismo al niño (a).

Oto. PASO.- COMO IMPARTIR DISCIPLINA EVITANDO CASTIGOS

En primera instancia es necesario que se practique una comunicación fluida entre los padres del niño (a) con TDAH, con la finalidad de llegar a acuerdos de como castigar ante cualquier conducta que se quiera anular en el niño (a).

Para determinar la forma de castigo se deberá tomar en cuenta:

Aprovechar la hora en que toda la familia se reúne en casa para dar a conocer la o las nuevas reglas en casa, que en caso de infringirlas se dará un castigo.

- Evitar que los castigos sean prolongados.

Los castigos deberán ser en el momento, no dejar pasar el tiempo, o dar mucha explicación al niño (a) del porque deberán proceder de esa manera, evite proyectar su ansiedad al niño (a) (No olvidemos que se instauró una nueva regla en casa, en caso de infracción se espera un castigo)

- El castigo será efectuado por lo tanto, por uno o ambos progenitores, no esperar la llegada de uno, para recién impartir el castigo, ya que no se obtendrá el resultado esperado y con esta actitud se confundirá al niño.
- El tipo de castigo no deberá ser físico, ya que hoy en día este tipo de conductas crean en el niño retraimiento y resentimiento hacia los padres, lo óptimo es restringirles por poco tiempo algo que a ellos les agrada demasiado y cuando lo hagan díganlo en tono firme y serio, que el niño sea capaz de darse cuenta de la gravedad de la falta.
- Es importante planificar como se procederá si se quieren extinguir conductas e incorporar otras nuevas en el niño.

La técnica de economía de fichas es la indicada, para reforzar al niño cuando realice con responsabilidad trabajos escolares o domésticos, (A mayor cantidad de fichas acumuladas por conductas positivas, se dará un premio por cada infracción se restan fichas, el tiempo de recuento de fichas es mejor decidirla entre ambas partes, así el niño (a) sentirá que no es una obligación modificar

cierta conducta sino más bien que es lo correcto y que se lo debe ejercitar en lo cotidiano).

Es importante observar al niño (a) en su interacción con el medio (Para ello nos servirá el cuaderno de registro, el cual nos dará una pauta del porque de las reacciones de nuestro niño (a) ante determinados eventos sociales, nuevos o diariamente vividos), pauta sobre la cual trabajaremos para impartir disciplina correctiva.

Sto. PASO TECNICAS PARA CANALIZAR CONDUCTAS INADECUADAS POSITIVAMENTE

Los estímulos que causan sobreexcitación en el niño deben ser reemplazados por otros , si son lugares abiertos Ej. : El hospital, lleve al niño a conocer otras instalaciones. (Usted más o menos ya sabe cual son sus niveles de tolerancia y cuando se dará el desenfreno). Sea ingenioso (a) y busque actividades que tranquilicen al niño (a).

Los nuevos eventos deben ser comentados en familia, con el objeto de que el niño tenga idea de lo que acontecerá, (las actividades sorpresivas son difíciles de asimilar para el niño con TDAH, introducir lo nuevo poco a poco para que se acostumbre Ej. : La visita de alguien o viceversa.

Las conductas que desconciertan a la familia en relación con el niño deben ser trabajadas en función de material didáctico, juguetes, cuadros que hagan que el niño identifique cuando y en que momento nos ubicamos y que es lo que se debe hacer, en ese momento y no en otro, Ej. : Hora de almorzar, hora de dormir, realizar tareas escolares, etc.

Un ejercicio que se aconseja es elaborar es el "Horario de mis deberes en casa", que consiste en delimitar el tiempo para actividades escolares, domésticas y de recreación (Ej. : Lo que más le gusta hacer al niño, jugar con pelota).

Es importante trabajar dejando de lado la imposición, autoritarismo, recordemos que el horario es para el niño y no para ustedes y es él quien deberá hacer su horario, ustedes serán guías. El material a utilizarse constará de una cartulina, colores, figuras que adornen la misma y deberá ser colocada en un lugar visible del dormitorio del niño.(Si se tratan de niños comprendidos entre las edades de 5 a 7 años, deberemos guiarlos en cuestión de hora).

La finalidad de ésta, puesta en práctica es que el niño sea capaz de autocontrolar su tiempo de actividad recreativa y de deberes (escolares, domésticos.).

Por cada actividad realizada el niño se auto calificará con puntuaciones o fichas que acumuladas en un tiempo previsto (no muy largo para empezar Ej. : una semana, posterior serán mensuales, se las intercambiarán por premios. Los padres de familia también por su parte calificaran las acciones positivas de sus niños.

El tiempo de recompensas se incrementan progresivamente, ya que debemos tomar en cuenta que el niño tiene bajos niveles de tolerancia (Ej.: empezar con una semana, dos semanas y así sucesivamente hasta llegar al mes).

El niño con **TDAH** al recibir una orden deberá estar frente a nosotros, que sea capaz de leer nuestros labios y lo más importante mirarnos, caso contrario no lograremos su atención.

Si usted aprende a conocer a su niño se dará cuenta si el berrinche que provoca cualquier estímulo es manipulación o es una reacción temperamental específica del niño (a). Si es lo primero imponga su autoridad y no retroceda, si se trata de la segunda distraerle con algo, demostrarle afecto, desalojar el ambiente que se torna aversivo para el niño por un momento será lo aconsejable.

Observar en el niño (a) alcances y limitaciones y en función de ello detectar en lo que se destaca como ser Pintura, deporte, Tocar un instrumento u otras actividades artísticas y reforzar las mismas. Ya que si partimos de que cada una de ellas tiene límites y reglas para ejecutarlas, estaremos, por ende trabajando y ejercitando la atención, y todo lo que se refiere a respetar reglas y límites del entorno.

Nota.- Es importante una comunicación fluida con los maestros del niño para que se intercambien criterios, respecto a la evolución del mismo, si no se da este puente de comunicación no lograremos la meta que nos hemos trazado, readaptar a nuestro niño (a).

PROGRAMA PARA MAESTROS DE NIÑOS CON TRASTORNOS POR DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Este programa está elaborado para maestros como usted, que a lo largo de su vida magisteril se han visto involucrados de alguna manera en casos de niños que presentan características singulares de niños con excesiva actividad motora y falta de atención.

Lo que se pretende con el programa, es que usted aprenda a conocer a su alumno hiperactivo y lo ayude a desenvolverse en el aula tomando en cuenta que dentro el proceso enseñanza aprendizaje el afecto es un componente primordial.

El trabajo áulico será óptimo cuando usted acepte que el niño con **TDAH** necesita un trato diferente al de los demás niños, para lograr resultados positivos, es así que en primera instancia se delimitaran reglas y roles del maestro y alumnos en función de trabajo y disciplina al interior del aula.

1 er PASO REGISTRO DE ACTIVIDADES **INTRAESCOLARES**

HOJA DE ACTIVIDADES DE INTERACCION Y RENDIMIENTO ESCOLAR EN AULA

ALUMNO OBSERVADO:

EDAD: **AÑOS:** **MESES:** **DIAS:** **GRADO:**

FECHA DE ENTREVISTA: **MATERIA:**

ENTREVISTADOR:

Registre en esta hoja las características del alumno subrayando debajo de la respuesta que usted considere que el niño tiene como características particulares y especifique sobre la línea punteada si fuera preciso ⁶

1. ASPECTO FÍSICO-MOTOR

- a. Aspecto e higiene personal
- b. Postura: sentado, de pie
- c. Voz: común, ronca, estridente, gangosa
- d. Elocución: normal, balbuceo, tartamudeo, ceceo
- e. Coordinación motriz
 - Uso de las manos: Diestro, zurdo
 - Escritura.....
 - Habilidades para : cortar, doblar, pegar.....
 - Habilidades para: Caminar, saltar, correr, trepar, atar, abotonar, etc.

Tics motores : roerse las uñas, guiñar los ojos, agitar las piernas, chuparse el dedo, morder el lápiz enroscar un mechón de cabellos, otros (especifique)

g. Otros datos específicos

⁶ IVAN Na s Berg "MANUAL DE TRABAJOS PRÁCTICOS DE LA PSICOLOGIA EDUCACIONAL"

2. ASPECTO INTELECTUAL

- a. Capacidad de trabajo en aula: independientemente, sólo con ayuda del maestro, pidiendo ayuda a los compañeros, no termina la tarea. Otro (especificar).
- b. Participación en la labor de la clase: Con interés, sin interés, de mala gana, otro (especifique)
- c. Situación con relación al grupo: sigue el ritmo de los compañeros, lento, rápido, presenta marcadas dificultades, otros
- d. Comprensión de enunciados de ejercicios y problemas sin ayuda del maestro:
.....
- e. Concentración en el trabajo: perseverancia, distracción, tipo de atención
..... Otros
- f. Comprensión de lo enseñado: Facilidad de aprendizaje, dificultades, facilidad para fijar nociones, otros.
- g. Interés por las materias:
- h. Dificultades específicas:
- i. Demostraciones de conductas inteligentes: expresión verbal, comprensión de textos, raciocinio numérico, originalidad, prontitud en las respuestas, otros .
- Método de trabajo: Organización, esmero, planificación, uso del material, otros
- k. Otros datos

3. ASPECTO EMOCIONAL

- a. Humor: constante, inestable, controlado, otro
- b. Tonalidad afectiva: Alegría, tristeza, indiferencia, reserva.
- c. Intensidad de las reacciones emocionales: excitación, inhibición, moderación
- d. Tono vital: Depresión, disposición, apatía, elación grandeza de ánimo), otro.....
- e. Reacciones emocionales a la frustración: Llanto, agresión, inhibición, devanea.
- f. Reacciones agresivas típicas: Físicas, verbales, mutismo, destructividad
- g. Reacciones de seguridad: confianza en sí mismo, iniciativa, desenvoltura, responsabilidad, otros
- h. Reacciones de inseguridad: Timidez, miedo, falta de iniciativa agresividad, exhibicionismo, arrogancia, tics nerviosos, otros
- i. Reacciones típicas cuando se lo censuran; Llanto, indiferencia, tensión muscular, agresiones verbales, tristeza
- j. Reacción cuando es objeto de la atención de los demás: risa, rubor, timidez, naturalidad, exhibicionismo.
- k. Otros datos

4. ASPECTO SOCIAL

- a. Adaptación a las normas de la escuela: puntualidad, asiduidad disciplina, otros

- b. Relaciones entre el alumno y el maestro: amistoso, indiferentes, efusivas, hostiles, reservadas.
- c. Tipos de contacto social: Contactos físicos primarios, verbales, conflictivos, sumisión, armonía.
- d. Comportamientos en actividades de grupo: Exhibicionismo, timidez, liderazgo, colaboración, sumisión.
- e. Comportamiento durante el recreo o los intervalos: juegos en grupo, aislamiento, no participa en el recreo.
- f. Otros datos:

OBSERVACIONES COMPLEMENTARIAS:

.....
.....
.....

2do PASO.- CONOZCAMOS LAS CONDUCTAS DEL ALUMNO

En este cuadro registre conductas inapropiadas en momentos relevantes para el niño, Obsérvelo con detenimiento dentro el aula como fuera de ella (recreo).

TIPO DE CONDUCTAS	CIRCUNSTANCIAS Y LUGAR
FRENETICO (Se sobre excita)	
INTRUSO (Invade la intimidad)	
INTERRUMPE (Conversaciones)	
EGOISTA (Todo es mío)	
QUEJUMBROSO (Nunca satisfecho)	
DESAFIANTE (Contradice ordenes)	
OPONENTE (Se demora para todo)	
EXIGENTE (De gustos particulares)	
TIMIDO	
AGRESIVO	
TESTARUDO (Se sale con la suya)	
IMPULSIVO (Pierde el control)	
PATALETAS	

3do PASO.- HORARIO DE TRABAJO EN AULA

En ningún momento tenemos que hacer sentir al niño como algo especial del aula, sino caeremos en la trampa de la manipulación, por lo tanto ejercitemos la siguiente práctica con todos los alumnos; pero siempre dirigiendo la mirada al niño con TDAH en todo momento.

Tomando en cuenta que el niño con TDAH no puede permanecer en lugares cerrados por espacios prolongados se le explica cuanto tiempo deberán permanecer en aula (con ayuda del reloj), cual el tiempo de duración de cada período y que se debe hacer en los mismos.

4er PASO.- COMO MANEJAR LAS CONDUCTAS DEL NIÑO EN AULA

Se sugiere a la maestra que el asiento del niño con TDAH esté próximo a ella con el fin de supervisar el trabajo del mismo de forma indirecta. Esto también ayudará a que si se da una nueva regla en aula, se practique contacto visual (mirarle a los ojos) con el mismo, ya que no nos olvidemos que la distraibilidad es un factor que hace que el niño no escuche el mensaje.

En caso de manifestar conductas como: inquietud, moverse del asiento, por dicha conducta (evitará que distraiga la atención de los demás o simplemente les moleste) canalizando dicha energía en otras actividades extras, como ser enviándolo a que borre la pizarra, a la dirección por algún material, mirándole a los ojos e indicándole con acento firme que debe volver en un tiempo corto.

La maestra reforzará con puntos a los niños que estén atentos en clase, El niño con TDAH, se autocalificará en función de la orden preestablecida por la maestra. Después de un tiempo corto (Ej. : una semana, hasta llegar al mes) Los puntos se cambiarán por obsequios u Ovociones enfrente de la clase.

Este ejercicio aparte de trabajar la atención del niño, también reafirmará su autoestima.

Los tiempos establecidos para la recompensa será de forma progresiva, tomando en cuenta los bajos niveles de tolerancia del niño. Se empezará con una semana, luego dos, hasta llegar al mes.

Para mantener atento al niño en aula, se recomienda que con letras grandes se escriba en la pizarra la orden impuesta o el trabajo que se realizará, para que el niño no pierda el hilo de la actividad, y le sirva de ayuda cuando lo olvide o se distraiga con algún estímulo ajeno a la tarea.

Enseñe a los niños en aula a relajarse antes de empezar la clase. (inhale por la nariz profundamente, mantenga la respiración por unos cuantos minutos y exhale lentamente por la boca), este ejercicio, enseñará a que los niños aprendan a respirar de buena manera. Para el niño con TDAH es un buen ejercicio para relajar su excesiva actividad motora.

Si no cumple con los deberes escolares en curso, es que no se está practicando el contacto visual, importante en todo momento.

Nota.- Es importante mantener una comunicación fluida con los padres del niño para que se intercambien criterios respecto a la evolución del mismo, si no se da este puente de comunicación no lograremos la meta que nos hemos trazado, la de readaptar a nuestro niño.

CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO

HOJA DE SEGUIMIENTO Y RENDIMIENTO DEL NIÑO PARA MAESTROS

ALUMNO OBSERVADO:

EDAD: **AÑOS:** **MESES:** **DIAS:** **GRADO:**

FECHA DE ENTREVISTA: **MATERIA:**

ENTREVISTADOR:

INSTRUCTIVO:

El cuestionario que a continuación se presenta detalla ítems de las conductas que mantienen o que a logrado superar el niño. Marque con una X en la casilla que usted cree que es la correcta.

PREGUNTAS	NO	SI	A VECES	FRECUENTEMENTE
1. Presta atención, suficiente a detalles				
2. Dificultades para mantener atención				
3. Escucha cuando se habla				
4. Finaliza encargos o tareas escolares				
5. Logra finalizar tareas que requieren de esfuerzo				
6. Fracasa en completar las tareas que comienza				
7. Permanece sentado en clase				
8. Logra concentrarse y presta atención				
9. Obedece las instrucciones en aula				
10. Trabaja desordenadamente				
11. Conversa demasiado				
12. Actúa impulsivamente y sin pensar				
13. Logra trabajar con la acumulación de puntos				
14. El contacto visual ayuda a que cumpla los deberes áulicos				
15. La relajación ayuda al niño				
16. Al practicar la relajación se distrae o juega				

PREGUNTAS	NO	SI	A VECES	FRECUENTEMENTE
17. Se distrae con estímulos irrelevantes				
18. Descuida sus actividades diarias				
19. Incomoda a sus compañeros				
20. Sus compañeros juegan con él				
21. Presenta sus deberes escolares				

CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO

HOJA DE SEGUIMIENTO Y RENDIMIENTO DEL NIÑO PARA PADRES

ALUMNO OBSERVADO:

EDAD: **AÑOS:** **MESES:** **DÍAS:** **GRADO:**

FECHA DE ENTREVISTA: **MATERIA:**

ENTREVISTADOR:

INSTRUCTIVO:

El cuestionario que a continuación se presenta detalla items de las conductas que mantiene o que a logrado superar el niño y su relacionamiento con el mismo. Marque con una X en la casilla que usted cree que es la asidera.

PREGUNTAS	NO	SI	A VECES	FRECUENTEMENTE
1. La Familia logró familiarizarse con el temperamento del niño				
2. Los castigos físicos ya no se les practica				
3. No emito juicios negativos que atentan la autoestima del niño				
4. Tuve problemas al establecer nuevas reglas en casa				
5. Logré ponerme de acuerdo en función de, que clase de castigo impartir en casa				
6. Dedico el tiempo necesario para observar conductas del niño				
7. Cuando salimos de casa, la lucha continua por tranquilizar al niño				
8. El niño logra trabajar con la economía de fichas				
9. El "horario de mis deberes en casa" sufre alteraciones constantemente				
10. Al principio del cambio todo marchaba bien, pero nuevamente las conductas negativas aparecieron				
11. Las conductas negativas son menos frecuentes				
12. En la calle y reuniones sociales, redujeron sus conductas inapropiadas				

PREGUNTAS	NO	SI	A VECES	FRECIENTEMENTE
13. Respeto y respeta mi tiempo				
14. Mi familia de mi origen respeta el temperamento de mi hijo				
15. Los problemas en lugares como: Hospital, Iglesia y otros continua				
16. Escucha cuando se le habla a los ojos				
17. Se distrae con facilidad				
18. Logra mantener la atención ante actividades o tareas que requieren de mucho esfuerzo				
19. Las quejas: maestros, familiares, hermanos y otros a reducido				
20. Intercambiamos criterios con mi pareja, respecto a nuestro niño				
21. La maestra demuestra interes por nuestro niño				

PLANILLA DE DEFICIENCIAS Y EFICIENCIAS (PADRES DE FAMILIA)

CONDICION	CRITERIO	CAUSA	EFEECTO	RECOMENDACIONES

Condición: Problemas conductuales del niño con TDAH. (Superados - no superados).

Criterio : Acciones correctivas establecidas en el programa.

Causa Conductas que se han superado o no en el niño.

Efecto : A nivel familiar, escolar y del niño con TDAH.

PLANILLA DE DEFICIENCIAS Y EFICIENCIAS (PARA MAESTROS)

CONDICION	CRITERIO	CAUSA	EFECTO	RECOMENDACIONES

Condición: Problemas conductuales del niño con TDAH. (Superados - no superados).

Criterio : Acciones correctivas establecidas en el programa.

Causa : Conductas que se han superado o no en el niño.

Efecto : A nivel familiar, escolar y del niño con TDAH.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Anival Puente. 1995, Psicología Cognoscitiva, Editorial **Torino**.

Anna Campanini, Francesco Luppi. 1991, Servicio social y Modelo Sistémico, Ediciones Paidós.

Ajuria Guerra. 1991, Manual de Psiquiatría Infantil, Ediciones Masson.

Bárbara **Fadem**, Steven Simring. 1997, Autoevaluación en Psiquiatría, Ediciones Masson.

Breviario Criterios de Diagnóstico DSM IV. Ediciones Masson S.A.

Clínicas Pediátricas de Norte América. 1984, Trastornos del Aprendizaje , Edición Interamericana.

Diane e. Papalia. Psicología del Desarrollo, Editorial Printer Colombia.

Julio B. de Quirós, Orlando L. Schragar. 1980, Fundamentos Neuropsicológicos en las discapacidades de Aprendizaje, Editorial Médica Panamericana.

Kaplan Harold, Sadock Benjamín. 1992, Tratado de psiquiatría Tomos I y II, Ediciones Masson.

Matías Rivera. 1997, Psicotécnica Pedagógica, Ediciones Trillas.

Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaría Nacional de Salud, Metodología del Proceso Enseñanza Aprendizaje en Educación Permanente, 1996.

Sociedad Boliviana de Pediatría, Ministerio de Gobierno Viceministerio de Prevención y Rehabilitación 1998, Adolescencia, factores de Riesgo y prevalencia de consumo de drogas.

Stanley **Turecki**, Lessli Tonner. 1988, El niño difícil.

Trastornos Mentales del Comportamiento **CIE-10**. 1992, Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico.

Viceministerio de Prevención y Rehabilitación, Ministerio de Gobierno. 1998, Adolescencia, factores de riesgo y Prevalencia del Consumo de Drogas.

Vidal Alarcon. 1988, Psiquiatría, Editorial Médica Panamericana.

Wicks Nelson Rita, Israel Allen C. 1997, Psicopatología del Niño y del adolescente, Ediciones Prencite Hall.