

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**



**El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (tdah) en el  
aprendizaje de los niños.**

**Trabajo Académico**

Para optar el Título de segunda especialidad profesional en Psicopedagogía

**Autor:**

**Dalia Claribel, Morán Albines**

**Sullana – Perú**

**2020**

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

## FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



### **El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (tdah) en el aprendizaje de los niños.**

Trabajo académico aprobado en forma y estilo por:

Dr. Segundo Alburqueque Silva (presidente)

Dr. Andy Figueroa Cárdenas (miembro)

Mg. Ana María Javier Alva (miembro)

**Sullana – Perú**

**2020**

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

## FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



### **El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (tdah) en el aprendizaje de los niños.**

Los suscritos declaramos que el trabajo académico es original en su contenido y forma.

Dalia Claribel, Morán Albines. (Autora)

Dr. Oscar Calixto La Rosa Feijoo (Asesor)

**Sullana – Perú**

**2020**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE EDUCACIÓN**  
**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO**

Sullana, a diecisiete días del mes de febrero del año dos mil veinte, se reunieron en el colegio Mayor PNP. Roberto Morales Rojas, los integrantes del Jurado Evaluador, designado según convenio celebrado entre la Universidad Nacional de Tumbes y el Consejo Intersectorial para la Educación Peruana, al Dr. Segundo Oswaldo Alburquerque Silva, coordinador del programa; representantes de la Universidad Nacional de Tumbes (Presidente), Dr. Andy Figueroa Cárdenas (Secretario) y Mg. Ana María Javier Alva (vocal) representantes del Consejo Intersectorial para la Educación Peruana, con el objeto de evaluar el trabajo académico de tipo monográfico denominado: *“El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (tdah) en el aprendizaje de los niños.”*, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Psicopedagogía. (a) **MORÁN ALBINES, DALIA CLARIBEL.**

A las doce horas, y de acuerdo a lo estipulado por el reglamento respectivo, el presidente del Jurado dio por iniciado el acto académico. Luego de la exposición del trabajo, la formulación de las preguntas y la deliberación del jurado se declaró aprobado por mayoría con el calificativo de **16**.

Por tanto, **MORÁN ALBINES, DALIA CLARIBEL**, queda apto(a) para que el Consejo Universitario de la Universidad Nacional de Tumbes, le expida el título de Segunda Especialidad Profesional en Psicopedagogía.

Siendo las trece horas con treinta minutos el Presidente del Jurado dio por concluido el presente acto académico, para mayor constancia de lo actuado firmaron en señal de conformidad los integrantes del jurado.

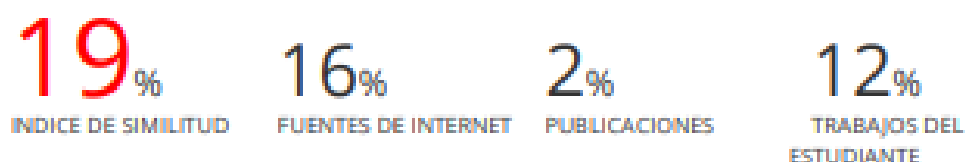
  
Dr. Segundo Oswaldo Alburquerque Silva  
Presidente del Jurado

  
Dr. Andy Kid Figueroa Cárdena  
Secretario del Jurado

  
Mg. Ana María Javier Alva  
Vocal del Jurado

## El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (tdah) en el aprendizaje de los niños.

### INFORME DE ORIGINALIDAD



### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>www.yumpu.com</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>2</b>	<b>www.understood.org</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>3</b>	<b>hiperactividad-escolar.wikispaces.com</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>4</b>	<b>Submitted to Atlantic University College</b> Trabajo del estudiante	<b>2%</b>
<b>5</b>	<b>Submitted to Universidad Nacional de Colombia</b> Trabajo del estudiante	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>sites.google.com</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>Submitted to Aliat Universidades</b> Trabajo del estudiante	<b>1%</b>
<b>8</b>	<b>dificultadesdelaprendizaje6.blogspot.com</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>



9	<a href="http://www.aeped.es">www.aeped.es</a> Fuente de Internet	1 %
10	<a href="http://belendicar.wordpress.com">belendicar.wordpress.com</a> Fuente de Internet	1 %
11	<a href="http://www.cerebrofeliz.org">www.cerebrofeliz.org</a> Fuente de Internet	1 %
12	Submitted to Universidad de Piura Trabajo del estudiante	1 %
13	<a href="http://magedu3larico.blogspot.com">magedu3larico.blogspot.com</a> Fuente de Internet	1 %
14	<a href="http://centropedagogicopaideiaavila.wordpress.com">centropedagogicopaideiaavila.wordpress.com</a> Fuente de Internet	<1 %
15	<a href="http://richardalarconacosta.blogspot.com">richardalarconacosta.blogspot.com</a> Fuente de Internet	<1 %
16	<a href="http://en.calameo.com">en.calameo.com</a> Fuente de Internet	<1 %
17	<a href="http://www.gacinvestigacion.com">www.gacinvestigacion.com</a> Fuente de Internet	<1 %
18	Submitted to Unviersidad de Granada Trabajo del estudiante	<1 %
19	<a href="http://1library.co">1library.co</a> Fuente de Internet	<1 %
20	<a href="http://repositorio.unjfsc.edu.pe">repositorio.unjfsc.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %

21	<a href="https://es.scribd.com">es.scribd.com</a> Fuente de Internet	<1 %
22	<a href="http://www.psicologiacientifica.com">www.psicologiacientifica.com</a> Fuente de Internet	<1 %
23	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1 %
24	<a href="http://www.pinterest.co.uk">www.pinterest.co.uk</a> Fuente de Internet	<1 %
25	<a href="http://www.slideshare.net">www.slideshare.net</a> Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 15 words

Excluir bibliografía

Activo

Dr. Oscar Calixto La Rosa Feijoo.  
Asesor.

**DEDICATORIA:**

A Dios, por otorgarme la vida, caminar a mi lado y brindarme la fortaleza necesaria para no rendirme en la consecución de mis metas y objetivos.

A mis PADRES e HIJOS, por ser el pilar que me inspira y me conduce por el buen camino, ser mi apoyo incondicional y brindarme la constancia que necesito para seguir adelante.



## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA:</b> .....	<b>8</b>
<b>INDICE</b> .....	<b>13</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>10</b>
<b>ABSTRACT.</b> .....	<b>11</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO I</b> .....	<b>9</b>
<b>LA HIPERACTIVIDAD</b> .....	<b>9</b>
1.1. Definición de hiperactividad .....	9
1.2. Perfil de un niño hiperactivo .....	11
1.3. Causas de la hiperactividad infantil.....	12
1.4. Indicadores de hiperactividad de acuerdo la edad del niño .....	13
1.5. Síntomas en un niño hiperactivo .....	15
<b>CAPÍTULO II</b> .....	<b>17</b>
<b>TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) ....</b>	<b>17</b>
2.1. Definición .....	17
2.2. Antecedentes.....	19
2.3. Subtipos de TDHA .....	20
2.4. Características de los niños con TDHA.....	21
2.5. Tratamiento del TDAH .....	22
<b>CAPÍTULO III</b> .....	<b>27</b>
<b>EL APRENDIZAJE</b> .....	<b>27</b>
3.1. Definición de Aprendizaje.....	27
3.2. Relación del TDAH con el aprendizaje .....	28
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>32</b>
<b>RECOMENDACIONES.</b> .....	<b>34</b>
<b>REFERENCIAS CITADAS</b> .....	<b>35</b>

## **RESUMEN**

En la presente monografía se abordan conceptos como la hiperactividad, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y, finalmente el aprendizaje y su relación con el TDAH. La investigación tiene como objetivo principal: Precisar la relación existente entre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en el aprendizaje de los niños y, se tuvo como metodología la selección de diversas fuentes bibliográficas fiables así como de teorías pertinentes. Del estudio se llegó a la conclusión que existe una relación directa entre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en el aprendizaje de los niños, porque es habitual que en esta condición presente dificultades de aprendizaje en habilidades instrumentales como lectura, escritura y/o cálculo.

**Palabras claves:** Hiperactividad, TDHA y aprendizaje

## **ABSTRACT.**

This monograph addresses concepts such as hyperactivity, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and, finally, learning and its relationship with ADHD. The main objective of the research is: To specify the relationship between Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children's learning and, the methodology was the selection of various reliable bibliographic sources as well as relevant theories. From the study, it was concluded that there is a direct relationship between Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children's learning, because it is common for this condition to present learning difficulties in instrumental skills such as reading, writing and /or calculation.

**Keywords:** Hyperactivity, ADHD and learning

## INTRODUCCIÓN

El presente estudio bibliográfico tiene singular realce, ya que precisa la relación existente entre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en el aprendizaje de los niños. El abordaje de esta temática, permite que el docente, a partir de su conocimiento, pueda darle relevancia pertinente a este trastorno y pueda tomar decisiones acertadas para que el infante logre insertarse en el contexto escolar de manera positiva y conveniente.

La investigación está referida a la hiperactividad y responde a la pregunta: ¿Cuál es relación existente entre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y el aprendizaje en los niños? A su vez, se abordan como preguntas de cuestionamiento: ¿Qué es la hiperactividad? ¿Cuáles son las características que presenta un niño hiperactivo?, ¿Qué es el TDAH? ¿Cuál es su tratamiento?, ¿Qué es el aprendizaje? Y, finalmente, ¿Cuál es la relación entre el TDAH y el aprendizaje?

En la investigación se establece como objetivo general: Precisar la relación existente entre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en el aprendizaje de los niños. A su vez, para la consecución del propósito general de la indagación se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Definir la hiperactividad en los niños considerando su incidencia.
- Identificar los indicios más observables en un niño hiperactivo.
- Definir el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).
- Identificar las características de un niño con TDAH en el entorno familiar y escolar.
- Definir el aprendizaje considerando su relación con la hiperactividad y el TDAH.

Para el estudio del tema, se estructura el presente trabajo en tres capítulos que detallan los contenidos siguientes: en el capítulo I, la hiperactividad: definición, causas, indicadores y síntomas. El capítulo II, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH: definición, antecedentes, subtipos, características y tratamiento. Finalmente, en el capítulo III, se aborda el aprendizaje y su relación con el TDAH con el aprendizaje.

Finalmente, se expresa el agradecimiento a los docentes de la Universidad de Tumbes, quienes con su sabiduría y experiencia contribuyeron en la realización del presente trabajo de investigación, que nos permite obtener los conocimientos pertinentes para interactuar, competitivamente, en esta compleja sociedad moderna. Asimismo, a mi familia, por ser el motor permanente de mi vida y por quienes su inspiración mueve mis decisiones.

## CAPÍTULO I

### LA HIPERACTIVIDAD

#### 1.1. Definición de hiperactividad

Se considera a la hiperactividad como una alteración de la conducta de los niños, que se visualiza de manera motora intensa y continua, que no tiene ningún propósito. Este trastorno muy frecuente, que abarca aproximadamente un 3% de los niños que suelen ser menores de 7 años y que es frecuente en los varones, en un vínculo 4:1 según las estadísticas. Según Taylor (2004) “la hiperactividad es un patrón de comportamiento caracterizado por la vehemencia y la inquietud. Los niños hiperactivos están siempre en movimiento, no se quedan quietos ni siquiera en situaciones que requieren una calma relativa, como por ejemplo, en clase” (p. 27).

El autor sostiene, además, que la hiperactividad se caracteriza por una falta de autocontrol y no debe confundirse con Disfunción Cerebral Mínima o Deterioro Cerebral Mínimo debido a que estos términos la implican como resultado de la actividad cerebral. Asimismo, no existe relación con Trastornos del Comportamiento ya que estos están relacionados a la conducta antisocial y agresiva.

Actualmente, a pesar de toda la información disponible, existen algunos mitos relacionados con la hiperactividad que son originados por la desinformación. Uno de los más frecuentes y equívocos es catalogar al TDAH como una enfermedad y que se cura con un tratamiento. La hiperactividad es un trastorno que afecta a la conducta y no se cura, pero sí se puede reconducir cuando esta afecta la vida social del infante. No es posible hacer esa diagnosis en los primeros años o meses del bebé, pero sí se puede afirmar que este sea un bebé de alta demanda. La hiperactividad no dura toda la vida, ya que los niños que muestran este trastorno logran superarlo con la madurez y la edad. Asimismo, esta no es una consecuencia de algún

daño cerebral, ya que el sujeto padecería otros problemas psicológicos que afectaría su personalidad en distintas formas.

Los niños van de un lado a otro sin mostrar algún patrón que los movilice e inician alguna actividad, que suelen olvidar de manera instantánea, con el fin de iniciar otra, quedando sin ser concluida. Esta conducta se incrementa cuando se encuentran cerca de alguna persona, especialmente con la que suele pasar más tiempo; sin embargo, esta disminuye cuando están solos. Pero, ¿se puede diagnosticar la hiperactividad en la infancia?

Los manuales clínicos fijan la edad de siete años para diagnosticar un Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, ya que los niños no presentan un patrón de conducta fijo, porque se hallan en plena formación de su personalidad y aún no disponen de los suficientes mecanismos de autoregulación. Lo que sí suele aparecer son ciertas pautas conductuales que pueden darnos una señal de alerta. ¿Cuáles pueden ser estos signos que nos llevan a pensar en un TDAH?: entre estos signos podemos destacar:

- Son intrépidos y no miden el peligro.
- No suele prestar atención cuando se le habla porque parece estar ido.
- Evidencia una alta frecuencia de rabietas (pataletas) cuando muestran desacuerdo con algo.
- Es conflictivo con su grupo de interacción.
- Muestra descuido al perder constantemente sus cosas.
- Tiene una conducta impulsiva regular. Primero actúa, luego piensa.
- Es insistente al solicitar algo que le interesa.
- No acepta órdenes y le cuesta esperar su turno en una actividad de procesos.
- Suele provocar problemas en su entorno porque no puede controlar su genio
- No es asequible con la dinámica de las clases originando molestias a la docente.

## 1.2. Perfil de un niño hiperactivo

González (1996) afirma:

... sólo podemos considerar hiperactivo al niño que, además de manifestar una "actividad motora excesiva" en relación con la edad y el contexto en el que se lleva a cabo, presenta "déficits atencionales" importantes que dificultan la realización de tareas que exigen centrar y mantener la atención y su comportamiento es "impulsivo", actuando de manera atolondrada y sin autocontrol de las propias acciones. (p. 6)

La autora hace énfasis en la diferenciación de aquellos niños que muestran comportamientos tales como son problemas de atender, sucesos de ejercicios de motricidad excesiva y estimular o ausencia de autocontrol (síntomas núcleo del problema) de los que muestran conductas infantiles en los que, principalmente hay una excesiva actividad motriz que no fortalece un criterio satisfactorio para que señalemos una alteración de hiperactividad.

La hiperactividad, se visualiza en la falta de capacidad del niño para permanecer atento durante periodos de tiempo extenso, en la propensión a distraerse, mostrar inquietud, inestabilidad en sus emociones e impulsividad. En otras palabras la hiperactividad es un problema conductual que está afectando al 5% de los bebés, aproximadamente, e incluso es diez veces más común en los varones que en las mujeres. Se puede afirmar que su estado desmejora en circunstancias que requieren atención o cierto esfuerzo mental continuo. Esto no quiere decir que un niño que no cesa su actividad durante el día sea necesariamente hiperactivo. Hasta los dos años, estos suelen mostrarse muy activos: intentan subirse a todo objeto que encuentran a su alcance, brincan, cambian de juguete en corto tiempo, alternan gritos y risas, gatean, etc. Sin embargo, todas estas acciones son normales ya que corresponde al desborde de energía propio de su edad y a la forma de cómo van descubriendo el mundo que los rodea.



Puede afirmarse que estos niños son insensibles a las llamadas de atención, son característicamente problemáticos, poseen un espíritu devastador, son nerviosos e inquietos. Además, son infantes son un reto de instruir, debido a que no pueden mantener suficiente la atención en un determinado tiempo y, a pesar de tener un coeficiente normal, suelen tener problemas de rendimiento académico. Son muy desobedientes e impulsivos, no suelen hacer lo que se les indica, son obstinados y presentan frustraciones, por eso intuyen varias veces para lograr lo que anhelan. Toda esta actitud impulsiva y excitable, unida a su estado de ánimo intenso ocasiona frecuentes tensiones tanto en casa como en la escuela. En una visión genérica, estos niños no son capaces de quedarse quietos en los momentos que se necesita que lo estén.

### **1.3. Causas de la hiperactividad infantil**

La hiperactividad en esta etapa es muy común y se determina que afecta un aproximado de 3% de los cuales suelen ser menores de siete años. Según Sánchez & Sánchez, (2016) “En 1914, A. Tredgold argumentó que el TDAH podría ser causado por una especie de disfunción cerebral, una encefalitis letárgica en la cual queda afectada el área del comportamiento, de ahí la consecuente hipercinesia compensatoria, explosividad en la actividad voluntaria e impulsividad” (p. 3).

Esto quiere decir, que nos encontramos frente a un trastorno que abarca un modelo de conductas impulsivas, falta de atención incluso de hiperactividad. Años más tarde, en 1937, C. Bradley descubre los efectos terapéuticos de las anfetaminas en este tipo de infantes. Para ello, les aplicaba tratamiento con fármacos estimulantes del cerebro (como la benzedrina), donde pudo evidenciarse mejoría en vinculo a los síntomas.

Según los resultados del estudio, Rivera (2013) concluye:

“Los resultados demuestran que los antecedentes de problemas con la atención, actividad e impulsividad infantil en los padres y familiares de los padres, predice la existencia de TDAH en el niño, demostrándose de este modo el alto potencial hereditario del trastorno. Estos resultados son consistentes con los hallazgos de

Biederman (2004), Biederman et al. (1995), Biederman et al. (1992) y Barkley y Murphy (2005)”.

El autor precisa que la herencia juega un rol relevante en la aparición del trastorno en los niños cuyos padres o abuelos también manifestaron este problema.

La etiología, según los investigadores antes mencionados, se refiere a los factores que causan este trastorno: respectivamente, se demostró que existe una fuerte contribución genética con una tasa del 76%. Si un padre ha sido diagnosticado con TDAH, existe el riesgo de tenerlo. Los familiares de primer grado de estos niños tienen un alto riesgo de tenerlo. Existe un alto riesgo entre los miembros de la familia biológica (10-35%), aumentando a un riesgo de 55% en al menos uno de los padres en familias con dos niños afectados. Los padres con antecedentes del trastorno tienen más del 57% de riesgo de tener hijos con este problema. El autor también enfatiza que hay evidencia de que es neurobiológica y genética, no está respaldada por factores sociales y no es un problema de comportamiento, educación o debido a la falta de crianza.

Del mismo modo, destaca que el TDAH no está justificado por factores ambientales sociales, sino que los factores neurológicos y genéticos juegan un papel fundamental en el origen y la expresión del trastorno.

#### **1.4. Indicadores de hiperactividad de acuerdo la edad del niño**

Los niños con TDAH, comúnmente, son etiquetados por las personas que no están familiarizados con ellos, como de mala conducta, perezosos, entrometidos, agresivos, etc. Sin embargo, es insoslayable enfatizar que su comportamiento le genera dificultad para mantenerse en un mismo lugar por un largo periodo de tiempo, le imposibilita prestar atención y, sobre todo, actuar sin ser bruscos al momento de socializarse con otros niños. Asimismo, las complicaciones en la escuela son frecuentes, ya que se lesionan, son reportados por indisciplina o, simplemente, se muestran huraños debido a su incapacidad para relacionarse con facilidad.

Según el Dr. Pérez (2007) en relación al tema refiere:

La hiperactividad infantil suele ser más evidente en los niños que en las niñas, siendo que estas últimas se caracterizan por ser primordialmente inatentas. Los niños por el contrario en su ímpetu de competencia constantemente están brincando, corriendo, jugando, etcétera. Aunque, generalmente el movimiento excesivo en los niños suele disminuir conforme al, es necesario tomar tener presente diversos aspectos (...).

Para el autor existe una sutil diferencia entre las manifestaciones temperamentales entre niños y niñas, siendo las primeras muy frecuentes en su desatención, mientras que los segundos son más activos, pero que suelen disminuir con el propio desarrollo.

De entre los indicadores que suelen presentar los niños con hiperactividad se destacan:

- a. **De 0 a 2 años.** Irritabilidad, reacción a los cuidados frecuentes y a los incentivos auditivos, descargas clónicas y problemas en el ritmo del sueño (los períodos de sueño son cortos y su despertar es sobresaltado).
- b. **De 2 a 3 años.** Excesiva actividad motora, mínima conciencia de peligro, lento desarrollo del lenguaje expresivo y tendencia a sufrir accidentes constantes.
- c. **De 4 a 5 años.** Desobediencia, Problemas de adaptación social e incumplimiento de normas de convivencia
- d. **A partir de 6 años.** Déficit de poder atender, frustración, impulsividad actitudes antisociales y desadaptación.

Los niños hiperactivos, a menudo, muestran cambios de ánimo frecuentes, los mismos que son interpretados como indisciplina, desobediencia o simplemente berrinche. Los correctivos, reprimendas o las llamadas de atención que afrontan en el

hogar o en la escuela, producen irritación frente a las actividades que deben realizar y, muchas veces, motivan la baja autoestima. Por otro lado, las tensiones frecuentes que experimentan en el entorno institucional los convierten sensibles de acoso o “bullying” lo que convierte un complicado vínculo con los demás niños.

Es menester resaltar que las corrientes psicopedagógicas conductista y cognitivista brindan una variedad de estrategias en el tratamiento de la hiperactividad. La primera, concentra su atención en cómo el contexto en el que se desenvuelve e interactúa el niño (la escuela, la familia, los profesores, etc.) puede ser manejado para modificar las formas de comportamiento. La segunda, interviene directamente sobre el niño orientándolo a ejercer su propio dominio a través del entrenamiento en estrategias.

### **1.5. Síntomas en un niño hiperactivo**

González (1996) concluye: “Los síntomas que identifican este trastorno: déficit de atención, actividad motora excesiva e impulsividad, tienen unas consecuencias negativas muy directas sobre la conducta adaptativa del niño y sobre su rendimiento escolar” (P. 3). Al respecto, la autora, propone como centro del problema a tres aspectos conductuales que tienen una incidencia incua en la adaptación social del niño, así como de su rendimiento académico en la escuela.

De entre los síntomas más patentes se hallan:

- Dificultad para mantenerse quieto en un lugar.
- Ímpetu de cognición: muestra precipitación, aun a nivel de pensamiento. Hay facilidad en ganarles en los juegos, debido a que no asimilan de actuar responden a las preguntas sin que se les formule.
- Excesiva actividad motora.
- Dificultad para resistirse a la distracción.
- Dificultad para atender y mantener la atención en una situación extensa.
- Resistencia para acabar actividades ya empezadas.

- Presencia de comportamientos destructoras.
- Inhibición de aptitudes: no se reprimen cuando dicen lo que piensan.
- Incapacidad para aplazar lo gratificante: Siempre realizan primero aquello que les place y amplían todo lo que se relaciona a los deberes y obligaciones.

## CAPÍTULO II

### TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

#### 2.1. Definición

Existen diferencias entre los conceptos de dificultad y trastorno. En ambos casos requieren de un abordaje diagnóstico y terapéutico distintos. Aguilera & Mosquera (2014) afirman que:

Dificultad de aprendizaje hace referencia a una disminución del ritmo o de la calidad de los aprendizajes, por diferentes motivos, como: la edad, situación sociocultural o patologías médicas específicas. Trastorno de aprendizaje hace referencia a una alteración específica de los mecanismos cerebrales necesarios para el procesamiento de la información o de la expresión de los conocimientos adquiridos. (p. 656)

Esto quiere decir que un trastorno específico de aprendizaje lleva a una dificultad en los aprendizajes escolares. Ambas condiciones pueden presentarse en un niño con TDAH. Sin embargo, un niño con bajo rendimiento académico puede tener su origen en un TDAH sin tener la implicancia de un trastorno específico de aprendizaje asociado.

El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH) es un trastorno de origen neurobiológico que afecta aproximadamente al 5% de la población en edad escolar.

Según la Asociación STILL (s.f.) afirma:

el TDAH Se caracteriza por los síntomas de desatención (incapacidad de resistirse a estímulos irrelevantes, lo que dificulta su concentración durante mucho tiempo y, por tanto el mantenimiento del “trabajo consistente” en una tarea, por un periodo de tiempo más o menos largo), hiperactividad (alto nivel de actividad motora) e impulsividad (dificultad de autocontrol en sus emociones, pensamientos y

conductas), que se presentan con mayor intensidad y frecuencia de lo esperado para su edad y nivel de desarrollo, de tal forma que interfieren de manera negativa en su aprendizaje y/o comportamiento. (p. 6)

Según Morín (s.f.) “El TDAH es una condición médica. Las investigaciones informan que se manifiesta en personas con los mismos parientes, lo que indica que podría ser genético (...) No todos los infantiles con TDAH suelen ser hiperactivos” (sección 1). Para el autor, aunque el TDAH se diagnostica casi el doble de veces en niños que en niñas, no significa que las niñas no lo sufran, ya que existe la probabilidad de que sus síntomas se subestimen y no se diagnostiquen. Las chicas tienden a salir de clase y "soñar despiertos"

El TDAH es una de las causas más frecuentes que dan acceso a los problemas sociales y al naufragio escolar en los años de la infancia. Constituye una nosología crónica, que contiene un componente genético exagerado (en el 75% de los casos), sin embargo, puede diagnosticarse y tratarse.

Esta alteración neurobiológica, es el más popular durante la infancia. Se sorprendió de que el 5 por ciento de los bebés varones y adolescentes de entre 3 y 16 años la padecieran. Esta nosología que se caracteriza por la efectividad de tres síntomas: hiperactividad (evidencia duradera y principal de lo que se espera según la etapa del niño), error de expectativa e impulsividad, se conceptualiza como un detrimento causado por un cambio en el Sistema de excitación central. Hoy es una de las causas más frecuentes de deterioro escolar y problemas sociales en los años de la infancia. Según Vargas & Perales (2017) “El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (tdah) es una afección frecuente, con alta variabilidad en su prevalencia a través de contextos, y de interés por la repercusión que tiene sobre el desempeño escolar de quienes la padecen” (p.246).

Los niños con TDAH muestran un aire inapropiado para su edad. Descienden haciendo ejercicio en su comportamiento, pensamientos y emociones. Sufren cuando

se trata de dar posibilidad y no pueden concentrarse. Sin embargo, no todos los niños entrenan todos los síntomas a la vez. Hay niños que a veces evidencian uno de los dos trastornos, aunque el más común es el modelo combinado. En la coincidencia del aspecto hereditario, en niños que han tenido padres o madres hiperactivos, esto influye en su floración hasta en un 44 por ciento.

Las personas que no saben mucho sobre el TDAH o que no conocen a sus familiares pueden asignar el comportamiento de sus hijos al descuido de la notificación o el ejercicio, pero no se dan cuenta de que la hiperactividad (incluidos los comentarios inapropiados que hacen) son signos de una negociación médica y No es el resultado de un mal entrenamiento.

STILL mantiene que otra característica que presentan las personas con TDAH es el problema de la privación del comportamiento y la regulación maltrecha del campo de batalla a las demandas de una determinada situación. El TDAH es un pacto de por vida. Los síntomas cambian cuando el angelito crece y aprende a manejarlos, pero no desaparecen. La mayoría de los niños con TDAH continúan teniendo síntomas durante la juventud y la edad adulta.

## **2.2. Antecedentes**

Según la importancia que se le ha dado a un determinado aspecto del trastorno, el concepto de TDAH ha ido evolucionando. Durante la década de 1950 e inicios de 1960, la hiperactividad era la manifestación más destacada en conformidad con el conductismo. A finales de 1960, con el advenimiento del cognitivismo, empezaron a cobrar protagonismo la forma de percibir, la memoria, la además de la atención y otros sucesos cognitivos. Debido a que tanto la atención como la falta de atención se convirtieron en un campo de estudio importante, la hiperactividad pasó a un segundo plano en la descripción del trastorno (Navarro, 2009, p. 43).



Los típicos síntomas del TDAH fueron descritos, inicialmente, por el psiquiatra alemán Heinrich Hoffman en 1845, quien escribió sucesos cortos en cuanto múltiple conflicto psiquiátrico de la infancia y la adolescencia. Su obra «The Story of Fidgety Philip» señala algunos síntomas de hiperactividad y déficit en el futuro de los niños. Por ejemplo, describe a un bebé que, a pesar de las demandas de sus padres, no puede atascarse inactivo en la mesa. En esta filfa se reflejan algunos de los síntomas que actualmente se contemplan en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud y que para el TDAH se consideran trastorno hiperkinético (Navarro). & García, 2010, p. 26) En 1902, Still<sup>2</sup> describió a 43 niños que tenían serios problemas de ilusión sostenida y autorregulación, a quienes atribuyó una preocupación por el control total de la conducta.

### **2.3. Subtipos de TDHA**

El tipo de TDAH con el que se diagnostica a un niño depende de los síntomas que tenga. Los síntomas del TDAH se dividen en dos categorías: una es la inatención de Los Ángeles y la otra es la hiperactividad-impulsividad. Sin embargo, los síntomas pueden cambiar a medida que los niños crecen y, por lo tanto, el tipo de TDAH que tienen también puede cambiar.

En relación a la clasificación de los tipos de hiperactividad, Navarro (2008) aporta tres subtipos de TDHA:

- a. TDAH de tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo, caracterizado por presentar dificultad en el autocontrol. Los infantiles que la tienen o presentan síntomas de hiperactividad, tienen dificultad para controlar los impulsos y sienten la necesidad de moverse constantemente.
- b. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad de tipo predominantemente inatento, caracterizado por la dificultad de atención, por lo cual estos niños tienen

problemas para prestar atención, se distraen con frecuencia, sin embargo no tienen mínima dificultad con la impulsividad. Suele denominarse de manera no oficial como trastorno por déficit de atención (o TDA). Los niños pueden “pasar inadvertidos” porque no suelen molestar en clase. Es más, pueden parecer tímidos o que “sueñan despiertos”. Aunque puede que no tengan problemas de conducta trascendentales, su inatención pueden provocarles muchas otras dificultades.

- c. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad del tipo combinado, que se caracteriza por presentar síntomas de falta de atención e hiperactividad-impulsividad. Los niños muestran problemas significativos, tanto hiperactividad / impulsividad como falta de atención. Sin embargo, a medida que se acerca a la adolescencia, sus problemas de hiperactividad / impulsividad disminuirán gradualmente.

#### **2.4. Características de los niños con TDHA**

Existe la tendencia errónea entre muchos padres de diagnosticar a la ligera que su hijo es TDAH porque es inquieto o nervioso. Es más, sin siquiera basarse a un diagnóstico emitido por un neuropediatra o psicopedagogo, etiquetan al niño como hiperactivo solo porque afirman conocerlo más que nadie. Pero, ¿qué características tienen estos niños? Las características que reúnen estos niños son:

- No suelen mantener la quietud y no soportan estar sujetos en sillas o mochilas portabebés, es decir son casi hipertónicos.
- Solicitan de mucha atención de su tutelar porque son absorbentes.
- Lloran con mucha reincidencia.
- Tienen sueño ligero y se despiertan al menudo ruido.
- No son fáciles de cambiar o entretener.
- Necesitan de mucha atención a la hora de comer.

Estos niños tienen grandes dificultades para prestar atención y concentrarse. Además, les resulta difícil controlar su comportamiento, sus emociones y pensamientos, sin embargo, no todos pueden experimentar todos los síntomas a la vez.

Aunque es el tipo combinado más común, hay niños que solo tienen uno de los dos trastornos. Se puede decir que el aspecto hereditario influye en su desarrollo, ya que el 44% de los niños que han tenido padres hiperactivos lo padecen.

Muchos padres y maestros muestran dificultades para identificar si el niño es portador de TDAH o si lo que le falta son límites de comportamiento, ya que estos estados generalmente presentan síntomas similares.

## **2.5. Tratamiento del TDAH**

González (1996) concluye:

... Considere que en el tratamiento de los niños con hiperactividad se deben combinar de manera interactiva las diversas terapias, con una falta específica, que es los ángeles de mejorar la conducta adaptativa y escolar del niño, haciendo que estos cambios favorables se mantengan y generalicen en las distintas situaciones y contextos en los que interactúa el niño. (p.23)

El autor enfatiza que la hiperactividad es un problema complejo que presenta diversas manifestaciones de actitud en las que se registra un núcleo de síntomas en niños que se destacan: movilidad excesiva, impulsividad y problemas de atención, síntomas que generalmente van acompañados de otras alteraciones. Todas estas múltiples facetas del problema han definido que en su tratamiento no se ha adoptado un solo modelo de intervención, sino más bien diferentes perspectivas terapéuticas que se examinan desde una concepción "biopsicosocial" del comportamiento del niño y, por lo tanto, de su trastornos, los tres enfoques terapéuticos mayormente utilizados a los que nos referiremos son: tratamientos con psicofármacos, métodos conductuales y cognitivos.

Lefa, Toro, Salamero, Castro, & Cruz (1999) afirman: “En un 40-60% de los casos habrá problemas asociados, tales como: retraso en el habla, trastornos del aprendizaje, fracaso escolar; problemas de conducta, como es el negativismo desafiante y trastorno de conducta; y trastornos emocionales como puede ser la ansiedad, depresión y baja autoestima” (p. 145). Los autores sostienen en su estudio que existen varios problemas que se pueden asociar al trastorno e, incluso, aseveran que tanto la propensión a que estos sufran accidentes o que tengan problemas con el dormir, viene disminuyendo.

El TDAH es una patología poco explorada, difícil de distinguir y fácil de confundir. La complejidad neurológica se desencadena a edades entre los tres y los cuatro años, alcanzando el estado más crítico a los seis años. Los niños con hiperactividad que no reciben tratamiento a tiempo, según los expertos, tendrán problemas en la adolescencia, porque sufrirán problemas de socialización e incluso sufrirán un fracaso escolar. Sin embargo, el tratamiento prolongado en su desarrollo progresivo permitirá que el trastorno mejore e incluso controle.

Lefa, et al. (1999) obtienen como resultados de su investigación:

... Presencia de dos factores de riesgo con significación estadística: pertenecer a una familia numerosa y haber presentado un temperamento “difícil” en la primera infancia. Los factores asociados con significación fueron ser zurdo y tener baja autoestima. No hubo diferencias significativas a nivel del estilo educativo. (p. 145)

Esto significa que es necesario tener en cuenta la existencia de factores de riesgo y factores asociados con el TDAH, lo que permitirá obtener un diagnóstico precoz, lo cual es muy relevante debido a la alta prevalencia y comorbilidad de este trastorno.

La agitación excesiva que presentan, así como la gran dificultad para atender, seleccionar, mantener y controlar la atención a los estímulos, argumentan la necesidad

de ayuda profesional y seguimiento. Un especialista lo ayudará a adquirir hábitos cognitivos y estrategias consistentes con su desarrollo social, familiar y escolar.

El tratamiento para el TDAH que ha demostrado una mayor efectividad y que apoya a la comunidad científica es el "multidisciplinario" que combina los siguientes tratamientos:

### **2.5.1. Tratamiento psicológico**

González (1996) concluye: “los hallazgos que hemos presentado han puesto de manifiesto que ninguno de los métodos terapéuticos propuestos sirve por sí solo para mejorar significativamente el comportamiento de los niños hiperactivos en las diferentes áreas afectadas,...” (p. 23).

Este tratamiento está dirigido a padres, profesores y niños. Consiste en brindar información acerca de TDAH, proponer estrategias de manejo del comportamiento, y brindar estrategias de comunicación para mejorar la relación con el alumno / hijo y para recibir el propio autocontrol del niño.

### **2.5.2. Tratamiento farmacológico**

El propósito de este tratamiento es reducir los síntomas básicos del trastorno (falta de atención, hiperactividad motora e impulsividad). El medicamento más conocido y más efectivo para su uso es el metilfenidato (neuroestimulante). Los estudios científicos garantizan su eficacia y seguridad. Por lo general, es un tratamiento a largo plazo (años) que, en la mayoría de los casos, si se dosifica adecuadamente, facilita el desarrollo intelectual correcto y mejora I. A. sociabilidad, además de facilitar la intervención de terapias psicológicas y pedagógicas, manejo del comportamiento, etc. Sin embargo, puede haber un caso en el que el procedimiento farmacológico no sea seguro.

Si un estudiante está medicado y sus maestros lo saben, pueden colaborar observando y registrando si aparecen mejoras en las relaciones con sus compañeros, en el rendimiento académico o en su comportamiento. Esta información será muy útil para el médico tratante al estimar la efectividad del tratamiento farmacológico o la necesidad de ajustar la dosis. Del mismo modo, los maestros pueden participar en Los Ángeles observando posibles efectos secundarios como náuseas, dolores de cabeza, irritabilidad, anorexia, etc., y transmitir información a los padres. Con esta participación, se puede evaluar la efectividad del tratamiento farmacológico, así como la necesidad de llevar a cabo otros tipos de intervenciones.

Otras ofertas farmacológicas conocidas incluyen la atomoxetina de Los Ángeles, un medicamento específico para el TDAH no neuro estimulador, que en investigaciones en otros países también muestra buenos resultados. Es importante que el maestro refuerce su buen comportamiento o buen desempeño después de la administración del medicamento y no lo atribuya a esto: "muestra que hoy ha recordado tomar la píldora" o "qué tan bien trabaja cuando toma píldora", como tenemos:

### **2.5.3. Tratamiento psicopedagógico**

La finalidad de este tratamiento está orientado a mejorar las capacidades académicas del niño mientras estudia y hace la tarea, mejorar la motivación para estudiar y actividades académicas y, sobre todo, optimizar la imagen que tiene de sí mismo como estudiante para establecer en él un hábito de estudio pertinente que no posee

Los niños con TDAH necesitarán mucho apoyo, amor, comprensión y, sobre todo, mucha paciencia para que funcionen normalmente. Cabe señalar que los padres juegan un papel fundamental durante el tratamiento. El especialista utilizará, según sea el caso, los medios necesarios para proporcionar información esencial a padres y maestros, tratamiento farmacológico (7 de cada 10) y tratamiento psicopedagógico.

El tratamiento tiene como propósito:

- Reducir o suprimir los síntomas relacionados.
- Fortalecer la enseñanza, lenguaje, escritura, vínculo con el entorno social y familiar.
- Mejorar o neutralizar los síntomas del trastorno.

Beltrán & Torres (2004) afirman en su estudio que:

... se concluye la importancia de que la evaluación del comportamiento hiperactivo debe contemplar entre otros aspectos, los siguientes: 1. Un análisis integral del ambiente que rodea al niño, que identifique los estímulos que estuvieron asociados con la respuesta de hiperactividad. 2. Una evaluación que revele que estímulos asociados con la conducta perturbadora que ocurrieron con mayor frecuencia en los sitios de observación. (Párrafo 8).

Para los autores aún se mantiene una gran dificultad cuando se hace referencia a la clasificación y/o definición de las conductas de hiperactividad y de deficiencia en la atención. Sostienen que uno de los problemas más complejos que afrontan los docentes es el de la valoración de la hiperactividad en el salón de clases o en ambientes escolares.

Uno de los aspectos significativos que tiene un vínculo peculiar con los niños hiperactivos es su habilidad de ajuste social, comúnmente relacionado con sus habilidades académicas, que generalmente son deficientes.

Los resultados de su investigación respaldan la idea de que los niños con discapacidades de aprendizaje son los que tienen mayor riesgo de desarrollar habilidades sociales. Estos factores de riesgo pueden estar más relacionados con el bajo rendimiento académico que con aquellos que no han sido clasificados con problemas de aprendizaje.

## CAPÍTULO III

### EL APRENDIZAJE

#### 3.1. Definición de Aprendizaje

El aprendizaje, concebido como un cambio de conducta, es un proceso de adquisición o cambio de conocimientos, capacidades, agilidades, comportamientos o valores como resultado de la experiencia, el estudio, la observación, la orientación o el razonamiento. Debe estar orientado convenientemente y es favorecido cuando el individuo está motivado.

Hernández (2008) afirma: “En el constructivismo el aprendizaje es activo, no pasivo. Una suposición básica es que las personas aprenden cuando pueden controlar su aprendizaje y están al corriente del control que poseen” (p. 27). Esto significa que el individuo construye, individualmente, conocimientos por sí mismos y le va dando un significado a medida que va aprendiendo.

García (2009) afirma:

En la comunidad del saber no se determina a una señalada área como centros o establecimientos educativos; se obliga de tal forma aprender en todos los ámbitos. Por otra parte, el aprendizaje no puede quedar limitado a un determinado período temporal en el ciclo vital de la persona (...) Los continuos cambios en todos los niveles conllevan nuevas demandas profesionales y nuevas exigencias personales. Es obligado aprender a lo largo de toda la vida de la persona. (p. 2)

Para el autor la enseñanza no está ligada a un determinado período porque este se desarrolla durante toda la vida en el individuo. Por ello, las demandas



profesionales de los docentes y los padres son exigibles para velar por el correcto desarrollo integral del niño.

### **3.2. Relación del TDAH con el aprendizaje**

Según Aguilera & Mosquera (2014) “Es habitual que el niño con TDAH presente dificultades de aprendizaje en habilidades instrumentales como: lectura, escritura y/o cálculo. Estas dificultades pueden aparecer durante la etapa infantil o de forma progresiva conforme aumenta la exigencia en los cursos académicos” (p. 655). Esto significa que los conflictos de aprendizaje, como son la forma de la lectura y la escritura, se ven afectadas directamente por la presencia del TDAH durante la etapa infantil y en el transcurso de la etapa escolar. (Ver anexo 1)

Los niños que presentan TDAH evidencian diversas limitaciones para conectarse con el aprendizaje y poder prestar atención durante las actividades escolares porque se aburren con facilidad. Esto ocasiona que no las culminen y que su desempeño sea menor de lo esperado con lo vinculado a su capacidad intelectual.

Según CAT Barcelona (2008) “La colaboración entre colegio y familia es fundamental para un tratamiento efectivo. En muchos casos, el niño necesitará una valoración pedagógica que determine sus necesidades académicas, así como un plan de intervención escolar personalizado” (párrafo 2). Se entiende que para orientar de manera efectiva a un estudiante con TDAH debe realizarse un diagnóstico pedagógico y debe ejecutarse un plan de intervención individualizado por parte del docente. Por otra parte, según los estudios de CAT Barcelona, los docentes tienen la responsabilidad de informar, de manera constante, a los padres durante todo el año académico, para intercambiar datos y sucesos de experiencias, volviendo positiva la aportación entre la escuela y la familia.

Vargas & Parales (2017) en relación a las implicancias de los niños en su entorno escolar y académico, afirman: “Los resultados mostraron que el TDAH se reconstruye, a partir de la perspectiva del observador y del contexto, en términos de problema hereditario y de fallas en las prácticas de crianza” (p. 252). Para los autores, en la mayoría de los casos, en relación a su estudio, refleja un conflicto entre dos ideas imperiosas: El primero que lleva a los padres a adivinar que el delito es neurológico y hereditario, y el segundo que los lleva a reafirmar que la carga se debió a errores cometidos en la educación. Ambos elementos generaron emocionalidad criminal en los padres, aunque con diferencias sutiles, de acuerdo con el papel que desempeñan, por lo que se culpó al artista con herramientas relacionadas con la herencia, mientras que la cañada con respecto a la educación.

Según Casajús (1999-2001) “Las dificultades en el aprendizaje son obstáculos específicos para aprender (...) y que vienen generados por la misma sintomatología del trastorno, provocando en el alumno retrasos académicos significativos, aunque éste tenga capacidad y un nivel de inteligencia normal” (p. 72). El autor enfatiza que algunos retrasos académicos en los niños con TDAH se deben a la misma sintomatología del trastorno y no a su nivel de inteligencia, es por eso que en diversas situaciones los niños son visualizados de hiperactivos, determinado su principal problema sea el mismo movimiento relacionado a su edad.

Si hay un momento en que el problema es consciente, el TDAH puede concebirse como un trastorno institucional, en la medida en que las dificultades comienzan con el comienzo de la vida escolar del niño. Los problemas psicológicos, que solían estar limitados a entidades psíquicas, ahora se sienten dentro de un contexto sociohistórico. En esta pregunta, el incumplimiento de las reglas institucionales explícitas por el sistema escolar define un trastorno particular, porque la conducta del niño es incompatible con ellos. Esta santidad es consistente con la opinión de quienes creen que el TDAH, además de una patología psiquiátrica, se presenta como un sistema de conducta de acuerdo con las normas establecidas y que, por lo tanto, viola el orden para convertirse en un peligro para quien lo padece (Uribe y Vásquez, 2008 citado por Vargas & Parales, 2017)

Hay un mecanismo que une los tres grupos estudiados: (a) la tormenta se comporta mal, (b) el maestro hace una mueca y (c) la tapa castiga a la criatura. En este caso, la horrible posición desaparece por un corto tiempo, a pesar de que aparecerá, nuevamente, reiniciando el ciclo. Durante una división prominente, la carta de “niño problema” y los comienzos se fortalecen para definir las expectativas del papel que cada artista asigna a los demás y al asimismo. En el caso de niños con hiperactividad, la jerarquía de los sacerdotes, que es la lactancia de los niños, se encuentra en una serie de descripciones acompañadas por las emociones de impotencia y frustración.

En muchas ocasiones, los educadores, psicólogos y médicos se dan cuenta del ministerio de establecer límites en la postura de los niños, surgir entre ellos y las críticas de sí mismos en bebés reales logran su objetivo. Por otro lado, los sacerdotes esperan que la sociedad se convierta en un rango de instituto terapéutico, en el cual se obtendrán resultados en el curso de acción que trascenderá el contexto escolar. Por un lado, puede responder, por un lado, "lo que sucede", a través de un diagnóstico, y dar una solución al dolor de cabeza por el bien del tratamiento. Al igual que con las instituciones educativas, los sacerdotes esperan grandes cambios en el comportamiento de los niños con respecto a las terapias, sin embargo, las consecuencias vendrán en citas médicas constantes, como si fueran personas enfermas que relegan a los sacerdotes a un puesto de "incapacidad" para enfrentar su papel.

Los estudios de Vargas & Parales (2017) especifican que los maestros, en relación con el interés y la capacidad de los ángeles de los padres para manejar la situación, mostraron que tienen un porcentaje de credibilidad, por lo que sintieron que deberían asumir la responsabilidad solos, por lo que le dieron gran importancia a la situación papel del profesional de la salud. Los maestros pensaron que el manejo del niño hiperactivo debería ser principalmente médico y son los profesionales de la salud quienes deberían guiar incluso las prácticas educativas. De esta manera, el profesional de la salud está altamente calificado; Se convierte en un agente moral. Todo el proceso educativo del niño está atravesado por fórmulas y recomendaciones médicas y psicológicas.

La inclusión social del niño hiperactivo en el ambiente escolar se centra en las discusiones de los maestros. Consideran al niño hiperactivo como un problema que preferirían no estar en su trabajo, ya que les exige más responsabilidad. Los niños consideran la integración con inclusión como el mismo aspecto. La inclusión se considera como el acto de crear vínculos y formas específicas de comunicación entre los actores involucrados en ella, mientras que la integración se refiere a temas "diferentes" dentro de la misma institución, (Rosano, 2007, citado por Vargas & Parales, 2017).

Esto significa que los niños generalmente se consideran incluidos de dos maneras incorrectas. El primero, que implementa estrategias para la formación de grupos separados, bajo el juicio de que cada uno tiene necesidades particulares, limitando las posibilidades de conocimiento y comprensión del otro en su diferenciación, promoviendo así la separación de los niños de los grupos formados por aquellos que tenían Originalmente aislado. El segundo está relacionado con el intento de "estandarizar" la población estudiantil, lo que causaría que las diferencias obvias entre los sujetos sean ignoradas o ignoradas. En otras palabras, tratar de aplicar los mismos criterios universales para la enseñanza y la evaluación continuará generando desigualdad.

Los autores descubrieron que la hiperactividad se ha vuelto común para los maestros y afecta a más niños todos los días. También sostienen que el niño hiperactivo representa una ruptura en su modelo de enseñanza, por lo que expresan que prefieren no tener que pasar por esta situación, aunque están de acuerdo en que antes de "relegarlos", deben aceptarlo y mejorar sus estrategias. . El niño hiperactivo parece afectarlos más que las dificultades creadas por la falta de atención o concentración de otros niños. Además, en muchas ocasiones, estas actitudes son vistas como una secuela de la falta de disciplina en los niños.

## CONCLUSIONES

De la investigación bibliográfica acerca del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en el aprendizaje de los niños, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

**PRIMERA.-** La hiperactividad es un patrón de comportamiento que incluye un patrón persistente de conductas de impulsividad, desatención e hiperactividad y se evidencia en una actividad motora intensa y continua que no tiene ningún propósito. Este trastorno de la conducta no se cura, pero sí se puede reconducir cuando esta afecta la vida social del infante. Además, no dura toda la vida, ya que los niños que lo evidencian logran superarlo con la madurez y la edad. No es consecuencia de algún daño cerebral, suele afectar a cerca del 3% de los niños menores de 7 años y es más común entre los varones que en las mujeres.

**SEGUNDA.-** Entre los indicios más observables en un niño hiperactivo tenemos: En primer lugar, presenta déficits atencionales importantes que dificultan la realización de tareas y su estado desmejora en circunstancias que requieren atención o cierto esfuerzo mental continuo. En segundo lugar, su comportamiento es impulsivo y actúa de manera atolondrada y sin autocontrol de las propias acciones. En tercer lugar, no acepta órdenes y dificulta la esperar su momento en una actividad de suceso de aprendizaje. Finalmente, suele ser intrépido y no mide el peligro.

**TERCERA.-** Se define TDAH como una patología crónica que contiene un elevado componente genético y tiene tendencia a heredarse en primer grado. Es tanto un trastorno de origen neurobiológico como una condición médica. Tiene como principales síntomas la falta de atención y la hiperactividad-

impulsividad. Presenta diversas manifestaciones actitudinales en las que se destacan: la movilidad excesiva, impulsividad y problemas de atención, síntomas que suelen ir acompañado de otras alteraciones.

**CUARTA.-** Entre las características de un niño con TDAH en el entorno familiar y escolar, se destacan: la incapacidad del niño para permanecer atento durante periodos de tiempo extenso, la propensión a distraerse, mostrar inquietud, inestabilidad en sus emociones e impulsividad en sus actividades motoras. El problema en la inhibición de comportamiento y la decadente regulación del grado de actividad a las obligaciones de una dada situación es, comúnmente, acentuada. Tienen sueño ligero y solicitan de mucha atención de su tutelar porque son absorbentes.

**QUINTA.-** El aprendizaje es un suceso de adquisición o modificación de conocimientos, capacidades, destrezas, comportamientos consecuente de la experiencia, el estudio, la inspección, la orientación o el razonamiento. Es un proceso activo que se mejora con la motivación y no se circunscribe a un determinado espacio como las instituciones educativas.

## **RECOMENDACIONES.**

Se recomienda lo siguiente:

- A las autoridades educativas, brindar charlas de capacitación a docentes y padres de familia sobre los problemas de hiperactividad que tiene los niños.
- A los docentes aplicar estrategias para detectar y atender a los niños que presenten problemas de hiperactividad.
- A los padres de familia, brindar apoyo a sus menores hijos que presente problemas de hiperactividad.

## REFERENCIAS CITADAS

- Aguilera Albesa, S., & Mosquera Gorostidi, A. (2014). Trastornos de aprendizaje y TDAH. Diagnóstico y Tratamiento. *Pediatría Integral*, VIII(9), 655-667.
- Asociación STILL. (s.f.). *Guía Práctica con Recomendaciones de Actualción para los Centros Educativos en los casos de alumnos con TDAH*. Palma de Mallorca: STILL. Asociación Balear de Padres de niños con TDAH. Recuperado el 02 de octubre de 2018, de [http://www.psie.cop.es/uploads/Illes%20Balears/TDAH%20GUI\\_A%20PRA\\_CTI CA.pdf](http://www.psie.cop.es/uploads/Illes%20Balears/TDAH%20GUI_A%20PRA_CTI CA.pdf)
- Beltrán, F. J., & Torres Fermán, I. (10 de marzo de 2004). Hiperactividad: estrategias de intervención en ambientes educativos. *Psicología Científica. com*, 6(4). Obtenido de <http://www.psicologiacientifica.com/hiperactividad-intervencion/>
- Casajús Lacosta, Á. (1999-2001). La resolución de problemas aritméticos-verbales por alumnos con déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Para optar al título de Doctor por la Facultad de Formació del Professorat*. Universitat de Barcelona, Barcelona, España.
- CAT Barcelona. (2008). *Adicciones y Problemas Psíquicos: la respuesta optimista*. Recuperado el 26 de octubre de 2018, de Adicciones y Problemas Psíquicos: la respuesta optimista: <https://www.cat-barcelona.com/faqs/view/que-puede-hacer-el-colegio-con-los-ninos-con-tdah>
- García García, E. (2009). Aprendizaje y construcción del conocimiento. (C. y. Lopez Alosa, Ed.) *Las plataformas del aprendizaje*, 1-25. Obtenido de [https://eprints.ucm.es/9973/1/APRENDIZAJE\\_\\_Y\\_CONSTRUCCION\\_DEL\\_CON OCIMIENTO.pdf](https://eprints.ucm.es/9973/1/APRENDIZAJE__Y_CONSTRUCCION_DEL_CON OCIMIENTO.pdf)



- González Martínez, M. (1996). La Hipoactividad Infantil. Principales Enfoques Terapéuticos. *Aula*, 8, 3-27.
- Hernández Requena, S. (2008). El modelo constructivista con las nuevas tecnologías: aplicado en el proceso de aprendizaje. *Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento*, 5(2), 26-35. doi: ISSN 1698-580X
- Lefa, E., Toro, J., Salamero, M., Castro, J., & Cruz, M. (1999). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anales Españoles de Pediatría*, 50(2), 145-150.
- Morín, A. (s.f.). *Understood: Dificultades de aprendizaje y Atención*. Recuperado el 10 de octubre de 2018, de 5 mitos comunes acerca del TDAH: <https://www.understood.org/es-mx/learning-attention-issues/child-learning-disabilities/add-adhd/5-common-myths-about-adhd>
- Navarro González, I., & García Villamisar, D. (diciembre de 2010). El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Revista de Historia de la Psicología*, 31(4), 23-36. Recuperado el 02 de octubre de 2018, de <file:///C:/Users/MMAH006/Downloads/Dialnet-ElConceptoDeHiperactividadInfantilEnPerspectiva-3399009.pdf>
- Navarro Gozález, I. (2008). Procesos Cognitivos y Ejecutivos en niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. (*Tesis Doctoral*). Universidad Complutense de Madrid, Madrid. Obtenido de [https://eprints.ucm.es/9652/1/T31044\\_.pdf](https://eprints.ucm.es/9652/1/T31044_.pdf)
- Pérez Castro, J. (30 de Abril de 2007). *Proyecto DAD*. (F. C. A.C, Productor) Recuperado el 28 de setiembre de 2018, de Proyecto DAD: <https://www.cerebrofeliz.org/presentacion.html>
- Rivera Flores, G. (2013). *Etiología del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y Características Asociadas en la Infancia y Niñez*. Acta de Investigación Psicológica, Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Arequipa. Recuperado el 3 de octubre de 2017, de

[http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/actas\\_ip/2013/articulos\\_b/AIP\\_Facultad\\_de\\_Psicologia\\_UNAM\\_32\\_1079\\_1091\\_Etiologia\\_del\\_trastorno\\_por\\_deficit\\_de\\_atencion\\_e\\_hiperactividad\\_y\\_caracteristicas\\_asociadas\\_en\\_la\\_infancia\\_y\\_ninez.pdf](http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/actas_ip/2013/articulos_b/AIP_Facultad_de_Psicologia_UNAM_32_1079_1091_Etiologia_del_trastorno_por_deficit_de_atencion_e_hiperactividad_y_caracteristicas_asociadas_en_la_infancia_y_ninez.pdf)

Sánchez Vélez, M., & Sánchez Zorilla, A. (2016). *Transtorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)*. Madrid, España. Recuperado el 3 de octubre de 2017, de <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/MARIA%20DE%20LAS%20MERCEDES%20SANCHEZ%20VELEZ.pdf>

Taylor, E. (2004). *El niño hiperactivo: una guía esencial para los padres para comprender y ayudar al niño hiperactivo* (9 ed.). (J. Fernández Triveño, Trad.) Madrid, España: editorial ADAF, S.A.

Vargas Rodríguez, á., & Parales Quenza, C. (julio-diciembre de 2017). La Construcción Social de la hiperactividad. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(2). doi: doi: 10.15446/rcp.v26n2.59891