

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



Conducta en niños hiperactivos.

Trabajo académico.

Para optar el Título de Segunda especialidad profesional de Educación Inicial

Autora.

Elvia García García

Juanjuí - Perú.

2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



Conducta en niños hiperactivos.

Trabajo académico aprobado en forma y estilo por:

Dr. Oscar Calixto La Rosa Feijoo (presidente)

Dr. Andy Figueroa Cárdenas (miembro)

Mg. Ana María Javier Alva (miembro)

Juanjuí - Perú.

2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



Conducta en niños hiperactivos.

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

Elvia García García (Autora)

.....

Segundo Oswaldo Alburquerque Silva (Asesor)

.....

Juanjuí - Perú.

2020



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

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO

Juanjul, a veintidós 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. Oscar Calixto La Rosa Feijoo, 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: "*Conductas en niños hiperactivos*" para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad en Educación Inicial al señor(a) GARCIA GARCIA ELVIA.

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 14.

Por tanto, GARCIA GARCIA ELVIA, queda apto(a) para que el Consejo Universitario de la Universidad Nacional de Tumbes, le expida el título Profesional de Segunda Especialidad en Educación Inicial.

Siendo las doce 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. Oscar Calixto La Rosa Feijoo
Presidente del Jurado


Dr. Andy Kid Figueroa Cárdenas
Secretario del Jurado


Mg. Ana María Javier Alva
Vocal del Jurado

DEDICATORIA.

A Dios, por sus bendiciones y guía.

A mis familiares por el apoyo constante.

A mis amigos, por la motivación y apoyo profesional

INDICE

| | |
|---|----|
| DEDICATORIA. | 5 |
| INDICE. | 6 |
| RESUMEN | 7 |
| ABSTRACT. | 8 |
| INTRODUCCION | 9 |
| CAPITULO I | 11 |
| 1.1. Antecedentes Nacionales. | 10 |
| 1.2. Antecedentes Internacionales | 11 |
| CAPITULO II | 15 |
| HIPERACTIVIDAD | 15 |
| 2.1. ¿Qué es hiperactividad? | 15 |
| 2.1.1. Como Reconocer la Hiperactividad. | 16 |
| 2.2. Síntomas de desatención: | 17 |
| 2.3. Síntomas de hiperactividad: | 18 |
| 2.3.1. Causas físicas de la Hiperactividad. | 19 |
| 2.4. Indicadores de hiperactividad: | 19 |
| CAPITULO III | 21 |
| NIÑOS HIPERACTIVOS EN LA ESCUELA: | 21 |
| 3.1. Trastornos de conducta: | 21 |
| 2.1.1. Problemas de aprendizaje. | 23 |
| 2.1.2. Trastornos afectivos | 26 |
| 2.2. Como tratar la hiperactividad: | 29 |
| 2.2.1. Tratamiento Psicofarmacológico | 29 |
| 2.2.2. Tratamientos conductuales: | 31 |
| 2.2.3. Labor de los padres y docentes: | 34 |
| CONCLUSIONES | 36 |
| RECOMENDACIONES. | 36 |
| REFERENCIAS CITADAS | 38 |

RESUMEN

Existen diversos trastornos que pueden afectar el comportamiento de los niños, en algunos casos estas son consecuencias de problemas familiares, en la mayoría de los casos afecta grandemente en el aprendizaje de los niños, en el presente trabajo se brinda aportes importantes y algunas características que se deben tener en cuenta para tener un conocimiento más amplio y sobre todo la forma de cómo se debe actuar ante casos relacionados a la conducta de los niños, se hace explicación de los casos más comunes y se brinda aportes y conocimiento de diferentes autores que han realizado estudios sobre el tema explicando la forma de atender cuando se presente este tipo de problema.

Palabras clave: conducta, hiperactividad, aprendizaje

ABSTRACT.

There are various disorders that can affect the behavior of children, in some cases these are consequences of family problems, in most cases it greatly affects the learning of children, this work provides important contributions and some characteristics that are should take into account to have a broader knowledge and especially how to act in cases related to children's behavior, an explanation is made of the most common cases and contributions and knowledge are provided from different authors who have made studies on the subject explaining how to deal with when this type of problem occurs.

Keywords: behavior, hyperactivity, learning

INTRODUCCION

Los problemas de conducta, muchas veces están relacionados con la hiperactividad, esto es un gran problema que se presenta en muchos lugares y que tiene algunas consecuencias negativas en el desarrollo de aprendizajes dentro del contexto educativo, esto es un gran problema pues muchas veces los docentes no se encuentran preparados para sumir este tipo de retos que pueden no permitir el avance en el desarrollo de las asignaturas programadas.

Esta claro entonces que se le debe brindar mucha atención a los niños que presenten problemas de conductas relacionados con el TDAH, esto permitirá atender todo aquello que en el futuro pueda tratar consecuencias en los niños, por ello su atención deben ser hecha de manera oportuna en los momentos en que se detecten, para ello los docentes deben conocer o estar preparados para poder conocer las características y brindar la atención requerida.

“...La falta de atención y la inquietud constante en el niño son síntomas que por lo general los padres comentan primero al médico de atención primaria, con frecuencia alertados por los profesores y educadores...”. (Benavente, 2012)

En el Perú en los últimos años se viene presentando con mayor frecuencia problemas relacionados a las conductas de violencia, esto puede tener muchas causas, úes al analizar el comportamiento social en diferentes lugares existe mayores índices de violencia familiar y malas conductas, ello entonces genera que se debe tomar decisiones para revertir estos índices que afectan a diferentes sectores sociales,

Analizando este problema, se debe tener en claro que cosa debemos hacer para poder disminuir los problemas que se presenta en lo relacionado a las conductas violentas de los niños, esto entonces recae en los profesores y padres de familia quienes deben aplicar estrategias para detectar y brindar la atención a los niños cuando se presenten estas manifestaciones.

El trabajo presentado se justifica porque es un material que brindara información sobre los problemas que se presentan, así como darle algunas recomendaciones a los padres de familia, así como los docentes que puedan en algún momento tener algunos niños en el aula con estos problemas.

En el presente trabajo se han considerado los siguientes objetivos.

Objetivo General:

- Reconocer la Hiperactividad como el trastorno más común presente en la etapa pre escolar.

Objetivos Específicos:

- Describir antecedentes de estudios relacionados con los problemas de hiperactividad en el nivel inicial.
- Describir aspectos teóricos conceptuales de la hiperactividad en los niños
- Conocer las características de los niños hiperactivos en la escuela.

El contenido del presente trabajo se divide de la siguiente manera:

En el capítulo I se presenta antecedentes de estudio relacionados a la hiperactividad.

En el capítulo II, se puede encontrar el marco teórico y definiciones de la hiperactividad.

En el capítulo III, se da a conocer las características y tratamientos que se pueden brindar a niños que presenten problemas relacionados a la hiperactividad.

Así mismo se presentan las conclusiones, recomendaciones y las referencias citadas que ayudaron a redactar el informe presentado.

CAPITULO I

ANTECEDENTES DE ESTUDIO.

1.1. Antecedentes Nacionales.

López (2017) la tesis que lleva por título “Déficit de atención e hiperactividad en estudiantes de primaria de Huancayo, obtuvo por objetivo determinar si existe diferencia de déficit de atención e hiperactividad de los estudiantes de primaria de la zona urbana y rural de Huancayo. La investigación es de tipo aplicada y es de nivel descriptivo, se empleó el método descriptivo, con un diseño descriptivo comparativo; la población fue constituida por los estudiantes del nivel primario de Huancayo, una muestra de 373 estudiantes. Se emplearon las fichas de diagnóstico DSM-IV y DSM-IV-TR. Los resultados manifestaron, que no se encontraron diferencias de déficit de atención e hiperactividad entre los estudiantes de primaria de la zona urbana y rural de Huancayo, llegando a la conclusión que estos niños, independientemente, a que se hallen en una zona urbana o rural van a presentar dificultades para mantener su atención en momentos que demandan dedicación personal, distrayéndose con simplicidad, por lo tanto, no lograrán privar sus impulsos e inquietud motora. La investigación da a conocer las dificultades que pueden tener los niños respecto a la atención en circunstancias de las actividades de vida diaria, logrando así retraimientos a nivel del comportamiento motor, lo que nos permite obtener más información y que nos pueda ayudar a contrarrestar distintos datos.”

Arias (2018) en su trabajo de investigación que titula, “Coordinación motriz y disgrafía motora en estudiantes del primer grado de primaria, I. E. N.º 5084 Carlos Phillips, Callao 2018, tuvo por objetivo establecer la relación entre la coordinación motriz y la disgrafía motora, la investigación fue de tipo básica, de diseño no experimental, transversal de nivel correlacional, por lo tanto, se determinó la relación entre variables de coordinación motriz y disgrafía motora en un tiempo establecido.

La muestra fue constituida por 113 estudiantes de primer grado de primaria de la I. E. N.º 5084 Carlos Phillips, Callao, 2018. Para la recaudación de datos se usó la técnica de la observación, cuyo instrumento fue la lista de cotejo tipo escala dicotómica de 20 ítems para las dos variables. El procesamiento estadístico descriptivo se ejecutó por medio del programa Excel y la inferencial con el programa estadístico SPSS 2. Los resultados de la investigación comprobaron que la coordinación motriz se relaciona inversa ($Rho = -0,549$) y significativamente ($p=0.000$) con la disgrafía motora en estudiantes de primer grado de primaria de la I. E. N.º 5084 Carlos Phillips, Callao, 2018. Obteniendo la conclusión que, se encontró una moderada relación negativa e inversa entre variables. La investigación da a conocer que no existe relación entre coordinación motora y disgrafía en niños de mayor edad, ello nos permite conocer que a futuro se podrían generar problemas de mayor envergadura, por ende, esto se ve negado y reflejado en sus resultados.

1.2. Antecedentes Internacionales

Ferreras (2012) una tesis que lleva por título “Perfiles neuropsicológicos en el TDAH: estudio de los subtipos inatento y combinado en niños de edad escolar remitidos a la clínica. La tesis tiene como objetivo la clasificación inicial de compuestos, con los datos conseguidos de las escalas de calificación del comportamiento del medio estudiantil, el objetivo de esta investigación radica en descubrir perfiles cognitivos y neuropsicológicos diferenciados. Se cuenta con los datos conseguidos con la batería Luria-DNI y el WISC-R para 202 casos (7-11 años), 141 niños y 61 niñas. De los 202 casos, obteniendo la calificación de las escalas de comportamiento infantil de profesores para 180 casos (7-10 años), 126 niños y 54 niñas. Los niños(as) fueron enviados a evaluación de sus capacidades con el propósito de diagnosticar y dar una orientación educativa, primordialmente por no aprovechar en el centro escolar. Por medio de la clasificación inicial de conglomerados, en relación de las puntuaciones conseguidas en las escalas ECI y los criterios diagnósticos del DSM-5, se hallaron perfiles cognitivos y neuropsicológicos distintos, apoyados en el WISC-R y en los 19 sub tests neuropsicológicos de la batería Luria-DNI, correspondiente a los dos subtipos con déficit de atención en el TDAH. Los resultados proponen que el desempeño alterado del área terciaria del tercer bloque funcional (bloque de regulación de la actividad y bloque de control) está en

la base del trastorno por déficit de atención del subtipo Combinado, también de disrupciones en el bloque funcional segundo y 20 alteraciones madurativas (bloque del input) está en la base del déficit del subtipo inatento. La influencia de los dos bloques sobre el primero, el de inatento y activación, dan a conocer los distintos resultados de los subtipos inatento y combinado en las pruebas neuropsicológicas de las que son expuestas. Llegando a la conclusión que es oportuno y de manera urgente comprender de una mejor manera al TDAH para impulsar en cada niño/a la recuperación psicoeducativa más conveniente. Esta investigación permite conocer los perfiles que adopta el TDAH siendo de suma importancia, puesto que guarda una posible relación con sus manifestaciones.

Salamanca, Naranjo, Castro y Calle (2018) el artículo que lleva por título “Asociación de características de trastorno de desarrollo de la coordinación con síntomas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños de la ciudad de Manizales, teniendo como objetivo determinar la asociación de características del TDC con síntomas de TDAH en niños(as) de la ciudad de Manizales, Colombia, se utilizó la metodología de estudio descriptivo y de asociación con una muestra de 140 niños(as) de 6-12 años, aleatorizados en instituciones educativas públicas y privadas, se practicó una entrevista estructurada y se emplearon los instrumentos Minikid y Cuestionario para Trastorno de Desarrollo de la Coordinación (CTDC). Se realizó un análisis descriptivo univariable para la caracterización sociodemográfica. Llegando a encontrar asociación estadísticamente significativa entre características del TDC y síntomas del TDAH (ρ Spearman= 0,452; $p = 0,001$). Obteniendo la conclusión que en la población analizada se llegó a encontrar asociación entre características del TDC y síntomas del TDAH, lo que señala 21 que niños con dificultades en el desempeño motor pueden sufrir también ciertas dificultades de atención e hiperactividad. Esta investigación permite obtener resultados positivos que complementan la investigación presente, dando una posible validez en su realización.

Mandiola, Oyarzo y Vásquez (2012) la investigación que lleva por título “Detección de alteraciones del desarrollo infantil en niños con trastorno de déficit atencional con hiperactividad en punta arenas: explorando la visión de los padres en

Punta Arenas. Esta investigación tuvo como objetivo la detección de alteraciones del desarrollo infantil en niños con TDAH y tiene como metodología cualitativa, con un diseño que está basado en la interacción simbólica. Los colaboradores de la investigación estuvieron conformados por madres y/o padres de niños con diagnóstico de TDAH. Para la recopilación de datos se usó la entrevista semiestructurada en profundidad, los que consecutivamente quedaron analizados desde la Teoría Fundamentada. La principal conclusión obtenida de este trabajo es que los procesos de detección de alteraciones del desarrollo infantil en niños con TDAH en Punta Arenas desde el punto de vista del grupo de padres, resultando tener procesos tardíos y largos para las familias. Esta acción fue relacionado a la poca información que dieron las redes de Atención Primaria de la región en relación con las manifestaciones clínicas del cuadro de sus hijos y el retraso en la derivación pertinente hacia el personal de salud y educación relacionada con la estimulación del desarrollo infantil del niño. La presente investigación da a conocer que el diagnóstico de TDAH está relacionado con las alegaciones del desarrollo infantil siendo información de suma importancia.

CAPITULO II

HIPERACTIVIDAD

2.1. ¿Qué es hiperactividad?

Martínez (1998) La manifestación de esta alteración preferentemente en la etapa de escolarización infantil, se debe en gran medida a que los síntomas que constituyen el núcleo del problema: dificultades de atención, actividad motora inmoderado e impulsividad o falta de moderación , se hacen más evidentes en el inicio de esta etapa en la que se le exige al niño de manera sistemática mantener la atención hacia actividades y tareas escolares, permanecer quieto y sentado durante un tiempo y asumir cierto control sobre su conducta, responsabilizándose de las consecuencias de sus propias acciones.

Estas conductas, a las que nos hemos referido: dificultades de atención, actividad motora excesiva e impulsividad o falta de autocontrol, nos permiten identificar el problema y, sobre todo, diferenciarlo de comportamientos infantiles en los que únicamente hay una sobreactividad o una exuberancia motora que, aunque sobrepase la de los otros niños de su edad, no constituye un criterio suficiente para que hablemos de un trastorno de hiperactividad (Martínez, 1998)

“...En este sentido, 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. Todas estas conductas, junto con otros síntomas menos específicos que suelen acompañar al síndrome hiperactivo, le impiden a este niño hacer frente a las exigencias que le plantea el entorno

escolar, tanto a nivel de interacción con los demás como en la realización de las diversas tareas escolares...”. (Martinez, 1998)

Por otra parte, estas conductas son altamente disruptivas del orden del aula escolar y muy estresantes para las personas que le rodean, por lo que suelen ser mal toleradas por profesores y compañeros, repercutiendo en las relaciones sociales entre éstos y el niño hiperactivo. (Martínez, 1998)

Todas estas circunstancias, sin duda, contribuyen a que estos niños sean objeto de una alta demanda de consulta por padres y educadores durante el período escolar y a que la mayor parte de las investigaciones y estudios epidemiológicos con niños hiperactivos se hayan hecho con niños de edad escolar . (Martinez, 1998)

“...Ahora bien, el hecho de que la sintomatología de la hiperactividad se manifieste con mayor intensidad y claridad en el inicio de la escolarización, no supone que el trastorno no exista antes o no pueda diagnosticarse más precozmente durante los años preescolares. Lo que ocurre es que un patrón de conducta semejante al de la hiperactividad en niños menores de seis años, se puede considerar normal ya que dichas conductas son propias de ese estadio del desarrollo, tendiendo a evolucionar y desaparecer en edades posteriores...” (Martinez, 1998)

En este sentido, es muy frecuente comprobar que muchos padres, aunque reconocen que sus hijos han sido extremadamente activos y mostraban una considerable falta de atención desde edades muy tempranas, no los han remitido para tratamiento hasta que entran en la escuela debido, en parte, a que el problema se ha hecho más evidente y sobre todo porque el fracaso escolar que conlleva, ocupa un lugar preferente entre las preocupaciones de los padres en nuestra sociedad actual. (Martinez, 1998)

2.1.1. Como Reconocer la Hiperactividad.

Benavente, (2012) indica que Empezaremos por ponerle un nombre que es el que se utiliza en la actualidad. Se le denomina, trastorno por déficit de atención

con hiperactividad, aunque también existen tipos de trastornos de atención sin que se evidencie un exceso de actividad.

“Antes de enumerar los síntomas tal y como han sido descritos por la sociedad americana de psiquiatría para considerar el trastorno como tal, hablaremos de cómo son estos niños para sus padres”: (Benavente, 2012)

“...En principio y como regla general son niños cuyas madres siempre suelen estar, como aquella película al borde del ataque de nervios. Son niños que desde que nacen están dando la lata, no duermen bien o lloran, o son espabiladísimos y enseguida se levantaban de la cuna... parecen muy inteligentes porque suelen hablar mucho y con desparpajo, y aparentemente su desarrollo ha sido normal, simplemente es un niño insufrible al que no podemos llevar a ningún lado, agota a todo el mundo, desquicia a la familia y no para quieto ni un minuto...”
(Benavente, 2012)

“Cuando empieza la etapa escolar comienzan los fracasos. Los maestros se percatan de que no presta la más mínima atención, hasta el punto de que a veces son enviados al otorrino para realizar una audiometría porque parece estar sordo”
(Benavente, 2012)

2.2. Síntomas de desatención:

Según Benavente, (2012) la desatención puede presentar los siguientes síntomas:

- “A menudo no presta atención a los detalles, tiene errores por descuido y el trabajo escolar suele ser sucio y desordenado”.
- “Tiene dificultades para mantener la atención, incluso en los juegos”.
- “A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente, parece tener la mente en otro lugar o como si no oyera”.
- “No finaliza tareas escolares, pasa de una actividad a otra sin terminar la anterior.

- “No sigue instrucciones ni órdenes”.
- “Dificultad para organizar tareas y actividades”.
- “Evitan situaciones que exigen una dedicación personal y concentración (por ejemplo, tareas de papel y lápiz)”
- “A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, ejercicios escolares, juguetes, lápices, libros, etc.) y suelen tratarlos sin cuidado.”
- “Se distraen con facilidad ante estímulos irrelevantes, pueden dejar las tareas que están haciendo para atender ruidos o hechos triviales que son ignorados por los demás (una conversación lejana, el ruido de un coche)”
- “Son olvidadizos en sus tareas cotidianas (olvidan el bocadillo, los deberes, la hora del partido, etc.) Bien, hemos visto los criterios que se consideran para tener un grave problema de atención, veamos ahora los síntomas de la hiperactividad e impulsividad que coexiste con la falta de atención la mayor parte de las veces.” (Benavente, 2012)

2.3. Síntomas de hiperactividad:

Según Benavente, (2012) los síntomas de hiperactividad, son:

- “Suele mover en exceso manos y pies y se retuerce en su asiento”.
- “A menudo abandona su asiento en clase o no es capaz de estar sentado cuando debe”.
- “Corre o salta en situaciones en las que resulta inadecuado hacerlo”.
- “Experimenta dificultades para jugar tranquilamente o dedicarse a actividades de ocio”.
- “Parece estar siempre en marcha, como si tuviera un “motor”.
- “A menudo habla excesivamente”.
- “Dan respuestas precipitadas antes de que las preguntas se acaben de formular”.
- “Puede tener dificultades para aguardar su turno en cualquier situación”.
- “También suele entrometerse o entorpecer los asuntos de los demás, tocan cosas que no deben, hacen payasadas”

2.3.1. Causas físicas de la Hiperactividad.

Benavente, (2012) “Existen factores biológicos y genéticos. Entre los no genéticos podemos hablar de complicaciones prenatales, perinatales y postnatales. Se sabe que perdura. Las psicopatologías paternas, el bajo nivel económico, la marginalidad, el estrés familiar, en fin, un entorno inestable podría agravar el trastorno”.

“... desde el punto de vista genético, todos los estudios inciden en que la existencia del mismo trastorno en hermanos es de un 17 a un 41%. En cuanto a gemelos univitelinos el porcentaje de trastorno común es hasta del 80%. Si el padre o la madre ha padecido el síndrome sus hijos tienen un riesgo del 44% de heredarlo. Parece que existe una disfunción del lóbulo frontal y por otra parte desde el punto de vista neuroquímico existe una deficiencia en la producción de importantes neurotransmisores cerebrales...” (Benavente, 2012)

Menéndez (2017) “En el niño con TDAH existe una producción irregular en estos dos neurotransmisores y por ello la medicación que se les da y de la que hablaremos más adelante está orientada a regularizar la producción de esas sustancias”.

“Es por esto básico, y dada la importancia de este trastorno, que sepamos distinguir perfectamente un niño inquieto, de un niño con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, para poder abordar lo antes posible el tratamiento adecuado”. (Benavente, 2012)

2.4. Indicadores de hiperactividad:

Menéndez (2017) señala los siguientes indicadores de hiperactividad.

- **De 0 a 2 años.** “Descargas clónicas durante el sueño, problemas en el ritmo del sueño y durante la comida, períodos cortos de sueño y despertar

sobresaltado, resistencia a los cuidados habituales, reactividad elevada a los estímulos auditivos e irritabilidad”.

- **De 2 a 3 años.** “Inmadurez en el lenguaje expresivo, actividad motora excesiva, escasa conciencia de peligro y propensión a sufrir numerosos accidentes”.
- **De 4 a 5 años.** “Problemas de adaptación social, desobediencia y dificultades en el seguimiento de normas”. (Menéndez 2017)
- **A partir de 6 años.** “Impulsividad, déficit de atención, fracaso escolar, comportamientos antisociales y problemas de adaptación social.”

El tratamiento depende de cada caso individual. El tratamiento farmacológico más utilizado son los estimulantes, que sirven para ayudar a que el niño pueda concentrarse mejor, y los sedantes en el caso de que el niño muestre rasgos psicóticos. El tratamiento psicoterapéutico está destinado a mejorar el ambiente familiar y escolar, favoreciendo una mejor integración del niño a la vez, que se le aplican técnicas de modificación de conducta. (INFANTIL, 2016)

El tratamiento cognitivo se basa en el planteamiento de la realización de tareas, donde el niño aprende a planificar sus actos y mejora su lenguaje interno. A partir de los 7 años, el lenguaje interno asume un papel de autorregulación, que estos niños no tienen tan desarrollado. Para la realización de cualquier tarea se le enseña a valorar primero todas las posibilidades de la misma, a concentrarse y a comprobar los resultados parciales y globales una vez finalizada. (Benavente, 2012)

CAPITULO III

NIÑOS HIPERACTIVOS EN LA ESCUELA:

3.1. Trastornos de conducta:

“En estos niños se evidencian especialmente en una importante inmadurez. Son niños que se comportan de un modo infantil, inestables y con frecuentes cambios de humor, lo que se traduce cuando son pequeños en frecuentes rabietas. En general son desobedientes, opositores y agresivos, con una fuerte necesidad de llamar la atención”. (Benavente, 2012)

Menéndez (2017) señala Tras la desobediencia se esconde a devolver una patada, por ejemplo, se asegurará que el profesor no le vea. Un niño con TDAH responde de forma refleja y entonces se le cogerá en falta y se le tratará de agresivo. La impulsividad de la que hablamos hace que hablen más alto que los demás y que interrumpen, son impacientes y explotan con facilidad.

Por otra parte se frustran con facilidad. En el colegio, en el aprendizaje esta impulsividad hace que de respuestas incorrectas antes de que el profesor haga la pregunta, que levante la mano sin que sepa lo que preguntan, las instrucciones se escuchan a medias y los trabajos se entregan rápido, sin repasar y llenos de errores. (Benavente, 2012)

“...Si hablamos de hiperactividad, aunque como sabemos no se da en todos los niños con el trastorno, estamos hablando de una mezcla explosiva cuando se asocia a la impulsividad, algunos de estos niños dicen sus madres, eran hiperactivos ya antes de nacer, luego de bebés tuvieron cólicos y reclamaban constantemente atención, pero también una alta proporción de estos niños fueron bebés tranquilos, y el cambio empieza cuando empezaron a andar entonces ya no pararon lo tocan todo, abren y cierran los cajones, las puertas, la nevera, y aunque no se levantan de su asiento, cosa que hacen frecuentemente, están en

continuo movimiento, este movimiento aumenta a medida que el día va avanzando...” Menéndez (2017)

Por otra parte la hiperactividad es más acentuada durante los primeros años escolares y va disminuyendo con la edad hasta el punto de que en la adolescencia parece desaparecer, aunque puede sustituirse por movimientos con las manos, jugar con las cosas, lápices, llaveros. (Benavente, 2012)

La agresividad está presente en muchos de estos niños. Esto hace que tengan un mal comportamiento que se refleja en una mayor dificultad para aceptar la autoridad y los límites a su comportamiento, la necesidad de obtener recompensas al instante puede llevar con el paso de los años a un negativismo desafiante y a un trastorno de conducta más importante. (Menéndez, 2017)

Niños hiperactivos agresivos

- “Los síntomas empiezan antes de ir al colegio”.
- “Síntomas más graves”
- “Mas problemas en la relación con la madre”.
- “Madres más controladoras, más negativas que utilizan menos refuerzos positivos”.
- “Niños más desobedientes, desafiantes y protestones”.
- “Rendimiento muy pobre”.
- “Poco populares, rechazados, criticados negativamente por los compañeros”.
- “Son más frecuentemente catalogados como niños con dificultades de aprendizaje”.
- “Peor pronóstico”.
- “La agresividad en la delincuencia puede relacionarse con un mayor índice de problemática”. (Menéndez, 2017)

Niños hiperactivos no agresivos.

- “Los síntomas se detectan después”.
- “Más leves”.
- “Menos problemas”.

- “Madres menos controladoras y más positivas”.
- “Desobedientes”.
- “Rendimiento pobre”
- “Poco populares, pero menos rechazados”.
- “El trastorno de aprendizaje es un diagnóstico menos asociado”.
- “Mejor pronóstico”.
- “Menos problemas en la adolescencia”. (Menéndez, 2017)

Otra característica muy habitual en estos niños es la insaciabilidad, son niños que exigen, insisten, interrogan y nunca saben cuándo tiene que darse por vencidos, es quizás una de las características que más sacan de quicio a los padres. Insisten, lloran, siempre quieren más, según los padres son insaciables nunca se satisfacen, siempre quieren más, y posiblemente por los problemas temporales que tienen es un verdadero problema decirles la inminencia de cualquier acontecimiento porque él estará cada dos minutos preguntando cuando van a ir al parque, al cumpleaños etc., hasta volver locos a sus padres que van aprendiendo que hay que decirles las cosas sólo cuando ya se va a realizar la actividad (Benavente, 2012)

2.1.1. Problemas de aprendizaje.

Se considera que al menos un 10 % de la población general puede sufrir de dislexia, en el caso de un niño con Tdah, la probabilidad aumenta hasta un 20%, y hablamos de un trastorno que afecta al desarrollo de la lectoescritura. Cuando ambas patologías se asocian se potencia el fracaso académico incluso en los niños que tienen un alto coeficiente intelectual. (Benavente, 2012)

Menéndez (2017) “Se ha de sospechar la existencia de un Síndrome disléxico cuando el niño tiene dificultades para la lectura y ya ha superado por ejemplo primero de primaria y ha tenido una evolución de aprendizaje normal con un coeficiente dentro de los límites de la normalidad. Las dificultades de la dislexia son muy características, y no tienen que ver con la entonación, la rapidez, o la afición a la lectura, aunque por supuesto todo esto también está alterado”.

Además existen claras inversiones en las sílabas especialmente trabadas, puede leer pardo por prado, persa por presa, etc. Las rotaciones también son

frecuentes, confunden la d y la p, o la p y la q, d y b, n y v, etc. con giros en su percepción de la letra de derecha - izquierda o arriba y abajo. Confusión de letras parecidas por su sonido, p y c, c y t. O confundir las letras por el punto de articulación . (Benavente, 2012)

“Suele ser muy frecuente la, ll y la ñ, la ch r y l etc... Las omisiones son constantes, los padres dicen que come muchas palabras y letras, o que lee muchas mentiras. *f* La escritura presenta las mismas dificultades que en lectura y yo diría que es uno de los síntomas más fáciles de detectar por lo evidente” (Benavente, 2012)

A veces existe una auténtica escritura en espejo con niños que llegan a escribir totalmente al revés, aunque esto suele pasar en los primeros estadios, En los niños con TDAH se asocia también una disgrafía con mucha frecuencia. Cuando hablamos de disgrafía hablamos de una caligrafía totalmente deficiente. Tiene que ver como veremos más adelante con la coordinación motora fina. (Benavente, 2012)

Hablamos de niños que escriben con dificultades, su letra es grande o demasiado pequeña, con continuos retoques, borraduras, desorganizada, con aspecto de sucia y desordenada. A veces puede llegar a controlarla poniendo mucho control, pero suele cansarse a menudo y vuelven a escribir mal o Bien, estos son los síntomas más claros de un síndrome disléxico, pero según qué factores estén afectadas nos encontraremos con multitud de áreas alteradas o inmaduras que no siempre son las mismas en todos los síndromes disléxicos y que están más o menos afectadas según el grado o gravedad de la afección disléxica. (Benavente, 2012)

Menéndez (2017) “Las áreas afectadas suelen ser la psicomotricidad: pueden ser niños torpes, siempre tropiezan, poco hábiles con las manos, les cuesta ensartar, moldear con plastilina, colorear, les cae la leche al echarla, dificultades para abrocharse, atarse los zapatos, etc”.

Les cuesta trabajo aprender a andar en bici, tienen mal equilibrio y desde siempre mala coordinación, sobre todo cuando se trata de seguir movimientos con cierto ritmo; se observa muchas veces en los niños con TDAH, dificultades en este campo. En ocasiones tampoco han madurado los conceptos espaciotemporales, no saben distinguir la derecha y la izquierda a la edad que lo hacen los demás niños, no se sitúan en el espacio de la hoja de papel por ejemplo y también les costó trabajo

aprender los días de la semana, hasta muy tarde no relacionaba bien el hoy y el ayer, y de mayor le costó mucho aprender el reloj y desde luego no sitúa los meses en las estaciones adecuadas. (Benavente, 2012)

“...Las alteraciones en todos estos campos nos pondrían ante un posible diagnóstico adicional de síndrome disléxico con disortografía y disgrafía. Nos encontramos también con problemas en el lenguaje oral, suelen tener muchos problemas de expresión, pierden la línea argumental, se van por las ramas, no organizan la charla, de forma que dan mil rodeos hasta llegar a lo que verdaderamente quieren decir lo que desespera al que le escucha...” (Menéndez, 2017)

Su lenguaje conversacional tampoco es bueno puesto que no saben escuchar, interrumpen constantemente, no es bueno el contacto ocular que es necesario para establecer comunicación con el interlocutor... la comprensión oral puede también ser deficiente al perder información por su falta de atención, y la escasa memoria de trabajo. (Benavente, 2012)

Menéndez (2017) “En cuanto a las matemáticas, los problemas de cálculo mental son muy frecuentes en los niños con TDAH, pueden tener dificultades especiales que llamaremos discalculia. Estos niños pueden tener dificultades no por no poder calcular mecánicamente sino porque encuentran dificultades en mantener la concentración en cuentas de varias cifras, sobre todo cuando tienen que llevar.”

Otros trastornos de aprendizaje que influyen en el rendimiento son, por ejemplo: La memoria a corto plazo: Los niños con TDAH suelen tener buena memoria a largo plazo, pero su memoria a corto plazo deja mucho que desear. La memoria a corto plazo es la que permite que uno recuerde si presta la debida atención en el momento en el que recibe la información. (Benavente, 2012)

Es por esta falta de memoria por lo que pierde objetos y es tan olvidadizo, sin embargo, pueden perfectamente recordar algo que ha pasado hace un año, cuando son incapaces de reproducir lo que se les acaba de explicar. Tienen también problemas con la memoria de trabajo, la que hace que podamos tener varias cosas en la cabeza al mismo tiempo, lo que hace que tenga problemas en el rendimiento. (Benavente, 2012)

2.1.2. Trastornos afectivos

Benavente, (2012) Evidentemente con todas estas dificultades es normal que estos niños... sabemos que emocionalmente estos niños son más inmaduros que sus pares. Cambian frecuentemente de humor, no toleran la frustración, pueden estar de malhumor muy a menudo, y desde luego tienen una deficiente autoestima. Analicemos más despacio estas características que nos ayudarán a conocerle mejor y por tanto abordar sus pequeños problemas con un mejor conocimiento

Baja Autoestima: El auto concepto es la imagen que cada uno tiene de sí mismo. Tener autoestima es importante para todos. Tener una imagen positiva de nosotros mismos, nos hace confiar en nosotros mismos y en nuestras habilidades... Si la imagen que un niño se forja en relación con la información de los adultos le gusta hablaremos de una autoestima positiva, si por el contrario la imagen que tiene de sí mismo no le gusta hablaremos de autoestima negativa. Es obvio que los niños con Tdah, con las características que hemos nombrado, no tienen una autoestima positiva la mayor parte de las veces. (Benavente, 2012)

Crece sometido a una serie de fracasos, se mete en dificultades, comete más errores y cuando se compara con los demás no es raro que no sea consciente de sus propias dificultades. No olvidemos que la autoestima se consigue con el éxito que se obtiene en la familia, en el colegio o en las relaciones sociales, tres campos en los que estos niños tienen grandes dificultades. (Menéndez, 2017)

La forma de reaccionar ante la propia mala imagen que tienen de sí mismos varía:

- a) **Los niños que manifiestan abiertamente su incapacidad.** “Se quejan continuamente, solicitan ayuda para las cosas más sencillas, rehuyen responsabilidades y reaccionan con descontrol o agresividad ante el fracaso (rompen la hoja, tiran el libro, etc.)” (Menéndez, 2017)
- b) **Niños que tratan de esconder sus incapacidades:** “Demandan atención continua del profesor y de los padres, tienen una ansiedad elevada ante la exigencia escolar, demasiadas horas para los trabajos” (Menéndez, 2017)

- c) **Niños que disimulan sus fracasos con actitudes autodestructiva o con arrogancia:** “Mienten, hacen el payaso, arrogantes, negar la importancia de la tarea, inventar excusas ante los fracasos, se meten con los más débiles o de peor rendimiento para sentirse así más capaces; cuanto peor sea su autoestima, pero será su comportamiento de cara a los demás.” (Menéndez, 2017)

Depresión: “Es muy frecuente que en los niños con TDAH aparezcan sentimientos depresivos. Sin embargo, hay autores que hablan más de un síndrome de desmoralización con respecto a sentimientos de minusvalía e impotencia con relación al entorno escolar y social.” (Menéndez, 2017)

La aparición de sentimientos depresivos tiene mucho que ver con la autoestima de la que ya hemos hablado... es normal que un niño con el trastorno esté decaído y desilusionado porque no puede comportarse, aprender y ser aceptado como los otros niños. Sin embargo, un diagnóstico de depresión es distinto. (Benavente, 2012)

El niño deprimido cae en un estado crónico que tiene la siguiente sintomatología: (Benavente, 2012)

- “Sentimientos de preocupación excesiva, tristeza o deseo de aislamiento”.
- “En otros casos se manifiesta por una irritabilidad persistente”.
- “Aburrimiento, pérdida de interés por todo”.
- “Alteraciones en el apetito o en el sueño”.
- “Quejas físicas, dolores abdominales, de cabeza sin causas orgánicas”.
- “Cansancio”.
- “Disminución de la concentración”
- “Ideas de muerte recurrentes”

Trastornos de ansiedad: “Es evidente que los niños con TDAH son más susceptibles de padecer problemas de ansiedad en cuanto a que les resulta muy difícil responder adecuadamente a las exigencias de su entorno”. (Benavente, 2012)

Esto hace que las situaciones que para los demás son habituales y cotidianas para él pueden suponerle un importante estrés (realizar cualquier examen, hacer los deberes, recoger su cuarto, acordarse de detalles, etc.) Los trastornos de ansiedad abarcan un grupo de patologías como los temores y las preocupaciones persistentes, la evitación fóbica y episodios agudos de ansiedad. Pueden clasificarse así: (Menéndez, 2017)

- a) **Fobia simple:** “es un miedo específico a algo, unido a conductas de evitación, por ejemplo, fobia social, cuando el miedo se refiere a la exposición a situaciones de relación con los demás”. (Benavente, 2012)

- b) **Ansiedad de separación:** “es un temor patológico a separarse de sus padres, suelen tener pesadillas acerca de este tema, tienen miedo que les suceda algo, les cuesta dormirse solos, rehúsan a participar en actividades que les obligue a estar fuera de casa. A veces pueden negarse a ir a la escuela, lo que unido a los problemas de fracaso que experimentan en ella puede convertirse en una fobia escolar”. (Benavente, 2012)

- c) **Ansiedad generalizada:** “Estos tienen preocupaciones excesivas y constantes de su rendimiento escolar, con los amigos o los deportes, temor exagerado también a quedar en ridículo, están muy tensos y tienden a somatizar” (dolores abdominales, cefaleas, etc. (Benavente, 2012)

Son muy autocríticos y miedo a fallar ante los demás... esto les hace retraerse y a veces se observa que estos niños pueden por ello no demostrar su hiperactividad en el colegio o frente a extraños, y solamente se relajan en el hogar por lo que su hiperactividad se muestra a veces de una forma exagerada al intentar controlarla en el resto de los ambientes. Estos trastornos de ansiedad deben diagnosticarse puesto que es importante tratarlos separadamente del TDAH y a veces es contraproducente tratarlos con estimulantes y hay que escoger otra elección farmacológica. (Menéndez, 2017)

2.2. Como tratar la hiperactividad:

Como ya ha sido indicado, la hiperactividad es un problema complejo con manifestaciones comportamentales diversas en las que se identifica un núcleo de síntomas constituido por la movilidad excesiva, impulsividad y problemas de atención, síntomas que suelen acompañarse por un número más o menos extenso de otras alteraciones. (Martinez, 1998)

Todas estas manifestaciones sintomáticas o múltiples facetas del problema, han determinado que, en el tratamiento de la hiperactividad desde hace varias décadas, no se haya adoptado un único modelo de intervención, sino que se ha abordado desde las diferentes perspectivas terapéuticas que se contemplan en una concepción biopsicosocial de la conducta infantil y por tanto de sus trastornos. Los tres enfoques terapéuticos más utilizados y a los que nos vamos a referir son: los tratamientos con psico-fármacos, los métodos conductuales y los cognitivos (Menéndez, 2017)

2.2.1. Tratamiento Psicofarmacológico

La administración de fármacos, especialmente estimulantes es uno de los medios más comúnmente utilizados en el tratamiento de los niños hiperactivos. Su justificación se basa en una valoración del trastorno de hiperactividad como la consecuencia de una disfunción neurológica que compromete el sistema de activación del Sistema Nervioso Central. (Martinez, 1998)

Menéndez, (2017) Actúan sobre dicho sistema, incrementando el nivel de arousal o alerta del mismo. Debido especialmente a los resultados inmediatos y en ocasiones sorprendentes que se han logrado con su utilización, la prescripción de estimulantes por los especialistas ha estado y sigue estando muy extendida.

A pesar de que la efectividad de los psicofármacos, especialmente por los resultados clínicos efectivos a corto plazo, el tratamiento farmacológico de la hiperactividad es un tema controvertido y que su utilización genera reticencias en algunos profesionales y en los padres, especialmente porque los psicoestimulantes

no cubren todas las necesidades de estos niños y no normalizan su funcionamiento cuando se emplean como único tratamiento. (Menéndez, 2017)

“...Además, sus efectos no persisten cuando la medicación es retirada y, por último, están los efectos secundarios del medicamento y las consecuencias que a largo plazo puede originar la medicación continuada. Los principales temas de esta controversia giran en torno a aspectos tales como qué tipo de fármacos son los más adecuados, qué niños pueden beneficiarse de ellos, cuáles son los efectos sobre las conductas alteradas y qué efectos secundarios conlleva su utilización.” (Martinez, 1998)

En todo caso, la utilización de esta terapia, al igual que cualquier otro procedimiento terapéutico, requiere partir de la base de un diagnóstico estricto y riguroso del problema. Respecto al tipo de fármacos empleados, son varios los fármacos utilizados en el tratamiento de la hiperactividad: estimulantes del sistema nervioso central, tranquilizantes y antidepresivos, sin embargo los más utilizados son los estimulantes y entre ellos el metilfenidato (Ritalin), la dextroanfetamina (Dexedrina) y YA pernolina (Cylert). En estos momentos, el metilfenidato es el estimulante más aplicado tanto por la valoración positiva de su eficacia mejora de la atención e impulsividad como por sus escasos efectos secundarios. (Martinez, 1998)

En este sentido, se considera que el 88% de los niños hiperactivos han sido tratados con este medicamento y que entre el 70 y el 80% de los niños diagnosticados con hiperactividad, responden positivamente al metilfenidato. (Menéndez, 2017)

Es éste un medicamento cuyos efectos son rápidos (15-30) minutos de la ingestión, alcanzando su pico a la hora y desapareciendo su acción a las 4-5 horas de la administración.

Dada la corta duración de los efectos, es necesario que el niño tome dos dosis diarias para que éstos se mantengan a lo largo de la jornada escolar, lo que supone un inconveniente ya que se pueden generar problemas en la regulación de las tomas. Los efectos secundarios más frecuentes son dificultades transitorias en

el inicio del sueño y la disminución del apetito, efectos que pueden representar un riesgo para el crecimiento del niño, algo que aún no se ha demostrado. (Martinez, 1998)

A pesar de ello, es el fármaco que menos efectos secundarios tiene, lo que contribuye a que sea el más utilizado.

2.2.2. Tratamientos conductuales:

O'Leary, Pelham, Rosenbaum y Price, (1976). “Las intervenciones conductuales en el problema de hiperactividad se han desarrollado extensamente a partir de los años sesenta, tras la publicación de distintos trabajos en los que se ponía de manifiesto que era posible modificar las conductas hiperactivas de estos niños, por medio del manejo y control de los estímulos (variables ambientales y sociales) relacionados con ellas. Sobre esta base, se han desarrollado una gran variedad de técnicas conductuales que, desde el paradigma operante, tratan de reducir las conductas inadaptadas del niño hiperactivo”.

“...Entre dichas técnicas se encuentran: la extinción, el reforzamiento, el control de contingencias, la economía de fichas, el coste de respuesta, la sobre corrección, el tiempo fuera, el entrenamiento de padres, el reforzamiento diferencial, etc. La decisión sobre qué métodos de tratamiento conductual son más eficaces para intervenir sobre la hiperactividad, se ha basado tradicionalmente en la concepción que los profesionales mantenían sobre el problema. Teniendo en cuenta los aspectos a los que más relevancia se ha dado en los distintos sistemas de clasificación de los trastornos infantiles, la hiperactividad se ha considerado esencialmente como un exceso conductual, mantenido muy posiblemente por las contingencias que le suceden. En consecuencia, el tratamiento de los niños hiperactivos tendrá por objeto reducir el nivel de actividad mediante la extinción, el castigo o procedimientos

de reforzamiento diferencial...” (O’Leary, Pelham, Rosenbaum y Price, 1976).

“Este enfoque tiene como objetivo final conseguir que el niño deje de moverse continuamente y aumentar el tiempo durante el cual permanezca en su sitio, sentado y sin levantarse. Sin embargo, lograr que el niño permanezca sentado y sin moverse no puede ser la meta de la intervención, ya que aun cuando esto se lograra, ello no va a repercutir automáticamente en la mejora de la atención y de los rendimientos escolares, entre otras razones, porque puede estar quieto y sentado, pero no prestar atención ni mejorar sus resultados en las tareas escolares. En todo caso, el control de la actividad motora, podría ser un medio o requisito para poder trabajar en una tarea escolar, pero no un fin. (Martinez, 1998)

Además, se ha comprobado que los tratamientos basados únicamente en el refuerzo de conductas incompatibles con los movimientos excesivos, p. ej. estarse quieto, sentado, no levantarse, etc., no producían sin más cambios favorables en el rendimiento académico de los niños tratados.

Así pues, además de disminuir los comportamientos excesivos inadecuados que sabemos se relacionan negativamente con la realización de tareas escolares, será necesario fortalecer modelos de comportamiento constructivo, tales como prestar atención, hábitos de estudio y trabajo, etc., que son incompatibles con el movimiento excesivo.

Este planteamiento supone una concepción distinta de la hiperactividad, no como un problema de exceso de actividad, sino como un problema de deficiencia de conducta, es decir, que el problema se produce porque el niño carece de habilidades apropiadas para realizar con éxito las actividades escolares en un momento determinado. (Ross, 1987; Serrano, 1990).

De este modo, el tratamiento conductual de la hiperactividad, tendría un enfoque distinto, orientándose al fortalecimiento de conductas dirigidas al logro de una tarea, que son incompatibles con las conductas que la interrumpen como es la actividad motora excesiva. (Martinez, 1998)

En consecuencia, si mediante refuerzo se logra aumentar conductas de mejora del rendimiento escolar, la movilidad excesiva, como conducta incompatible con la anterior, tendrá que disminuir necesariamente.

Dentro de un programa dirigido a la aparición y consolidación de conductas adecuadas, algunas de las técnicas utilizadas con éxito en el tratamiento de la hiperactividad son las siguientes:

“La atención diferencial Se sabe que un procedimiento básico de modificación de conducta, aconsejable para reducir las conductas inadaptadas, consiste en elogiar e ignorar sistemáticamente las conductas infantiles; es decir, en combinar conjuntamente el refuerzo positivo contingente a los comportamientos deseados y la extinción de las conductas perturbadoras.” (Swanson, 1979).

“En este sentido, cuando una conducta infantil es seguida de atención por el adulto, de un elogio, de muestras de satisfacción por éste, etc., esta conducta es reforzada positivamente y los niños tenderán a comportarse de esta manera porque las consecuencias ambientales son favorables”.

“Si al mismo tiempo, combinamos este reforzamiento de las conductas apropiadas, con la falta de atención (extinción) a las conductas inapropiadas, el procedimiento ha resultado ser un medio muy útil para el tratamiento de las conductas indeseables en el aula escolar.” (Martinez, 1998)

Esto supone que la atención diferencial puede participar como refuerzo positivo (prestar atención a una conducta) o en la extinción (retirada de la atención de una conducta), por lo que el uso sistemático de la atención por parte del profesor hacia las conductas infantiles, es una de las técnicas más utilizadas en las aulas escolares como medio para cambiar las conductas infantiles

“...Ahora bien, hay que tener en cuenta que la atención diferencial del maestro o de los padres hacia las conductas infantiles puede estar manteniendo tanto conductas adecuadas como inadecuadas. Así cuando un maestro u otro adulto sonrío a un niño o da muestras de aprobación de su comportamiento, este niño tenderá a repetir dicha conducta. Del mismo modo que cuando el maestro regaña a un niño por una conducta inadecuada, está prestando atención a esa conducta y puede estar

reforzando dicho comportamiento. Por otra parte, la falta de atención (ignorar a un alumno) puede estar influyendo en la extinción de una conducta adaptativa, si la falta de atención se refiere a un comportamiento de este tipo. En consecuencia, la atención selectiva es una técnica muy efectiva en modificación de la conducta infantil, siempre que se utilice de manera adecuada y rigurosa. Ahora bien, la atención diferencial parece ser mucho más efectiva para controlar la conducta desordenada, si se utiliza en combinación con otras técnicas de reforzamiento como pueden ser la economía de fichas o los contratos de contingencias deseables...” (Menéndez, 2017)

La economía dé fichas: “Es un programa de reforzamiento en el que los reforzadores que se utilizan son fichas contingentes a las conductas deseables. Se garantiza que la conducta adaptada sea reforzada inmediatamente tras su emisión, evitando en gran medida la saciedad, ya que el niño puede cambiar sus fichas por una amplia gama de cosas, objetos o actividades que tienen un gran efecto motivador, pues las elige de acuerdo con sus preferencias.” (Martinez, 1998)

“Contrato de contingencias Otra técnica muy útil para el tratamiento de niños hiperactivos es el contrato de contingencias. Se refiere a unos acuerdos que firman los adultos (padres, profesores) y el niño comprometiéndose ambas partes a cumplir lo acordado. “(Martinez, 1998)

Menéndez, (2017) “Este método, como su nombre indica, establece una negociación o contrato en el que quedan explícitamente detalladas tanto las recompensas y privilegios que esperan obtener las partes implicadas por su cumplimiento (el adulto: que el niño realice determinados comportamientos; el niño: a cambio recibir recompensas o evitar reproches del adulto), como las consecuencias negativas que se derivan de su incumplimiento”.

2.2.3. Labor de los padres y docentes:

“Un planteamiento general de las terapias actuales, es que los problemas deben tratarse dentro de los contextos en los cuales se manifiestan con el objeto de

que los resultados sean duraderos. Esto supone que, en el tratamiento de la hiperactividad, aunque sea el psicólogo clínico el que decida qué conductas han de modificarse, seleccione las técnicas terapéuticas más apropiadas a cada caso y evalúe los resultados, es imprescindible para su puesta en práctica la participación de padres y maestros.” (Martinez, 1998)

En efecto, los problemas de conducta y de rendimiento académico tienen lugar en el ambiente natural, en casa y en el colegio, y es en esos contextos donde debe tener lugar la intervención para mejorar la adaptación social y escolar del niño. Esto supone, en definitiva, que el tratamiento de la hiperactividad debe contar con la participación de padres y maestros, quienes en última instancia y siguiendo las directrices del profesional, van a manejar los refuerzos ante los comportamientos adecuados y en los inadecuados. (Martinez, 1998)

“En consecuencia, nos encontramos con que la puesta en práctica de estas técnicas requiere previamente preparar a los adultos que deberán participar en su desarrollo. Esta preparación incluye la información sobre la naturaleza del problema y sobre algunos conceptos básicos de la modificación de conducta (reforzamiento, refuerzo, extinción, etc.).” (Menéndez, 2017)

“Así mismo, incluye instrucciones específicas y detalladas acerca de cómo han de comportarse ellos mismos y cómo deben interactuar adecuadamente con los niños (hijos/alumnos). Son numerosos los estudios en los que se puede ver que el desarrollo de un programa y el éxito del mismo, requiere la participación y la utilización correcta de los reforzamientos por padres y maestros.” (Martinez, 1998)

“En este sentido, es absolutamente necesario que los padres comprendan el programa educativo que se necesita para su hijo y que sean conscientes de que el éxito de un programa requiere su participación activa en el mismo. Aunque la formación y el "entrenamiento de padres" ha de ser específica y estar marcada por el problema concreto a tratar, sin embargo, se puede señalar, dentro de los distintos programas existentes”. (Menéndez, 2017)

CONCLUSIONES

- PRIMERA:** “Uno de los trastornos que más perturban la marcha escolar es, en la actualidad, la hiperactividad. Dicho trastorno no solamente presenta un componente comportamental que incide en la dinámica del aula, sino que también tiene consecuencias para alcanzar con éxito los aprendizajes escolares, encontrándose con que un número de alumnos afectados de hiperactividad suelen fracasar en la adquisición de los mismos debido a los trastornos de atención, a la impulsividad y al desorden psicomotriz”.
- SEGUNDA:** “De este modo el desarrollo psicomotriz será un factor de especial relevancia en el proceso evolutivo de los seres humanos, y dicho desarrollo va a mantener una estrecha relación con los mecanismos de base que están en el origen de la vida mental, así como con las reacciones tónico-emocionales, de equilibrio, de fijación de la atención, de justa aprehensión del tiempo y del espacio, produciéndose una estrecha relación entre inadaptaciones de origen motriz y determinadas dificultades del aprendizaje escolar e inadaptaciones afectiva”.
- TERCERA:** “El tratamiento de la hiperactividad se deben combinar de manera interactiva las diversas terapias, con una misma finalidad, que es la 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”

RECOMENDACIONES.

Se recomienda lo siguiente:

- Capacitar a docentes y padres de familia en el descubrimiento y atención de niños que presente problemas de hiperactividad.
- Desarrollar talleres donde se ponga en práctica las estrategias de disminución de la directividad.
- Atender en forma adecuada derivar a los niños que presenten este problema.

REFERENCIAS CITADAS

- Arias. N, (2018). Coordinación motriz y disgrafía motora en estudiantes del primero de primaria, Institución Educativa N° 5084 “Carlos Phillips”, Callao 2018. Educación e Idiomas, Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo. Lima.
- Benavente, I. M. (2012). *Introducción al Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad*.
- Bueno A, Córdoba J, Escolar A, Carmona J.(2000) *Variables asociadas al abandono del tratamiento o la terapia en el equipo de salud mental de distrito de Jerez de la Frontera*. *Psiquiatría Pública*; 12(2): 139-149.
- Cáceres D, González Y, Quirós R, Solano P.(2009) *La efectividad de la terapia cognitiva de la depresión en cuatro mujeres cuyas edades oscilan entre los 30 y 50 años* [Tesis]. San José: Universidad Católica de Costa Rica;
- Ferreras (2012) *Perfiles neurológicos en el TDAH*. Salamanca.
- INFANTIL, G. (22 de FEBRERO de 2016). *NIÑOS HIPERACTIVOS*: Recuperado en: https://www.guiainfantil.com/salud/cuidadosespeciales/la_hiperactividad.htm
- López. A, (2017) *Deficit de atención e hiperactividad en estudiantes*. Educación UNCP. Huancayo.
- Martinez, M. T. (1998). *HIPERACTIVIDAD INFANTIL*. Salamanca.
- Miranda, A., Presentación, M.J. y Salvador, M. : "*Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*".

Salamanca, Naranjo, Castro y Calle (2018) Asociación de características de trastorno del desarrollo de la coordinación con síntomas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños de la ciudad de Manizales. 45, octubre de 2015, Revista Colombiana de Psiquiatría, Vol. III.

Sánchez Palomino y J. A. Torres González (coord) (1996) *Educación especial II. Hábitos específicos de intervención*. Madrid: Pirámide. 185-207.

Mandiola, Oyarzo y Vásquez (2012) Detección de alteraciones del desarrollo infantil en niños. 2012, Revista chilena de terapia ocupacional.

Moreno García, I.(1996): Hiperactividad. prevención, evaluación y tratamiento en la infancia. Madrid: Pirámide.

Muñoz Cadavid, M. A.(1996) :*Psicomotricidades e problemas de aprendizaje*. Santiago: Lea.

Prada S.(2007) *Manual de Normas y Procedimientos del Centro de Atención y Servicios Integrados*. Universidad Católica.

Prada S.(2009) *Algunos aspectos relacionados con el abandono o cierre de la terapia psicológica en pacientes del Centro de Atención y Servicios Integrados (CASI) del 2003- a marzo del 2007*. Humanitas; 6 (6), 100-114

Rodríguez O. (2005) *La Triangulación como estrategia de investigación en ciencias sociales* [Internet]. MIOD;[Citado el 31 enero de 2006] Recuperado en: <http://www.madrimasd.org/revista/revista31/tribuna/tribuna2.asp> 15.

Rodríguez S, Pozo T, Gutiérrez J.(2006) *La triangulación analítica como recurso para la validación de estudios de encuesta recurrentes e investigaciones de réplica en Educación Superior* [Internet]. Revista Redalyc; [Citado el 31 de julio 2008]

Recuperado en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=91612206>

Taylor, E. A.(1997): El niño hiperactivo. Una guía esencial para los padres para comprender y ayudar al niño hiperactivo. Madrid: Edaf.

Valet, R.E.(1980) : Niños hiperactivos: Guía para la familia y la escuela. Madrid: Cincel Kapelusz, .

Velasco Fernández, R.(1976) : *El niño hiperquinético. Los síndromes de disfunción cerebral*. México: Trillas.

Wender, P.H(1971).: *Minimal Brain Dysfunction in Children*. Nueva York: Wiley,. Werry, I.S.: *Developmental hyperactivity*. Pediatric Clinic of North American, 15,581-599,.

Whalen, K.C.(1986): "*Hiperactividad, problemas de aprendizaje y trastornos por déficit de atención*". En T.H. Ollendick y M. Hersen (éds) *Psicopatología Infantil*. Barcelona: Martinez Roca, 212-279 .

Conducta en niños hiperactivos.

INFORME DE ORIGINALIDAD

6%

INDICE DE SIMILITUD

6%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

docplayer.es

Fuente de Internet

2%

2

repositorio.untumbes.edu.pe

Fuente de Internet

1%

3

www.presenciaactiva.com

Fuente de Internet

1%

4

orientacionsanvicente.files.wordpress.com

Fuente de Internet

1%

5

repositorio.continental.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

6

serapioygregoria.blogspot.com

Fuente de Internet

<1%

Excluir citas Activo

Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 15 words

Dr. Segundo Oswaldo Alburquerque Silva
Asesor.