

1.1.Planteamiento del Problema

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno neuropsiquiátrico caracterizado por un desarrollo atípico, inquietud persistente y perjudicial, impulsividad e inatención que comienza desde temprana edad. (Schachar, R, 2016, p.1).

El TDAH puede ser clasificado en tres subtipos de acuerdo al tipo de comportamiento que es más prominente: 1) déficit de atención; 2) hiperactivo-impulsivo y 3) combinado. El trastorno es diagnosticado cuando los síntomas del niño se presentan y perjudican en más de un contexto, ya sea la escuela, el hogar o fuera de éste. Se estima que el TDAH afecta entre el 3 y el 7% de los niños en edad escolar del mundo, y que los hombres muestran mayores tasas de TDAH que las mujeres. El TDAH tiende a presentarse en conjunto con otros trastornos psiquiátricos o del desarrollo (por ejemplo: ansiedad, desorden de ánimo, discapacidades de aprendizaje o lenguaje, desorden de conducta o trastornos del sueño) en un 50 a 66% de los casos. (Schachar, R,2016, p.4).

El TDAH persiste en la etapa adulta en más de la mitad de los individuos afectados. Los síntomas del TDAH y sus trastornos concurrentes interfieren con el rendimiento y comportamiento en la escuela, por lo que las tasas de educación secundaria completa son inferiores en el caso de los niños con TDAH. Los niños con TDAH tienen también más probabilidades de experimentar dificultades laborales a medida que llegan a la adultez. Otras consecuencias negativas relacionadas al TDAH incluyen dificultades en las relaciones interpersonales y mayor prevalencia de lesiones accidentales, accidentes de tránsito y embarazo adolescente. En síntesis, el TDAH es un importante problema de salud pública y puede generar altos costos sociales y personales. (Ibídem).

La presente investigación pretende realizar un análisis del nivel de riesgo sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en las unidades educativas fiscales de la ciudad de Tarija.

Para esto, se toman en cuenta los siguientes aspectos: déficit de atención, hiperactividad, trastorno de conducta y madurez visomotora.

El déficit de atención es una dificultad persistente para seleccionar la información relevante (obviando los estímulos irrelevantes), ser capaces de mantener la atención es

una misma actividad el tiempo necesario para realizarla y poder reordenar la atención hacia otro estímulo (Bonet, T,2007, p.19).

De acuerdo a Moreno (1999) citado por López (2014, p.22) “La hiperactividad que es la movilidad excesiva constata con rigidez y falta de coordinación de sus movimientos, características que influyen en los frecuentes accidentes y caídas que sufren estos menores. Los problemas de coordinación e inestabilidad motora también afectan a la motilidad fina pues presentan dificultades para realizar actividades, que exigen coordinación manual tales como abrocharse los botones o anudarse los zapatos”.

Según Kazdin y Buela-Casal (1999) citado por López (2014, p.28) “En el trastorno de conducta ponen de manifiesto que, entre los síntomas alternativos encontrados en niños y niñas antisociales, los relacionados con la hiperactividad son los identificados con más frecuencia (exceso de actividad motriz, agitación, impulsividad, falta de atención mayor actividad en general). Menores y adolescentes que presentan este trastorno suelen llevar vidas más difíciles y tener peores resultados que menores que solo tienen TDAH”.

Gracias a la madurez visomotora el niño explora y reorganiza el medio, la habilidad motora se desarrolla desde una edad muy temprana, interactuando con el medio para realizar grandes movimientos como la capacidad de desplazamiento, saltar, bailar, etc., como la realización de movimientos finos implicados en actividades como coger la cuchara, usar un lápiz o utilizar un martillo que requiere mayor precisión (Ibídem).

A la vez que el niño interactúa con el medio recibe informaciones sobre las capacidades que tiene (por ej. si es capaz de correr sin caerse) configurando la imagen que tiene de sí mismo (por ej. sí es o no hábil) y en función del autoconcepto así actúa: por ej. si un niño se cree torpe y se siente torpe no se apunta al equipo de fútbol.

Esto repercute en las probabilidades de que repita o evite determinadas actividades, esta decisión influye en las oportunidades de practicar y en la motivación de aprender esa actividad. (Bonet, T,2007, p.74).

Al no poseer una deficiente madurez visomotora los niños presentan una menor capacidad en la ejecución o en la precisión de los movimientos en relación con lo esperable según el momento evolutivo en el que se encuentra. Evidenciando una precocidad en el desarrollo motor, pero con una psicomotricidad poco armónica (Ibídem).

Además, existen diversos problemas psicosociales que están asociados al TDAH y se dan a nivel académico en las unidades educativas o dentro de su desarrollo psico-emocional, cuyo impacto afecta las dimensiones personal, familiar, escolar y del entorno social próximo en el que se desenvuelven.

La prevalencia encontrada varía según la población estudiada. Hay diferencias en los resultados, dependiendo de si el estudio ha sido realizado con una muestra comunitaria, en escuelas, en un centro de atención primaria, por medio de consultas pediátricas, psiquiatría o medicina general, entre otros.

A nivel internacional el TDAH afecta a un número considerable de niños y adolescentes hispanos. En niños que viven en Puerto Rico, el dato más representativo es 7.5%, ya que aplica a toda la isla y a las edades de 4 a 17 años. En los Estados Unidos se estima que 9.5% de los niños puertorriqueños y alrededor del 11.5% de los niños mexicanos recibieron el diagnóstico entre el año 2004 y el 2009 (Bauermeister J,2004, p.13).

Se ha expresado la inquietud de si el número de niños diagnosticados con el (TDAH), ha aumentado en los últimos años. Esta inquietud es difícil de aclarar. La preocupación por el aumento en el diagnóstico podría tener validez si se toma en consideración que hoy día los criterios diagnósticos para este trastorno son más abarcadores y los profesionales en el campo de la salud están mejor preparados que quizás 20 años atrás para identificar a los niños con esta condición.

No se puede descartar la posibilidad de que se diagnostican erróneamente a niños con el (TDAH) como resultado de una evaluación rápida e incompleta. Este diagnóstico requiere de una evaluación concienzuda. Por otro lado, la experiencia indica que hay muchos niños con el (TDAH) que no han sido diagnosticados o tratados. (Ibídem).

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno del comportamiento que afecta a 1 de cada 20 niños en los EE. UU. El predominio de la investigación estadounidense sobre este trastorno en los últimos 40 años ha dado la impresión de que el TDAH es en gran medida un trastorno estadounidense y es mucho menos frecuente en otros lugares. Esta impresión se vio reforzada por la percepción de que el TDAH puede provenir de factores sociales y culturales que son más comunes en la sociedad estadounidense. Sin embargo, otra escuela de pensamiento sugirió que el TDAH es un trastorno del comportamiento común en niños de diferentes razas y sociedades en todo el mundo, pero que la comunidad médica no lo reconoce, tal vez

debido a la confusión con respecto a su diagnóstico o conceptos erróneos sobre su impacto adverso en niños, sus familias y la sociedad en general, se observan las tasas de prevalencia más altas cuando se utilizan diagnósticos DSM-IV. El reconocimiento de que el TDAH no es puramente un trastorno estadounidense y que la prevalencia de este trastorno conductual en muchos países está en el mismo rango que en los EE. UU. Tendrá importantes implicaciones para la atención psicológica en los niños (Faraone S, 2003, p.2).

A nivel mundial, se estima que entre el 3% y el 7% de los niños en edad escolar pueden presentar TDAH, estas cifras se han mantenido estables, incluso con los criterios diagnósticos más exigentes. Algunos estudios arrojan resultados que indican que hasta un 10% de los niños pudieran estar afectados. En España se estima una prevalencia del TDAH en niños y adolescentes del 6.8% (Quinteros, F. y García N, 2009, p.30).

Según Pineda (2016, p.37), en la investigación titulada "Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en las escuelas de San Pedro de Sula 2016", el autor menciona los siguientes resultados:

- La prevalencia de TDAH en la población escolar estudiada fue de 5.8%.
- La variante clínica de TDAH más frecuente fue el tipo combinado, dentro de estos presentándose más en varones, y el más frecuente encontrado en el sexo femenino fue el tipo inatento.
- La variante clínica tipo combinado fue encontrada con mayor frecuencia a los 8 años de edad. De forma universal predominaron a los 7 años todas las variantes.
- El tipo de TDAH combinado fue más frecuente en niños de tercer grado, mientras que el tipo inatento se presentó en mayor proporción en alumnos de quinto grado.
- La mitad de los niños con TDAH provienen de un hogar con padres casados, el 18% de los pacientes tenía antecedentes familiares de TDAH y solo el 14% repetía el año escolar.
- Realizar el test de Conners, seguido del instrumento del DSM-V nos dio un VPP para TDAH más del 95%.

En Colombia existen estudios sobre un tamizaje de estos trastornos, se aplicó el Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-P), en población de 7 a 11 años. El 32% presentó trastornos de conducta de diversos tipos, acrecentándose en los últimos 12

meses. Sin embargo, predomina entre ellos el trastorno de la atención e hiperactividad; TDAH fue el más frecuente en este grupo, con una frecuencia del 42%. (Minsalud, 2018, p.27).

En Bolivia se calcula que aproximadamente unos 230 mil niños y adolescentes estarían afectados por TDAH (Calle, 2014, p.10) por lo que se considera importante conocer cuál es la prevalencia de dicho padecimiento, en su investigación titulada “Estudio Psicométrico del Cuestionario para Escolares y Adolescente Latinoamericanos”, menciona lo siguiente:

-Las características primarias de este trastorno comprenden un patrón de inatención identificado en no prestar atención a las tareas relacionadas con la escuela, en el hogar o el de hiperactividad e impulsividad. Estas deficiencias pueden perturbar notablemente los esfuerzos académicos y las relaciones sociales.

-Se describen a los niños y niñas con este trastorno como inquietos(as) en la escuela e incapaces de permanecer sentados(as) por unos minutos.

-La falta de atención, la hiperactividad y la impulsividad causan otros problemas que son secundarios al TDAH.

-El desempeño académico puede resultar afectado, especialmente a medida que el(la) niño(a) avanza en la escuela. Dicha investigación concluye que también pueden sufrir rechazo por parte de sus compañeros, mala información de los padres y maestros lo cual puede causarle baja autoestima. (Ibidem)

En la ciudad de Tarija no se cuenta con investigaciones sobre la incidencia del TDAH (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad), por lo que a través de este estudio se intenta abordar el tema con una muestra significativa, la misma permitirá obtener datos concluyentes sobre la prevalencia de este trastorno y documentar factores epidemiológicos al respecto. Diagnosticar el TDAH en niños y niñas es de vital importancia para que puedan recibir el tratamiento adecuado que les ayudarán a mejorar su calidad de vida, para ello se utiliza la escala EDAH, que es un instrumento actual, específico para evaluar la hiperactividad en tres áreas específicas: hiperactividad, conducta y atención.

A partir de lo expresado en párrafos anteriores, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de riesgo de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en los niños (as) del nivel primario, de las unidades educativas fiscales de la ciudad de Tarija?

1.2. Justificación del problema

Desde la Psicología el tema del TDAH reviste mucha importancia, principalmente debido a los siguientes motivos:

Primeramente, se debe mencionar que en la ciudad de Tarija no se cuenta con investigaciones sobre la incidencia del TDAH (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad) en el contexto psicosocial.

Por otra parte, el tema se relaciona directamente con la carrera de psicología y el papel del(la) psicólogo(a) a nivel psicoeducativo. Como profesional, es necesario adquirir una sólida formación en el tema de estos trastornos, para saber realizar un correcto diagnóstico y conocer el nivel de riesgo entre la población estudiantil de nivel primario, reconociendo dicho trastorno como algo real y latente, ya que cada vez se presenta con mayor frecuencia en la consulta del psicólogo y en el ámbito educativo.

Asimismo, el impacto social y académico que tiene el TDAH en la comunidad educativa, a pesar de su alta prevalencia, parece ser poco conocido, por lo que no es atendido adecuadamente y los estudiantes que lo padecen son erróneamente denigrados, relegados y constantemente sancionados.

La falta de formación, información y atención sobre el TDAH tiene consecuencias negativas directas sobre los(as) niños(as), sus familiares, amigos y otras personas de su entorno, quienes sufren el estigma, insensibilidad y falta de consideración. Por lo que los resultados que emanen pueden llegar a ser fuente de información y orientación adecuada para los padres, quienes deben estar muy bien informados sobre lo que es el TDAH, cómo deben intervenir en caso que alguno(a) de sus hijos(as) lo padezca, qué pautas tienen que seguir en el hogar, etc.

También hay que tener en cuenta que la mayoría de las veces, quienes sufren este trastorno desarrollan baja autoestima, por lo que también en este aspecto requieren apoyo psicológico a través de la intervención clínica.

EL TDAH ha generado numerosos estudios y una importante producción bibliográfica, debido principalmente a la elevada prevalencia del trastorno por su cronicidad e impacto que ocasiona en el ámbito familiar, escolar y social.

Los resultados de la presente investigación tienen como beneficiarios directos a los niños/as del nivel primario que asisten a las unidades educativas, pues podrán recibir

atención temprana, según el diagnóstico; asimismo, los padres de familia recibirán las indicaciones pertinentes para cada caso. A la vez, como beneficiarios indirectos, se pueden señalar al sistema educativo en su conjunto y a la sociedad, en general.

En el presente trabajo de investigación se considerarán los siguientes aportes:

A nivel teórico. - Esta investigación proporciona información que contribuye al conocimiento científico de las características de los(as) niños(as) con TDAH al brindar novedosos resultados, brindar teorías y conceptos sobre esta problemática. Además, que el lector sea más receptivo y tolerante sobre esta problemática tras un estudio realizado en la ciudad de Tarija.

A nivel práctico. - Los resultados obtenidos brindan conocimientos objetivos y concretos para quienes desean profundizar en las implicaciones del TDAH en un contexto local. Esto permite tener una visión clara de la problemática educativa de los(as) niños(as) con TDAH, que contribuya a las unidades educativas, profesores, psicólogos y estudiantes de la Carrera de Psicología.

Este estudio tiene como propósito conocer la incidencia del TDAH en estudiantes de nivel primario, para que a partir de su detección puedan recibir el tratamiento adecuado en beneficio de estos estudiantes para un mejor desempeño tanto escolar como social.

También brinda resultados sistematizados que surgieron de la utilización de diferentes instrumentos validados, como el test EDAH (Escala de Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad), el test gestáltico visomotor para niños y niñas con un primer acercamiento en la región a este tipo de población que tiene este tipo de trastorno.

Finalmente, esta investigación, por todos los aspectos anteriormente expresados, se constituye como material de consulta, base para futuras investigaciones sobre TDAH.

2.1. Problema Científico

¿Cuál es el nivel de riesgo del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en los niños (as) del nivel primario, de las unidades educativas fiscales de la ciudad de Tarija?

2.2. Objetivos

2.2.1. Objetivo general

Determinar el nivel de Riesgo de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños(as) del nivel primario de las unidades educativas fiscales de la ciudad de Tarija.

2.2.2. Objetivos específicos

- Identificar el nivel de riesgo de hiperactividad que presentan los niños(as) del nivel primario de las unidades educativas fiscales de Tarija.
- Identificar el nivel de riesgo de déficit de atención que presentan los(as) niños(as) del nivel primario de las unidades educativas fiscales de Tarija.
- Establecer el nivel de riesgo de trastorno de conducta que presentan los(as) niños(as) del nivel primario de las unidades educativas fiscales de Tarija.
- Evaluar el nivel de madurez visomotora del niño(a) que presentan los(as) niños(as) del nivel primario de las unidades educativas fiscales de Tarija.

2.3. Hipótesis

El nivel de TDAH en los(as) niños(as) del nivel primario de las unidades educativas fiscales de la ciudad de Tarija se caracterizan por presentar:

- Un nivel de riesgo elevado de hiperactividad.
- Un nivel de riesgo elevado de déficit de atención.
- Un nivel de riesgo elevado de trastorno de conducta.
- Un nivel de maduración visomotora, por debajo de su edad cronológica.

2.4. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Riesgo de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	<p>Riesgo. -Es una medida de la magnitud de los daños frente a una situación peligrosa. El riesgo se mide asumiendo una determinada vulnerabilidad frente a cada tipo de peligro.</p> <p>Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).- Es un trastorno crónico del desarrollo neuropsiquiátrico frecuentemente diagnosticado en la infancia y que puede persistir en la edad adulta que se caracteriza por inatención (distracción moderada a grave, periodos de atención breve),hiperactividad (inquietud motora)y comportamiento impulsivo(inestabilidad emocional y conductas agresivas que produce problemas en múltiples áreas de funcionamiento dificultando en desarrollo social, emocional y cognitivo de la persona que lo padece</p>	Riesgo de Hiperactividad	<p>Ítems. Escala (EDAH)</p> <p>1.-Tiene excesiva actitud motora.</p> <p>5.-Exige inmediata satisfacción a sus demandas</p> <p>3.-Molesta frecuentemente a otros niños</p> <p>13.-Se mueve</p>	<p>EDAH</p> <p>Sin riesgo centil (5- 85)</p> <p>Riesgo moderado Centil (90- 94)</p>
		Riesgo de déficit de atención	<p>constantemente es intranquilo</p> <p>17.-Es impulsivo e irritable</p> <p>4.-Se distrae fácilmente muestra escasa atención.</p> <p>7.-Está en las nubes, ensimismado</p> <p>8.-Deja por terminar las tareas que empieza</p>	<p>Riesgo elevado centil (95- 100)</p>

			19.-Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante	Escala (EDAH)
			2.-Tiene dificultades de aprendizaje escolar	Sin riesgo centil (5- 85)
			11.-A menudo grita en situaciones inadecuadas	Riesgo moderado Centil
			12.-Contesta con facilidad. Es irrespetuoso y arrogante	(90- 94)
		Riesgo de trastorno de conducta	15.-Tiene explosiones imprescindibles de mal genio	Riesgo elevado centil (95- 100)
			14.-Discute y pelea por cualquier cosa	
			9.-Es mal aceptado por el grupo	
			16.-Le falta el sentido de la regla del juego "limpio"	

			<p>10. -Niega sus errores o echa la culpa a otros</p> <p>18.-Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros</p> <p>6.-Tiene dificultades para las actividades cooperativas</p> <p>20.-Acepta mal las indicaciones del profesor</p>	
--	--	--	---	--

<p>Madurez visomotriz</p>	<p>Nivel de la adquisición de la función cognitiva en la que interviene la coordinación motriz y la percepción visual</p>	<p>Maduración visomotora</p>	<p>-Puntuación o número de errores que excede al margen esperado para la edad cronológica del(a) niño(a)</p> <p>-Puntuación o número de errores, que se mantiene al margen esperado para la edad cronológica del(la) niño(a).</p> <p>-Puntuación sin errores que supera al margen esperado para la edad cronológica del (la) niño(a).</p>	<p>Test gestáltico visomotor para niños</p> <p>(E. M. Koppitz)</p> <p>puntaje Edad de maduración</p> <p>11 o más 5 a 5 ½ años</p> <p>9-10 5 ½ a 6 años</p> <p>8 6 a 6 ½ años</p> <p>6-7 6 ½ a 7 años</p> <p>5 7-8 años</p> <p>4 8 a 8½ años</p> <p>3 8½ a 9 años</p> <p>2 9-10 años</p> <p>1 > 10 años</p>
---------------------------	---	-------------------------------------	---	---

En este capítulo se presenta el Marco Teórico de la investigación, que constituye el sustento conceptual de la misma, donde se aborda el desarrollo evolutivo de la segunda infancia, déficit de atención, hiperactividad y la madurez visomotora, esta conceptualización servirá de base para el análisis de los resultados obtenidos a partir de la aplicación de las Pruebas Psicológicas.

3.1. Desarrollo Evolutivo de la segunda Infancia

3.1.2. Desarrollo motor

Los niños de 3 a 6 años logran grandes avances en habilidades motoras, en habilidades motoras gruesa que involucran a los grandes músculos, como correr y el saltar y en las habilidades motoras finas, habilidades de manipulación que implican coordinación ojo-mano y de pequeños músculos, como abotonarse y dibujar. También comienza a mostrar una preferencia por utilizar la mano derecha o izquierda. (Papalia, D,2009, p.282).

3.1.3. Habilidades motoras gruesas y finas

Las habilidades motoras no se desarrollan de manera aislada. Las habilidades que surgen en la primera infancia se forman sobre los logros de la lactancia y primera infancia. Los desarrollos en las áreas sensoriales y motoras de la corteza cerebral permiten coordinar mejor entre lo que los niños quieren hacer y lo que pueden hacer. Sus huesos y músculos son más fuertes y su capacidad muscular es mayor, esto posibilita a que corran, salten y suban más lejos, rápido y mejor. A medida que los cuerpos de los niños cambian y permiten hacer más, integran sus nuevas habilidades a las adquiridas antes dentro de sistema de acción que produce capacidades aún más complejas. Por supuesto los niños varían en destreza, dependiendo de su dotación genética y de sus oportunidades para aprender y practicar sus habilidades motoras.

Los niños pequeños se desarrollan mejor en el aspecto físico cuando pueden estar activos a un nivel madurativo apropiado en juego libre no estructurado.

Los padres y maestros pueden ayudar ofreciendo a los niños pequeños la oportunidad de subirse y saltar en equipos seguros y del tamaño apropiado, proporcionando pelotas y otros juguetes de tamaño suficiente para que la tomen con facilidad y que sean suficientemente suaves para no ser peligrosos y ofreciendo asistencia amable cuando el niño parezca requerir ayuda. Las mejorías en habilidades motoras finas, como atarse la

cinta de los zapatos y cortar con tijeras, permiten que los niños pequeños asuman la responsabilidad de su cuidado personal (Papalia, D,2009, Ibidem).

3.2. Desarrollo evolutivo de la tercera infancia

3.2.1. Desarrollo motor

Según Verma (1999) citado en Papalia (2009) “Las habilidades motoras continúan mejorando durante la tercera infancia que abarcan las edades de 6 a 12 años. Sin embargo, para esta edad la mayoría de niños en sociedades no alfabetizadas y transicionales salen a trabajar y esto, junto con las labores adicionales del hogar, en especial en el caso de las niñas, les deja poco tiempo para los juegos físicos” (p.370).

De acuerdo a Stanfford (2004) citado en Papalia (2009) “En Estados Unidos actualmente la vida de los niños es más sedentaria. Una encuesta nacional representativa basada en diarios de uso del tiempo encontró que los niños en edad escolar pasan menos tiempo cada semana en deportes y otras actividades al aire libre que a principios de la década de 1980 y más horas en trabajo de escuela y tareas aunando ello al tiempo que pasan viendo televisión (un promedio de 12 a 14 horas por semana) y en actividades de cómputo que en esencia no existían hace 20 años” (p.370).

3.2.2. Qué es el déficit de atención con o sin hiperactividad

Según Backley (1982) citado en Bonet (2007, p. 3) “Es una alteración del desarrollo de la atención, la impulsividad y la conducta gobernada por las reglas (obediencia, autocontrol y resolución de problemas) que se inicia en los primeros años del desarrollo, es significativamente crónica y permanente en su naturaleza y no se puede atribuir al retraso mental, sordera, ceguera o algún déficit neurológico mayor a otras alteraciones emocionales como por ejemplo la psicosis o el autismo”.

3.2.3. Manifestaciones en su evolución cronológica

Backley (1982) citado en Bonet (2007, p.3) describe las siguientes manifestaciones:

En bebés

- Temperamento difícil.
- Problemas en su crianza: dificultades en crianza, en los hábitos de alimentación y sueño.

- Problemas de adaptación a las situaciones nuevas.
- Excesivamente activos.
- Reacciones desproporcionadas a los estímulos ambientales.
- Pobre coordinación motriz.
- Dificultades en el desarrollo del lenguaje.
- Propenso a accidentes.

Educación Infantil

- Muy activos e inquietos.
- Dificultades en adquisición de hábitos.
- Desobedientes.
- Propensos a accidentes.
- Juegos inmaduros.
- No cooperación en actividades de grupo.
- Interacción negativa madre-hijo.

Etapa escolar

- Problemas de atención.
- Dificultades en el rendimiento académico.
- Incapacidad para responder a las exigencias que plantea el aprendizaje.
- Dificultades en el seguimiento de normas.
- Dificultades en aprender de su experiencia.
- No evaluación de las consecuencias de sus acciones.
- Pobre integración social, agresividad.
- Baja autoestima, frustración.
- Menos activos e inquietos.

Adolescencia

- Dificultades escolares.
- Dificultades de autocontrol, escasa inhibición comportamental.
- Problemas de comportamiento.
- Pobre funcionamiento adaptativo, social y emocional.
- Baja autoestima, indefensión, sintomatología depresiva.

Edad Adulta

- Persisten las dificultades de manera más atenuada principalmente concentración e impulsividad.
- Pobre organización y control de sus tareas y de su tiempo.
- Capacidad reducida para desarrollar un trabajo independiente.
- Progresión más lenta en el estatus educativo y ocupacional.

3.3. Atención

El TDAH es un trastorno que se manifiesta en la conducta del niño cuyo origen es una afectación neurológica. Se trata de un mal funcionamiento de una parte del cerebro, la del lóbulo frontal, que regula las funciones ejecutivas (Bonet, T,2007,p.4).

3.3.1. Las deficiencias de atención

Tudela (1992) citado en Macías (2012, p. 42) señala la atención como “un mecanismo central de capacidad limitada cuya función primordial es controlar y orientar la actividad consciente del organismo de acuerdo con un objetivo determinado”.

Los mecanismos atencionales implicados pueden ser de tres tipos:

- Mecanismos selectivos, que se ponen en marcha cuando aun en presencia de una gran cantidad de estímulos, el ambiente nos exige centrarnos en uno solo o en una tarea. Los niños y niñas con TDAH presentan dificultades en la atención selectiva, impidiéndoles seleccionar la respuesta correcta entre un conjunto de alternativas, serían niños y niñas que inspeccionan y planifican menos, siendo menos activos en la búsqueda

de información (White y Sprague, 1992). Tendrían dificultades para recordar y seguir instrucciones y para resistir las distracciones cuando intentan seguir aquellas.

- Mecanismos de distribución, que se activan cuando es necesario atender a varias cosas a la vez. Así, la atención dividida se refiere a la actividad mediante la cual se ponen en marcha los mecanismos de desplazamiento (la atención oscila rápida e intermitentemente, se desplaza de una tarea a otra) o de distribución (la atención se distribuye entre las distintas tareas o actividades), que el organismo utiliza para responder cuando se presentan múltiples demandas del ambiente. Los niños con TDAH, ante la presentación simultánea de información o la necesidad de realizar varias tareas, se caracterizan por mayores fluctuaciones en la distribución de la atención. Así, las situaciones con muchos estímulos suelen desconcentrar al niño o la niña. Los niños y niñas hiperactivos se despistan cuando aparece un nuevo estímulo, que compite con el que ocupaba su atención, “se distrae con nada”.
- Mecanismos de mantenimiento o sostenimiento, que se inician cuando deben atender una tarea durante un periodo prolongado de tiempo. La persistencia de la atención o atención sostenida es la capacidad del organismo para mantener el foco atencional y permanecer alerta durante amplios periodos de tiempo. La atención sostenida es la más afectada en los niños y niñas con TDAH.

Presentan problemas en la realización de determinadas tareas por su incapacidad de mantener la atención de manera continua; sobre todo en tareas que no sean altamente motivadoras y no les resultan gratificantes (tareas largas y repetidas), aunque también se puede manifestar, en menor grado, en tareas lúdicas. La escuela y el aprendizaje escolar les exigen una atención intensa y continuada para realizar las tareas “lo atienden a lo que le interesa”.

La alteración en uno o más de uno de estos procesos puede llevar a la aparición de un trastorno atencional. Desde el punto de vista aplicado, lo importante es considerar que podemos desarrollar estrategias encaminadas a mejorar el funcionamiento de los mecanismos atencionales, las variables que le afectan y la forma de controlarla (p.42).

3.3.2. Características de la inatención

Los niños y niñas con inatención tienen muchas dificultades para realizar una misma actividad durante un periodo de tiempo largo. Se aburren enseguida, tras unos minutos

haciendo la tarea (se le va el “santo al cielo”) y empiezan a pensar en otras cosas. El hecho de no fijarse bien lo que hacen ocasiona que cometan errores en materias que podrían dominar. (López, C,2014, p.23).

Estos menores deben hacer un esfuerzo extra para acabar tareas rutinarias y mantener cierta organización en su vida. Si no se esfuerzan, entonces se distraen fácilmente en cualquier estímulo que se cruce en su camino (se distraen hasta con el vuelo de una mosca). En ocasiones se plantean dudas sobre si estos niños y niñas poseen una deficiencia auditiva, porque puede parecer que no escuchan. Frecuentemente olvidan el material necesario para cada tarea y también pierden objetos personales (material escolar, ropa, dinero, etc.) con mucha facilidad (Soutullo C, 2017, p.125).

Siguiendo con la descripción clínica de estos autores, la inatención hace que en tales menores cualquier estímulo o situación que se les cruce en el camino les haga perder el objetivo y olvidarse de lo que estaban haciendo, dejando las cosas a medias. Los padres dicen que están en todo y no están en nada, pues continuamente cambian su foco de atención sin alcanzar nunca el objetivo final.

Parece que solo viven el presente inmediato y no piensan la siguiente acción, hay que ir detrás diciéndoles cuál es el siguiente paso que tienen que dar. Darles dos órdenes seguidas es imposible, porque rápidamente olvidan. Esto conlleva que su rendimiento escolar esté muy por debajo de su capacidad y lo que es normal para su edad, lo mismo sucede cuando juegan, tal situación los hace impopulares ante sus compañeros.

Según Moreno (1999) citado en López (2014, p.24) “Suelen tener mala caligrafía y organizan mal el espacio en el papel, debido a que escriben rápido y sin fijarse bien” Con frecuencia parece que tienen menos edad de la que realmente tienen y por ello son calificados como “inmaduros”.

Los padres y los profesores cuentan que los menores son incapaces de mantener la atención en los estudios, en un libro o en una película, pero sí son capaces de estar media hora seguida con un juego electrónico de consola u ordenador. Esta circunstancia, muy habitual, se debe a varios factores. Finalmente, la atención es variable en cada persona, no solo en quienes padecen TDAH, depende de la motivación que produce cada tarea. Las labores aburridas, rutinarias, monótonas o repetitivas no las pueden mantener.

Por otra parte, Moreno (1999) citado en López (2014, p.26) menciona que el déficit de atención no es una característica exclusiva de la hiperactividad, dado que pueden existir niños y niñas que en apariencia son tranquilos(as), sosegados(as) pero que no prestan atención en clase y tienen dificultades de aprendizaje. Además, presentan otros tipos de problemas psicológicos (ansiedad, tristeza, etc.) y/o en sus relaciones con iguales, familiares y compañeros.

Aunque la relación entre hiperactividad y déficit de atención no es única ni exclusiva, sí parece evidente partiendo de la observación del comportamiento infantil en tareas que precisan de persistencia y concentración. Además, la falta de atención es más frecuente en casa entre los niños y niñas hiperactivos.

3.3.3. Cuáles son las principales manifestaciones

Según Bonet T. (2007, p.10) menciona que, “las dificultades persistentes en la atención, las dificultades en el control de impulsos el exceso de actividad son características intrínsecas al trastorno que dificultan el funcionamiento del niño en diferentes ambientes y conllevan repercusiones muy variadas en su vida cotidiana”.

Aunque no serían las únicas, hoy se consideran que las principales manifestaciones del trastorno hiperactivo son:

1. Hiperactividad: Es un exceso de actividades en relación con la edad y las exigencias del entorno.
2. Déficit de Atención: Problemas para centrar la atención en los estímulos durante un tiempo suficiente.
3. Impulsividad: Dificultad para el control de impulsos.
4. Dificultades para el autocontrol: Problemas para ejercer el control sobre ellos mismos y su actividad.
5. Estilo cognitivo característico: Son sujetos asistemáticos, que no planifican sus actividades, poco estructurados, etc.
6. Dificultades para obtener recompensas diferidas: Necesitan satisfacciones inmediatas por lo que no sirven los premios o castigos diferidos en el tiempo.

7. Inhabilidad motora: Con frecuencia son considerados como niños poco hábiles, pese a su constante actividad presentan dificultades en la coordinación de movimientos, lo que lleva a que tropiecen con frecuencia o se les caigan las cosas.
8. Relaciones sociales problemáticas: Las dificultades previamente expuestas repercuten y dificultan las relaciones sociales del niño. Su comportamiento agitado y poco reflexivo los lleva a comportarse en determinados momentos de forma agresiva y ser rechazados por sus compañeros, además estos niños no aprenden con ensayo y error.
9. Dificultades en el aprendizaje: Son frecuentes los retrasos escolares que afectan todas las áreas.

3.3.4. Qué consecuencias tiene el déficit de atención

Bonet T. (2017, p. 20) nombra las siguientes consecuencias:

- Dificultades para diferenciar lo principal de lo secundario, por ejemplo, cuando el profesor está explicando una tarea no suelen valorarlo como el estímulo más importante y se pueden dedicar a mirar lo que hace su compañero.
- Dificultades para atender estímulos simultáneamente, no tienen facilidad para realizar dos actividades simultáneamente, como mirar un gráfico y escuchar simultáneamente al profesor.
- En pruebas que exigen una buena disposición para responder a instrucciones que se dan secuencialmente, como ejercicios de ortografía que consisten en escribir listas de palabras con cierta rapidez, suelen producir bastantes respuestas incompletas.
- Problemas de comprensión de material, para memorizar y aprender.
- Dificultad para terminar las tareas en el tiempo adecuado, o muy rápido o muy lento, y con un procedimiento superficial.
- Problemas de comprensión de material, para memorizar y aprender.
- Dificultades para terminar las tareas en el tiempo adecuado, o muy rápido o muy lento y con un procesamiento superficial.
- Problemas para pasar de un estímulo a otro sin haber acabado su análisis.
- Dificultades para comprender y atender sus propios estímulos, así como para organizar sus pensamientos.

- Dificultades para percibir los detalles.

3.4. Impulsividad

A los niños hiperactivos se les considera espontáneos, lanzados y muchas veces mal educados, se dice de ellos que no piensan antes de actuar, no saben inhibir su conducta. Teniendo sus consecuencias más negativas en el área social y sobre todo educativa.

La impulsividad consiste en la dificultad en el proceso de inhibición para escapar (guardar su turno en una fila, esperar a terminar, oír la pregunta para responder, demorar una respuesta, dejar escapar comentarios inapropiados, etcétera.) impidiendo la aparición de alternativas adecuadas a la situación (en la solución de un problema, en la decisión de que ropa me pongo, en salir de clase con todo lo niños, etc.). Hay dos explicaciones:

- La impulsividad como causa del incumplimiento de la norma: (pobre inhibición de la conducta).
- La impulsividad como consecuencia de una debilitada habilidad del lenguaje para guiar, controlar o gobernar la conducta:(poco control de la conducta por el lenguaje).
- Algunos autores defienden que el problema de la pobre inhibición impide la adquisición del lenguaje interno como mediador de la conducta, y otros, por el contrario, que la dificultad de hablarse a sí mismos, explica su pobre inhibición.

3.4.1. Qué es la impulsividad

Bonet (2007) menciona que los problemas a veces severos, en la capacidad de inhibir una respuesta, tanto en actividades cognitivas como sociales, son incapaces de esperar lo suficiente como para poder pensar y luego actuar, siendo poco reflexivos.

Se puede deber a una hipoactividad en el sistema de inhibición de conducta (SIC), lo que los lleva a cometer muchos errores en actividades que supongan persistencia en la tarea y/o inhibición de la respuesta durante un periodo de tiempo (p.28).

3.4.2. Como se manifiesta la impulsividad

Según Bonet (2007) se manifiesta de las siguientes maneras:

- Pueden saltarse las normas, no son capaces de controlar sus acciones y no evalúan la situación previa ni las posibles consecuencias.

- Interrumpen las actividades y conversaciones ajenas.
- Responden a las preguntas antes de que terminen de formularlas.
- Parecen no escuchar.
- Presentan dificultades para guardar los turnos.
- Les resulta muy difícil seguir instrucciones, sobre todo si son varias, complejas y es importante el orden para lograr el éxito.
- Tienen dificultades para realizar tarea que exigen la aplicación de estrategia de análisis de estímulos y búsqueda de alternativa correcta.
- Saltan de una tarea a otra sin terminarla (p.29).

3.4.3. Qué consecuencias tiene la impulsividad

Bonet (2007) presenta las siguientes consecuencias:

- Actúan sin evaluar las consecuencias de sus actos, viéndose involucrados en accidentes de distinta gravedad, de forma involuntaria.
- Debido a los importantes problemas para la espera, las frecuentes interrupciones e incumplimiento de las normas, se les percibe como mal educados y/ o rebeldes.
- Al no evaluar las consecuencias de sus actos en relaciones con los demás es rechazado y percibido como molesto y agresivo.
- Sus actuaciones son imprevisibles, algunas veces incluso para ellos (p.29).

3.5. Hiperactividad

Bonet (2007) señala que la sobreactividad se define como la presencia de niveles excesivos para la edad del niño y la niña o por los requisitos de la situación, de actividad motora. Los niños y las niñas con TDAH actúan como si tuvieran un motor interno. Están siempre en movimiento y en situaciones que resultan inadecuadas, presentan inquietud, nerviosismo e incapacidad al estar sentados. Son calificados de revoltosos(as), de moverse de su asiento, molestar a los demás compañeros, hablar en exceso y hacer continuamente ruido con los dedos. La actividad motora de los niños y niñas hiperactivas se caracteriza por ser excesiva, desorganizada e inoportuna.

La hiperactividad es el síntoma que más se atenúa con la edad. A medida que el niño y la niña se hacen mayores son capaces de mantenerse sentados más tiempo, pero pueden mostrar cierta inquietud con movimientos continuados de una pierna, golpecitos en la mesa con los dedos o patadas con los pies en el suelo, etc. En los adultos la hiperactividad casi desaparece, si bien se puede apreciar cierta inquietud motora que generalmente no representa ningún problema para el sujeto y pasa desapercibida para los demás (p.34).

3.5.1. Características de la Hiperactividad

Moreno (1999) citado en López (2014) menciona que la movilidad excesiva constata con rigidez y falta de coordinación de sus movimientos, características que influyen en los frecuentes accidentes y caídas que sufren estos menores. Los problemas de coordinación e inestabilidad motora también afectan a la motilidad fina pues presentan dificultades para realizar actividades, que exigen coordinación manual tales como abrocharse los botones o anudarse los zapatos. Los menores con hiperactividad están en movimiento constante, tienen muchas dificultades para permanecer sentados durante periodos de tiempo largo en situaciones que lo requieren (en clases, durante las comidas, en las iglesias, viendo la televisión, etc.). Se levantan, se mueven sin sentido, les resulta imposible permanecer sentados y quietos durante una clase entera. En el aula suelen molestar a sus compañeros porque hablan mucho y cuando están sentados se mueven mucho en la silla, enredados con sus pies y manos, cambian de postura, tocan todo y con frecuencia las cosas se le caen al suelo (p.22).

Suelen hablar sin parar, son ruidosos(as) y cuando están sentados(as) dan golpecitos en la mesa cantan o farfullan y se consideran que presentan tics con mayor frecuencia que otros menores.

En los más pequeños es frecuente que los padres comenten que siempre deben estar pendientes para que no se suban o trepen a cualquier objeto o sitios peligrosos. De hecho, suelen tener más accidentes que otros menores de su edad.

Cuando son más mayores la hiperactividad tiende a disminuir, pero, aunque no se mueven tanto dicen que se sienten inquietos o nerviosos por dentro.

Los padres cuentan que estos menores mordisquean y rompen los lápices y bolígrafos, desarman las cosas que tienen piezas y pierden o estropean algunas y luego ya no pueden volver a armarlas. También muerden la ropa o arrancan los hilos hasta destrozarse parte

de la prenda. Esta actividad es excesiva o inapropiada en relación, tanto con la edad como con la situación o tarea.

Por ejemplo, puede ser normal que un niño/a de 2 años trepe por las sillas en cualquier situación pero que lo haga uno de 8 años. O bien puede ser normal que con 8 años salte por las sillas cuando está, por ejemplo, en una fiesta de cumpleaños y en un juego, pero que lo haga en la consulta médica (ibídem).

3.6. Concepto del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

De un lado, (Elías, Y,2005, p.127) propone una descripción de términos fundamentales que describen el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Estos son la desatención, la hiperactividad y la falta de autocontrol e impulsividad.

En primer lugar, la desatención es un síntoma que se caracteriza por complicar el esfuerzo de las personas por aprender cuando intentar realizar un conjunto de tareas por un periodo prolongado, lo cual conlleva ciertas dificultades para concluir tareas en las que se encuentran envueltas. Estas dificultades se podrían explicar por una falla en el estado de alerta para poder mantener tanto la atención global como la atención selectiva, así como la desorganización y desestructuración que limitan a la persona a realizar ciertas actividades.

En segundo lugar, la hiperactividad y la falta de autocontrol en la persona se pueden describir en movimientos sin descanso.

En la imposibilidad de mantenerse sentado por periodos cortos y buscando constantemente manipular objetos a su alrededor. También se presenta con una inquietud excesiva al hablar, lo cual puede perjudicar en el colegio y lleva a una frustración para los padres y profesores, los cuales eventualmente pueden perder la paciencia por estas características.

Tanto la hiperactividad como la impulsividad persisten a lo largo de la adolescencia e incluso en la adultez cuando el(la) niño(a) es adecuadamente diagnosticado(a).

Finalmente, la impulsividad se expresa en respuestas precipitadas y apuradas. Por una incapacidad al esperar el turno de alguna actividad o tarea grupal. También se da a conocer a partir de una torpeza motriz y una deficiencia viso espacial, ya sea por una

escasa coordinación mano/ojo o por la dificultad al relacionarse en actividades de anticipación. Los(as) niños(as) que presentan estos rasgos son propensos(as) a los accidentes y a involucrarse en problemas con sus compañeros de aula, debido a que pueden interrumpir cuando alguien habla o preguntan sin considerar a los demás; distraendo y cambiando, frecuentemente, de una tarea a otra o realizando actividades escolares inadecuadas, lo cual crea un ambiente conflictivo debido a errores propiciados y caos en el aula.

Orjales, I. (1995, p,89) propuso que la desorganización, la falta de autonomía y los problemas graves de comportamiento también pueden incluirse dentro de estos términos importantes asociados con el TDAH.

La desorganización y la falta de autonomía en el niño o la niña como consecuencia de un TDAH, según el autor mencionado, son a raíz de una desorganización personal, tanto interna como externa que dificulta el accionar independiente y autónomo.

Algunos padres evidencian esta característica y protegen excesivamente a sus hijos, lo cual disminuye la oportunidad del(la) niño(a) para madurar simultáneamente a sus compañeros(as). Es necesario que los padres mantengan el equilibrio justo entre lo que solicitan a su hijo o hija y aquello que realmente pueden exigirle de acuerdo con las capacidades y habilidades de cada niño(a).

Además, están los problemas graves de comportamiento que afloran con un mayor nivel de agresividad. Esta es otra característica de los(as) niños(as) con TDAH, que se relaciona con “el estatus socioeconómico bajo, las relaciones familiares difíciles, los problemas de conducta, los comportamientos desafiantes y destructivos en el colegio y la delincuencia en la adolescencia” Orjales, I. (1995, p.45).

No se puede confiar que los niños diagnosticados con TDAH tendrán un trastorno definido como problemas de conducta. Sin embargo, muchos niños y niñas exhibirán un comportamiento inadecuado que de no ser controlado ocasionará un trastorno serio de conducta.

3.6.1. Diagnóstico diferencial

De acuerdo con Silver, L. (2004, p.40) es importante establecer una diferencia entre un comportamiento propio de la edad de un niño activo con la de un niño hiperactivo, cuando

se requiere establecer un diagnóstico adecuado del TDAH. Además, aunque la desatención y la hiperactividad son frecuente en los(as) niños(as) con retraso mental solo se establecerá un diagnóstico asociado con TDAH si los síntomas son excesivos para un(a) niño(a) de esa edad mental.

También es necesario distinguir el TDAH de la sintomatología presentada por niños(as) en ambientes caóticos y desorganizados. Por esto, es tan importante recabar toda la información necesaria de los distintos contextos en los que se desenvuelve el(a) niño(a) para lograr un diagnóstico adecuado.

De la misma manera, la causa más frecuente de una desatención hiperactividad y/o impulsividad entre niños(a), adolescentes y adultos es la ansiedad ya que al sentirse ansiosos no podrán quedarse quietos(as) y prestar atención. Tal situación hace que estas personas se tornen irritables y provoca que hablen a los demás con torpeza y tosquedad. A esta forma de ansiedad le sigue la depresión, lo cual puede ocasionarles demasiada inquietud y son incapaces de lograr concentrarse.

También se habla de los trastornos de aprendizaje, donde el(a) niño(a) o el(a) adolescente no terminan las tareas en clase, le cuesta hacer sus deberes o parece que no escuchan a las personas de su alrededor. Entonces, no solo porque un(a) niño(a) muestre síntomas de desatención hiperactividad e impulsividad habrá de ser diagnosticado(a) con TDAH. Es importante y obligatorio que primero se diferencie su sintomatología de otros diagnósticos como los mencionados (Silver, L, 2004, p,63).

3.6.2. Características primarias

Orjales, I. (1995, p.37) propone tres características principales en el TDAH: La desatención, la hiperactividad y la impulsividad.

Por un lado, la desatención o falta de atención de los(as) niños(as) hiperactivos(as) tiene manifestaciones, tanto comportamentales como de tipo cognitivo. Como explica “el origen de estas manifestaciones de desatención podría radicar en la existencia de un déficit cognitivo o de falta de motivación para realizar las tareas”. En el niño con TDAH se dan ambos aspectos; sin embargo, en tareas bastante motivadoras se cometen más errores por una atención inadecuada que en los(as) niños(as) no hiperactivos(as). Es por esto que los(as) niños(as) hiperactivos(as) tienen más problemas de conducta cuando la información es repetida, que cuando es novedosa.

Lo que suele suceder con los(as) niños(as) diagnosticados por TDAH es que se desmotivan con gran facilidad, debido a que tienen que realizar un mayor esfuerzo para mantener la atención, si son comparados con niños(as) no diagnosticados(as).

Entonces, al notar que sus esfuerzos están por encima de sus posibilidades porque probablemente no han obtenido resultados positivos en experiencias pasadas, se rinden con facilidad y dejan de intentarlo.

Del mismo modo, la autora informa que las actividades escolares requieren de dos tipos de atención: “Atención selectiva (seleccionar un estímulo entre otros) o atención sostenida (mantener la atención ante un mismo estímulo ante un tiempo prolongado)”.

La atención del(a) niño(a) hiperactivo(a) también se caracterizará por dispersarse y alternarse ante cualquier tipo de estímulo, así resulte irrelevante para las demás personas. Es por esto que al niño(a) hiperactivo(a) le costará mucho esfuerzo establecer adecuadamente una orden de prioridades entre estímulos, que pueden encontrarse en su camino.

Otra característica que suele llamar la atención de las demás personas, alrededor de un(a) niño(a) con TDAH es la excesiva actividad motora, que excede los límites normales para su edad y para su nivel de maduración. Esto suele manifestarse frecuentemente con una necesidad constante de moverse, por la falta de autocontrol corporal y emocional.

Esta inquietud motora desaparece cuando el(la) niño(a) diagnosticado con TDAH ingresa a la etapa de la adolescencia, donde las dificultades en la atención y la impulsividad perdurarán a lo largo de la adultez. Además, en las niñas esta sobreactividad motora es más ligera que la de los niños diagnosticados con lo mismo, porque sus movimientos son más finos y constantes como rascarse la cara, cambios constantes de mano para apoyar la cabeza, estirar el labio, jugar con sus útiles escolares, estirarse la ropa, rascarse el ojo, sentarse sobre un pie o conversar con personas que se sientan a su lado dentro el aula.

Los(las) niños(as) hiperactivos(as) no solo presentan esta excesiva actividad motriz, ya que en algunos casos también suelen presentar complicaciones en la coordinación motora y en la estructuración perceptiva.

Finalmente, la impulsividad también se ve afectada en dos aspectos:

“El comportamental, es decir la falta de control motriz, y emocional lo que hace que el(la) niño(a) con TDAH no pueda evaluar las consecuencias de sus actos. El otro es el cognitivo, caracterizado por la rapidez, inexactitud y pobreza en los procesos de percepción y análisis de la información de los(as) niños(as) hiperactivos(as) cuando se enfrentan a tareas complejas” Orjales, I, (1995, p. 20).

La impulsividad comportamental también estaría ligada al grado de tolerancia y la frustración que haya desarrollado o no el(la) niño(a) diagnosticado(a).

3.6.3. Características cognitivos-emocionales

López, y Otros citado por López & Romero, (2013, p.45) proponen tres características cognitivo-emocionales y procesos psicológicos implicados: El deficiente aprendizaje del autocontrol, las alteraciones en las funciones ejecutivas (F.E), los problemas de autoestima y de autoeficacia personal, las cuales serán esbozadas a continuación.

Con respecto al deficiente aprendizaje del autocontrol, se evidencia a lo largo del desarrollo de los(as) niños(as) diagnosticados(as) un comportamiento reactivo hacia situaciones de tensión o frustración con respecto a las características de autocontrol. En este sentido “una persona muestra control de sí misma cuando no es necesaria la presencia de un estímulo externo que desencadene la conducta y que indique la consecuencia que puede tener un determinado comportamiento o situación” (Ibidem). Con aquello, se comprueba que el(a) niño(a) ha logrado internalizar las normas y reglas de los diferentes ambientes y situaciones en los que se encuentra de modo que podrá llegar a un adecuado nivel de socialización.

Los mismos autores explican que Backley, R. (2005, p.46) plantea el desarrollo de esta forma de autogobierno con las siguientes fases:

- 1) Existencia de un lenguaje comunitario o significados compartidos.
- 2) Presencia en el menor de un sustrato neurológico que capacite para la adquisición y generación del lenguaje.
- 3) Aprendizaje del lenguaje comunitario por parte de los menores.
- 4) Desarrollo neurofisiológico óptimo, que permita convertir los estímulos lingüísticos en conducta motora.

5) Educación/entrenamiento del menor para obedecer normas u órdenes de la comunidad (desarrollo de la obediencia).

6) Entrenamiento para responder mediante recuerdo o lenguaje interno a las normas; autocontrol.

7) Preparación del menor para preocuparse de sus autopreocupaciones y resolver problemas” (Ibidem).

Asimismo, manifiesta que este proceso se ve influido por alteraciones que pueden llegar a interferir y afectar estos pasos y provienen tanto del entorno social como de una mala educación. Puede ser consecuencia, también, de una base neurofisiológica de los(as) niños(as) que los llevan a mostrar un comportamiento “lábil, inestable y caprichoso”, al igual que son altamente excitables generando reacciones volubles e impredecibles.

Otro de los procesos, que afecta el autocontrol en niños(as) impulsivos(as) es la habilidad para demorar la gratificación y persistir en una actividad poco atractiva, aunque a largo plazo genere resultados positivos de mayor valor personal. La incapacidad para retardar gratificación incapacita a estos(as) niños(as) de obtener logros menores si no son inmediatos. Con respecto a esto los autores, vuelve a mencionar a Barkley, donde este último explica que el objetivo a largo plazo para un(a) niño(a) con TDAH debe ser planteado en varias metas a corto plazo con una recompensa, que los acompañe respectivamente lo cual apoya al niño(a) para mantenerse motivado(a) y continúe esforzándose por lograr la meta final.

Al igual que las pequeñas recompensas, también los acompañan los recordatorios frecuentes a cada niño(a) sobre cuáles son sus expectativas de comportamiento que de ellos y ellas se tienen, y qué es lo que lograrán resolviendo los problemas en sus conductas.

Además del autocontrol y la dificultad para retardar la gratificación y tolerar la frustración se encuentran asociadas las dificultades para la autorregulación de estos niños.

Ante esta falta de autorregulación, los autores citan a Barkley, para sostener la idea de que las personas diagnosticadas con TDAH no carecen de habilidades y conocimientos, sino que sus problemas de autorregulación obstaculizan con frecuencia el que pongan en práctica sus conocimientos y habilidades en el tiempo adecuado y necesario; lo cual lleva

a que el TDAH sea más un problema de poder aplicar lo que sabe y menos una dificultad de saber qué hacer.

Con respecto a las funciones ejecutivas “los procesos de control mental y aquellas habilidades necesarias para poner en marcha y mantener un conjunto apropiado de comportamiento de solución de problemas con fin de obtener una meta futura” (López, C., et al. Citado por López & Romero, 2013, pág. 48), se evidencia que en niños y niñas con TDAH existen deficiencias en los procesos ejecutivos neurocognitivos, que persisten en lograr una secuencia adecuada de habilidades de solución de problemas para conseguir una meta futura.

Ante aquello, las funciones ejecutivas tienen un papel importante, tanto en la autorregulación como en el lenguaje lo cual lleva que sean los problemas centrales de la hiperactividad las causas. Del mismo modo, las funciones ejecutivas son las encargadas de inhibir las respuestas inapropiadas a la situación y la tarea, las cuales pueden llegar a impedir el logro de una meta principal que es en otras palabras el comportamiento adaptativo.

A continuación, se exponen los problemas de autoestima y autoeficacia personal, que confluyen a raíz de un diagnóstico de TDAH. Por un lado, está la autoestima que se refiere a la evaluación afectiva del propio autoconcepto y puede ser modificable por la percepción de fracaso o éxito personal. Esta aparece muy afectada en los(as) niños(as) con TDAH, por ello muestran un bajo nivel de autoestima que influye en la autoeficacia personal entendida como la seguridad que tiene cada persona sobre sí misma. Es decir, la creencia personal que se pueden conseguir las metas significativas mediante habilidades y acciones personales (López, et al., p. 54).

Los(as) niños(as) con TDAH sufren adversidades para lograr sus metas importantes, por lo general no creen que si realizan los pasos adecuados lograrán lo que se plantean. Esto concluye en un “círculo” donde los(as) niños(as) con TDAH, además de no creer en su autoeficacia, expresan niveles de eficacia muy bajos por lo que al final no consiguen alcanzar sus logros y esto también influye de manera negativa en su autoestima y seguridad, llevándolos a mantener niveles bajos de esfuerzo.

Desde muy temprana edad, los(as) niños(as) internalizan los mensajes, tanto verbales como no verbales. Así, los adultos que están a su alrededor observarán que tal efecto es más fuerte durante la infancia y empeora el panorama para los(as) niños(as) con TDAH.

Los autores mencionados indican:

“Los menores hiperactivos se sienten desorientados en situaciones (que además son muy frecuentes en su vida cotidiana) en las que se requiere mantener la atención en tareas poco atractivas y en las que resulta necesario posponer la satisfacción de sus necesidades y deseos inmediatos, así como controlar sus movimientos y verbalizaciones. Las órdenes continuas de control, por parte de sus profesores y padres, no hacen más que aumentar su malestar provocando intentos continuos de huir o escapar de la situación frustrante con estrategias internas (a través de su imaginación) y/o con conductas manifiestas que implican transgresión de normas, hablando o moviéndose cuando no se debe, etc.”

Esto explica, entonces, que los niños con TDAH suelen presentar dificultades en el ambiente escolar, llegando a, acumular experiencias continuas de fracaso que buscan evitarlas o escapar. Por lo general se sienten mal y suelen pensar que son menos capaces que los demás compañeros, así buscan otras áreas de competencia y bienestar las cuales tienden a ser desadaptativas o inconvenientes, por ejemplo: Tratándose de hacerse graciosos(as) ante los demás.

Finalmente, el autoconcepto negativo de los(as) niños(as) con TDAH frecuentemente afecta sus habilidades sociales, especialmente con sus compañeros en el aula, por tener un conocimiento de sí mismos(as) poco fiable, por actuar impulsivamente sin escuchar o tomar en cuenta a los demás y por valorar de manera inadecuada las consecuencias que su comportamiento tiene en los demás. Estas dificultades pueden aislar a los(as) niños(as) de sus compañeros y llamar la atención de sus profesores, así como puede costarles comprender y tomar en cuenta los sentimientos de los demás.

De igual manera, pueden intervenir con facilidad y monopolizar las conversaciones resultando ser percibidos como “mandones” ante los otros. Estas dificultades descritas por (López, C. y Romero A,2013, p.21) para desarrollar y mantener relaciones sociales adecuadas, proviene de una incapacidad para:

1) Expresar ideas y sentimientos.

- 2) Reconocer los efectos del comportamiento en otros.
- 3) Cambiar de comportamiento tras una respuesta inadecuada.
- 4) Dejar de tener mal comportamiento en un grupo (lo cual le lleva al rechazo de sus compañeros).

Suele ocurrir que los compañeros se quejan constantemente de ser molestados, avergonzados y tocados por compañeros(as) con TDAH, pero es necesario comprender que los cambios de rutina pueden generar y aumentar el estrés produciendo demasiada excitación, enojo y ansiedad. Estos comportamientos no siempre se dan en los(as) niños(as) con TDAH, pero de ser así es necesario que se trabaje juntamente con los padres y profesores a medida que van creciendo.

Las conductas inadecuadas empeorarán progresivamente y no debe olvidarse que estos niños(as) mencionados presentan una mayor dificultad para la adquisición de nuevas habilidades adaptativas de no ser tratados a tiempo.

3.6.4. La madurez de la percepción visomotriz

Es cierto que el rendimiento académico en, niños y niñas se ve afectado considerablemente por las vivencias que atraviesan y los efectos que estas desencadenan. Sin embargo, existen otros tipos de condiciones; al respecto es importante tomar en cuenta obtener un cuadro cabal de la personalidad de un sujeto.

De lo anterior se desprende la madurez en la percepción visomotriz, que hace referencia a la adquisición de la coordinación visual y manual, mecanismo fundamental para el aprendizaje de la lectura y la escritura, etc. Su inoperancia también influye en el rendimiento académico del(a) niño(a).

Así en los primeros años del periodo educativo comienza la adquisición óculo manual mediante el dibujo. Esta coordinación entre los movimientos corporales y los estímulos visuales debe ir perfeccionándose con el paso de los años. Además, está íntimamente relacionada no solo con la escritura sino también con el nivel de inteligencia ya que la ineficiencia en la escritura trae consigo inevitablemente falencias en la estructuración cognitiva.

Muchos autores como Bender, Frosting, Horne, Koppitz consideran a la percepción visomotora como una función psicológica primordial y cualquier alteración en su

desarrollo incrementa la disfunción cognitiva aumentando las probabilidades de perturbaciones emocionales. (Koppitz, E,1999, p.20).

3.7. Criterios para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

3.7.1. Cuadro comparativo del DSM-IV-TR y el DSM-V

- Algunos autores han identificado ciertas diferencias entre las anteriores versiones y las últimas del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Es decir, refiriéndonos al DSM-IV-TR y el DSM-V, que son publicados por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y definen los criterios utilizados tanto para los médicos como para profesionales de la salud y otros, clínicos de la salud, calificados para realizar un diagnóstico de TDAH.
- En este sentido, como indican Martínez y Rico (2013) el TDAH-TV se incluía en el DSM-IV-TR dentro la categoría de trastorno diagnosticado de la infancia, niñez y adolescencia dentro de los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, junto con el trastorno negativista desafiante, el trastorno disocial y el comportamiento desafiante. Mientras que en la última versión de este manual y dentro del capítulo “Desordenes del Neurodesarrollo” se denota que el TDAH “se aleja de los factores más contextuales y ambientales, concretando más en un origen neurofisiológico o genético, un déficit en las funciones ejecutivas y en procesamiento de la información, propio de los trastornos del desarrollo”.
- Además, en el pasado no se diagnosticaba formalmente a los adolescentes y adultos mientras que actualmente se incluyen ejemplos de comportamiento tanto para niños, como para adolescentes y adultos. Por ello, hoy se requieren al menos cinco síntomas durante la adolescencia o adultez y seis de estos criterios para el caso de los niños. Del mismo modo, anteriormente se diagnosticaba a los(as) niños(as) con este trastorno a partir de los siete años de edad siendo ahora que aumentó la edad de inicio de síntomas hasta los 12 años. La información de estos criterios debe ser obtenida a partir de dos diferentes informantes, por ejemplo: Padres y profesores de niños(as) o pareja en el caso de adultos; lo cual en el citado manual era diferente ya que solo se requería de un solo informante (American Psychiatric Association, 2014).

Por otro lado, el DSM-IV-TR platea tres subtipos:

- Inatento, hiperactivo-impulsivo e inatento, inatento-impulsivo combinado. Lo cual en el presente se ha modificado y a los subtipos se les denomina “presentaciones clínicas”, pueden variar en el transcurso de vida de la persona y son presentación predominante con falta de atención, presentación predominante hiperactiva/impulsiva y presentación combinada. De igual manera, se sugiere especificar si se encuentra en “remisión parcial” y la gravedad actual: Leve, moderado o severo (American Psychiatric Association, 2014).
- Finalmente se ha logrado eliminar el Trastorno del Espectro Autista como uno de los criterios de exclusión, abriendo la posibilidad de comorbilidad entre ambos diagnósticos (Martínez y Rico, 2013).

3.7.2. Es el TDAH “La enfermedad de la década de 1990 y de principios del siglo XXI

No hace más de 100 años que el TDAH se encuentra en la literatura médica. Forma parte del sistema de clasificación oficial desde 1968. La primera vez que se medicó a un paciente para tratar este trastorno fue en 1965. Lo que ha cambiado es el esfuerzo dedicado a educar a los padres y profesores, los cual han llevado a un mayor conocimiento del TDAH.

A mediados de la década de 1980 se hizo un gran esfuerzo para instruir a los padres y a los profesores acerca del TDAH. A los padres les preocupaba que demasiados niños con TDAH no fuesen identificados adecuadamente y que demasiado médicos desconocieran este posible diagnóstico. Por todas partes en Estados Unidos se constituyen organizaciones de padres como ejemplo Children and Adults with Attention Deficit Disorder (CHADD). Se escribieron cada vez más libros sobre TDAH dirigidos al público en general. Se fomentó que los medios de comunicación electrónicos e impresos presentaran especiales sobre TDAH. En consecuencia, los padres y los profesores empezaron a conocer mejor el trastorno a conocer los comportamientos que indican un TDAH y a buscar ayuda.

El incremento de número de niños y adolescentes a los que se les diagnosticaba un TDAH es un resultado directo de este esfuerzo educativo y del nuevo nivel de conciencia en las escuelas, entre los padres, y entre los profesores sanitarios y de la salud mental. Asimismo, el impacto de los medios de comunicación y de muchos populares libros

llevan a un incremento de número de adultos que eran diagnosticados del TDAH. Hasta mediados de la década de 1980, creíamos que se trataba de un trastorno que desaparecía al llegar la pubertad.

Esto no es cierto. El TDAH continua durante la edad adulta en aproximadamente el 50% de los individuos que lo padecían siendo más jóvenes. Estos individuos presentan como mínimo uno de estos 3 tipos de comportamientos: hiperactividad, desatención, distraibilidad, e/o impulsividad.

Diversos trastornos de base neurológica suelen presentarse en los individuos que tienen un TDAH. Los más comunes son los trastornos de ansiedad, la depresión, problemas de control de ira, el trastorno obsesivo compulsivo y trastornos de tics.

3.8. EL TDAH en las Unidades Educativas, algunas consideraciones:

3.8.1. Un problema o un desafío para el maestro

Según Joselevich (2000, p.153) aunque el TDAH puede crear dificultades en muchos aspectos de la vida del niño y el adolescente, la escuela suele presentar algunos de los mayores desafíos. No solo porque esta ocupa gran parte de esta etapa de la vida, sino que habitualmente las escuelas no se encuentran estructuradas para contener las necesidades específicas que el TDAH impone. Normalmente los programas escolares no están diseñados para los niños y los adolescentes que tienen problemas para permanecer sentados o que manifiestan déficit de atención y concentración durante esfuerzos sostenidos o son frecuentemente impulsivos.

El bajo rendimiento escolar y el "mal comportamiento" suelen ser los "problemas" que se les presentan a los maestros cuando requieren a los padres la realización de una consulta profesional.

Estos niños diagnosticados y tratados a tiempo, pueden mejorar su rendimiento y desarrollar una escolaridad más adecuada. La detención precoz y las medidas que se tomen para mejorar el rendimiento escolar, la conducta y las relaciones sociales, representan la mejor posibilidad de prevención de fracasos posteriores.

Las estrategias que se implementen apuntando la dirección para que estos niños puedan mantener una escolaridad regular, mediante la adaptación de ciertas variables ambientales y del estilo y la actitud de los maestros ayudan a reducir la severidad de estos síntomas.

Un enfoque multimodal incluye la participación activa de padres y maestros junto con las demás intervenciones terapéuticas que el profesional considere necesarias. En la medida que los agentes educativos reconozcan que el TDAH es un trastorno del desarrollo más que de voluntad o "rebeldía", que comprendan sus características podrán más allá de las técnicas y programas de intervención escolar estar mejor dispuestos a dar estímulos salientes y en forma frecuente a afirmar lo positivo antes que lo negativo a considerar ciertas acomodaciones de organización dentro del aula o respecto de las tareas o consignas y ayudar al niño a mejorar su rendimiento tanto en lo académico como en lo social.

El rol del maestro es fundamental ya que su atención su actitud y estilo de disposición para trabajar con niños con TDAH es esencial para la evolución de los mismos.

3.8.2. Características en el aula

Según Joselevich (2000, p.154) en la situación escolar estos niños suelen tener dificultades para estar suficientemente alerta, para activarse para las tareas, para seleccionar los estímulos pertinentes y sostener allí la atención. Especialmente si las tareas allí no presentan una alta motivación y les resulta tediosas o repetitivas de larga duración tiende a abandonarlas "dejarlas para después" u olvidan completarlas. Los maestros describirán los comportamientos de estos alumnos como "parece no escuchar", "nunca termina las tareas", "está en las nubes, no aterriza", "solo termina de completar si está conmigo a su lado", "es impulsivo trata de responder el problema sin pensar", "buscar hacer todo enseguida sin tomarse el tiempo necesario y le sale mal. Muchos de ellos además se mueven, se levantan de sus asientos, pierden u olvidan sus materiales de trabajo, lo que les desorganiza aún más, molestando y pidiendo a sus compañeros, interrumpen, no esperan su turno para hablar, de tal forma que se hace difícil estar armónicamente con ellos.

Todo esto trae aparejadas dificultades en el rendimiento escolar, tanto en el nivel de sostén y producción de su tarea escolar en el tiempo como en el logro del nivel de complejidades que van pudiendo aprender y resolver, estos escolares presentan enormes dificultades.

3.8.3. Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad

Según Joselevich (2000) La escuela constituye la principal actividad en la vida de los niños(as) y adolescentes. Por tanto, todo aquello que interfiera en el rendimiento y el buen resultado en la escuela provocará estrés en el estudiante y a su familia. El trastorno por

déficit de atención con hiperactividad (TDAH) también puede desencadenar problemas emocionales y conductuales, dificultad para relacionarse con los compañeros y estrés familiar. Si no se identifica y no se trata, este trastorno inferirá enormemente en todos los aspectos de la vida del individuo (p.2).

Los problemas que se manifiestan suelen ser dificultades emocionales o de comportamiento en la escuela, como los compañeros y las familias. Como parte del proceso diagnóstico, es importante determinar los objetivos de estas dificultades. Es indispensable establecer si los problemas manifestados son un reflejo del problema principal o si son debido a otra cuestión. Si estos son secundarios a un TDAH cabe la posibilidad de que las intervenciones terapéuticas hasta que no se trate el TDAH (Ibídem).

3.8.4. Dificultades de aprendizaje

Según Joselevich (2000) el fenómeno del aprendizaje supone una serie de operaciones cuyo fin es la acumulación de datos a largo plazo que puedan ser utilizados de nuevo. Este proceso depende básicamente del fenómeno de la atención que permite pasar las experiencias a la memoria, lo que supone un almacenamiento de datos y por tanto su consolidación.

Para ello se reconoce el estímulo hay que comprender su significado y decidir si es interesante para almacenarlo y ello supone organizar los estímulos en el cerebro.

Por lo tanto, el procesamiento de datos o aprendizaje es un proceso activo cognitivo mediante el cual añadimos nueva información a la previamente almacenada, siendo necesaria la capacidad, ordenación y utilización de estos datos.

El proceso de aprendizaje no se limita a un esfuerzo de retención de contenidos mediante una deliberada repetición, sino que es un proceso continuo que opera sobre todos los datos que alcanzan un cierto umbral de significación y en el que es necesario utilizar las diferentes capacidades cognitivas (p.89).

3.8.5. Evaluación del TDAH en la escuela

Según Joselevich (2000, p.155) numerosos trabajos realizados en diferentes países alertan sobre el impacto que puede tener el TDAH en relación con la escolaridad del niño y su familia. Alrededor del 30% al 50% tiene posibilidades de repetir un grado al menos una vez, más de un 20% podrá ser suspendido o expulsado de la escuela, aproximadamente

un 35% no completa los estudios secundarios y se estima que un 50% tiene dificultades en la interacción con su grupo de pares, principalmente en relación con el control de sus impulsos y tolerancia a la frustración.

En primer lugar, una definición educacional del TDAH, que considere como impacta en el escolar los síntomas, deberá tenerse en cuenta el contexto escolar, el tipo de colegio, su estilo disciplinario, lugar físico, medio cultural-étnico, socioeconómico y religioso. Y en cada caso, la específica situación de cada uno en cuanto a las actividades académicas, el tipo de aulas, la cantidad de alumnos en el grupo, los métodos de trabajo de la maestra, el nivel de exigencia.

Por otro lado, teniendo en cuenta las dificultades de cada alumno, presenta el niño síntomas que afectan el funcionamiento social/académico dentro de colegio, ¿Cuáles?, ¿es alta?, ¿en qué áreas?, ¿en qué situaciones?, como es el comportamiento en el aula/recreo.

La ayuda mancomunada es importante para reconocer las conductas que haga sospechar un cuadro de TDAH para pensarlo desde la perspectiva de historia escolar del alumno.

El conocimiento sobre TDAH puede evitar que se multipliquen las interacciones negativas que suelen presentarse entre niños/adolescentes y adultos ya que los maestros y los profesores a cargo se encuentran con las mismas dificultades que los padres para lograr que incorporen lo que les quieren enseñar o que cumplan con lo que deben hacer. A estos se les suma las dificultades que estos niños /adolescentes tienden a producir en el desarrollo general de la clase y la conducta de los demás compañeros. Es frecuente ver a maestros desesperanzados frustrados por no lograr lo que se propusieron. Rápidamente se instala un círculo vicioso donde el maestro reta permanentemente al alumno, manda notificaciones a la casa, o no lo deja intervenir en actividades grupales por temor al mal comportamiento.

El funcionamiento de la clase se complejiza debido a que aproximadamente el 30% de los niños con TDAH presenta además dificultades específicas de aprendizaje como lenguaje, lectoescritura o matemática (Ibídem).

3.8.6. El TDAH ocasiona un problema de aprendizaje y es comportamiento perturbador

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se ha identificado como el trastorno mental más común en la infancia Wolraich (2005) citado en Papalia (2009) Es un padecimiento crónico comúnmente marcado por la falta de atención persistente, distractividad, impulsividad, baja tolerancia a la frustración y grandes cantidades de actividad en el momento y lugar inadecuados, como dentro del salón de clases (p.412).

Se calcula que es posible que el TDAH afecte a un 2 a 11% de los niños en edad escolar a nivel mundial (Zametkin y Ernst,1999) y a 3 a 7 % en Estados Unidos (Dey et al.,2004; NCHS,2004; Schneider y Eisenberg,2006; Zelayo y muller,2002).Sin embargo ,algunos médicos advierten que es posible que se esté diagnosticando en exceso , lo que da por resultado una sobre medicación innecesaria de niños cuyos padres o maestros no saben controlarlo(Ibídem).

Los diagnósticos de TDAH varían enormemente según el género, origen étnico, área geográfica y otros factores contextuales y en parte se puede relacionar con las presiones que se colocan sobre los niños para triunfar dentro de la escuela (Schneider y Eisenberg, 2006).

El trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador tiene dos conjuntos distintos de síntomas que en ocasiones se traslapan, lo que hace que su diagnóstico sea impreciso. Algunos niños tienen problemas de atención ,pero no son hiperactivos; otros muestran un patrón inverso (USDHHS,1999).Sin embargo en 85% de los casos, los dos síntomas se presentan juntos (Backey,1998).Debido a que muchos niños normales presentan estas características en cierto grado ,algunos profesionales se cuestionan si el TDAH es realmente un trastorno neurológico o psicológico bien diferenciado (Bjorklund y Pelligrini,2002;Furman,2005).No obstante la mayoría de los expertos concuerdan con que existe causa de preocupación cuando los síntomas son inusualmente frecuentes y tan graves que interfieren con el funcionamiento del niño en la escuela y en su vida cotidiana (AAP Committee on Children with Disabilities and Committee on Drugs,1996 ;Bakley,1998b; USDHHS , 1999).

Muchos estudios han vinculado el TDAH con anomalías en la corteza prefrontal y con un deterioro de la función ejecutiva (Zellazo y Muller,2002).Los niños con TDAH presentan

estructuras cerebrales inusualmente pequeñas en las regiones corticales que regulan la atención y el control de impulsos (Sowell et al,2003).Las personas con TDAH suelen olvidar sus responsabilidades hablan en voz alta en lugar de darse instrucciones a sí mismos en silencio, frustrarse o enojarse con facilidad y darse por vencidos cuando no pueden ver cómo solucionar un problema. Los padres y maestros pueden ayudar a estos niños dividiendo las actividades en trozos pequeños, dando indicaciones frecuentes acerca de reglas y tiempos y proporcionando recompensas habituales e inmediatas ante logros pequeños (Barkley,1998).

El TDAH parece tener una sustancial base genética con una heredabilidad que se acerca a 80% (Acosta, Arcos, Burgos y Muenke, 2004; APA, 1994; Backey, 1998b; Elia, Ambrosini y Rapoport, 1999; USDHHS, 1999b; Zametkin,1995; Zametkin y Ernst,1999). Es posible que los síntomas del TDAH sean el producto de una interacción genética-ambiente. En un estudio la exposición a altos niveles de plomo deterioró la función ejecutiva, pero solo en el caso de niños con variaciones en un gen que ayuda a regular los niveles cerebrales de dopamina, un neurotransmisor esencial para la atención y la cognición (Froehlich, Lamhear, Dietrich, Cory-Slechta y Kahn,2006).Las complicaciones de nacimiento que pueden representar un papel en el TDAH incluyen prematuridad, el uso de tabaco y alcohol de la madre encinta y privación de oxígeno(Barkley,1998b;Thapar et al.,2003;USDHHS,1999b;Woodruff et al.,2004).

La mayoría de los niños diagnosticados con TDAH continúan mostrando síntomas durante su adolescencia. Con frecuencia disminuyen los problemas con el control de impulsos y la hiperactividad, pero la falta de atención persiste. Los problemas académicos, el estrés familiar acumulado y las dificultades de relación con pares se vuelven más aparentes (Whalen, Jamner, Henker, Delfino y Lozano,2002; Wolraich et al.,2005).A menudo los adolescentes que padecen TDAH exhiben trastornos de aprendizaje, lesiones excesivas, conductas antisociales, conducción vehicular riesgosa, abuso o dependencia de sustancias, ansiedad o depresión y otros trastornos de la personalidad(Barkley,1998b; Barkley, Murphy y Kwasnik,1996; Elia et al., 1999; McGee, Partridge, Williams y Silva, 1991; Molina y Pelham, 2003; USDHHS, 1999b; Wender, 1995; Whalen et al., 2002; Wolraich et al., 2005; Zametkin,1995).

En ocasiones el TDAH se prolonga hasta la adultez; afecta aproximadamente a 4% de los adultos a nivel mundial (Wilens, Faraone y Biederman, 2004).

Por lo general el TDAH se maneja con medicamentos, en ocasiones combinado con la terapia conductual, orientación, capacitación en habilidades sociales y colocación en salones de clases especiales. Al contrario de la impresión popular de que el tratamiento medicamentoso está aumentando de manera dramática entre los niños 2.2 millones de niños estadounidenses (2.9% de la población infantil) recibieron tratamientos con sustancias estimulantes tales como el Ritalín en 2002, en comparación con 2.7% en 1997 (Zuvekas, Vitello y Norquist, 2006).

En un estudio aleatorio de 14 meses de duración con 579 niños con TDAH un programa cuidadosamente supervisado de tratamiento con Ritalín por sí solo o en combinación con modificación conductual, fue más efectivo que la terapia conductual por sí sola o los cuidados comunitarios habituales (MTA Cooperative Group,1999).No obstante los beneficios superiores del programa disminuyeron a lo largo de los 10 meses (MTA Cooperative Group,2004b).Además se desconocen los efectos del Ritalín a largo plazo(Wolraich et al.,2005).Debido a los riesgos vasculares conocidos de los medicamentos estimulantes en 2006 el Drug Safety and Risk Management Advisory Committee (Comité Consultivo de Manejo de Seguridad y Riesgos de Medicamentos) de la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos recomendó que estos medicamentos incluyan una advertencia (Nissen,2006).

3.9. ANÁLISIS DEL RIESGO

La Health one Aspen medical group "Physician Care" (2019) menciona que riesgo es algo que aumenta su probabilidad de contraer una enfermedad o afección.

Es posible desarrollar TDAH con o sin los factores de riesgo enumerados a continuación. Sin embargo, cuanto más factores de riesgo tenga, mayor será su probabilidad (o la de su hijo) de desarrollar TDAH.

Los factores de riesgo incluyen:

- Sexo: a los niños se les diagnostica TDAH con mayor frecuencia que a las niñas.
- Herencia: el TDAH y trastornos similares tienden a darse en familias, lo que sugiere que puede haber un componente genético. Las personas con un padre o un hermano, especialmente un gemelo idéntico, con TDAH tienen un mayor riesgo de desarrollar la afección:

- Edad: los síntomas generalmente aparecen en niños pequeños de 3 a 6 años de edad.
- Factores maternos, como:
 - Fumar durante el embarazo.
 - Trabajo prematuro.
 - Condiciones de salud mental.
 - Exposición a ciertas toxinas ambientales, como los bifenilos policlorados (PCB)
- Exposición infantil a toxinas ambientales, como el plomo, que se encuentra en tuberías o pintura en edificios antiguos.
- Nacimiento prematuro.
- Salud general de los padres: un niño puede tener un mayor riesgo de TDAH si sus padres tienen ciertas afecciones, como el trastorno por consumo de alcohol o el trastorno de conversión .

Otros factores que pueden aumentar el riesgo de TDAH incluyen:

- Lesión en la cabeza a una edad temprana.
- Nacer con una afección cardíaca grave.
- Tener síndrome de Turner (una condición genética).
- Estar expuesto a ciertos pesticidas.
- Pasar más de 2 horas al día mirando televisión o jugando videojuegos cuando era joven.

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene (OMS,2019).

3.9.1. Población de riesgo

Según Klip y Otros (2001) un grupo o población de riesgo está constituido por aquellas personas que debido a ciertas características, ya sean biológicas, físicas o sociales tienen mayor probabilidad de contraer determinadas enfermedades, sufrir intoxicaciones o accidentes. A estas características se las denomina "factor de riesgo". El factor de riesgo debe existir antes de contraer una enfermedad.

Existen numerosos grupos de riesgo en virtud de la causa del mismo. Un factor de riesgo importante es la pobreza ya que las personas de bajos recursos (pobres) no pueden satisfacer adecuadamente su alimentación y eso provoca desnutrición que podría llegar a ocasionar la muerte.

- Se consideran grupos de riesgo a aquellas personas que por su edad, o estado físico puedan ser más vulnerables a contraer ciertas enfermedades, como por ejemplo bebés, niños, embarazadas, mujeres en período de lactancia, mayores de tercera edad, obesos, etc.
- También se consideran personas de alto riesgo aquellas que manipulan máquinas peligrosas o las que realizan trabajos muy estresantes. Otro grupo de riesgo lo constituyen las personas que ingieren sustancias tóxicas adictivas y perniciosas como tabaco, alcohol, drogas, etc. Estas personas son propensas a sufrir problemas cardíacos.

4.1. Tipificación de la investigación

La presente investigación, al ocuparse del análisis del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad en niños(as) del nivel primario, corresponde al área de la Psicología Educativa, puesto que esta problemática afecta el proceso de aprendizaje y enseñanza, siendo el campo de acción la educación.

La Psicología Educativa rama de la psicología dedicada al estudio del aprendizaje y enseñanza dentro de los centros educativos. Comprende, por lo tanto, el análisis de las formas de aprender y de enseñar, la efectividad de las intervenciones educativas con el objeto de mejorar el proceso (Tirado, F,2010, p.4).

Por las características y el objetivo que conlleva la presente investigación, se tipifica como una investigación de carácter exploratorio – descriptivo.

Se considera exploratoria al ser una primera aproximación a esta problemática ya que no existen en Tarija datos estadísticos ni investigaciones sobre el nivel de riesgo del TDAH en niños(as) de nivel primario de las Unidades Educativas.

“Los estudios exploratorios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes” (Hernández y otros, 2010, p. 79).

A la vez es una investigación descriptiva ya que esta describe, nombra y analiza cómo se manifiesta una determinada realidad; en la presente investigación se determina el nivel de riesgo de los niños y niñas de seis a doce años con TDAH de las unidades educativas fiscales de la ciudad de Tarija.

La investigación de tipo descriptiva “Busca desarrollar una imagen o fiel representación del fenómeno estudiado, a partir de sus características. El fenómeno consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes, a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas” (Hernández, R. y otros, 2010, p. 85).

El tratamiento de los datos obtenidos mediante los instrumentos aplicados a la población de estudio, se realizó de manera **cuantitativa**, ya que toda la información obtenida para el análisis, fue procesada estadísticamente y presentada a través de frecuencias, porcentajes en cuadros que ilustran los resultados más sobresalientes. La parte **cualitativa**

consistió en la interpretación y análisis de los resultados obtenidos de manera descriptiva y en función de las referencias teóricas que se tiene en el presente documento.

4.2. Población y muestra

4.2.1. Población

Se establece como población o universo de estudio a todos los(as) niños(as) del nivel primario de las unidades educativas fiscales de turno tarde de la ciudad de Tarija, provincia Cercado, para tal efecto se han extraído datos de la Dirección Distrital de Educación, que corresponden a todos los(as) alumnos(as) del nivel primario, los mismos ascienden a un total de 3.003 estudiantes.

CUADRO N° 1

Población estudiantil del nivel primario de las unidades educativas fiscales de la ciudad de Tarija

N°	Unidades Educativas Fiscales de Tarija	Primaria Comunitaria Vocacional (Turno Tarde)						Total primaria
		1°	2°	3°	4°	5°	6°	
1	Castelfort Castellanos	51	49	36	36	37	30	239
2	Juana Azurduy de Padilla 2	49	41	40	28	34	26	218
3	Lidia de Campos	70	91	80	70	68	67	446
4	Avelina Raña 1	39	29	54	30	41	52	245
5	José Manuel Ávila 2	28	26	41	38	27	44	204
6	Esteban Migliacci Tarde	33	33	47	24	27	43	207
7	José Manuel Belgrano Tarde 2	103	105	114	103	102	99	626
8	Juan XXIII 1	58	64	47	34	40	40	283
9	Julio Calvo 1	70	66	60	68	59	0	323
10	San Jorge 1	32	36	46	31	33	34	212
								3.003

Fuente: (Dirección Departamental de Educación, 2019).

4.2.2. Muestra

El tipo de muestra que se utilizó para esta investigación **corresponde a las muestras no probabilísticas de tipo intencional**, ya que se tomó en cuenta a los(as) niños(as) que presentan características de trastornos por déficit de atención con hiperactividad.

“Este tipo de muestra supone o exige un cierto conocimiento del universo a estudiar; su técnica consiste en que el investigador escoge -intencionadamente y no al azar- algunas categorías que él considera típicas o representativas del fenómeno a estudiar.” (Ander-Egg, 2009, p. 186).

De lo antedicho se desprende que para determinar el tamaño de la muestra y su conformación no se requiere del empleo de una fórmula de muestreo.

Por tanto, se seleccionó la primera muestra solicitando al profesor tutor de cada una de las diez Unidades Educativas, que figuran en el Cuadro N° 2, que indique mediante una lista a los(as) niños(as), que posiblemente presenten el trastorno de TDAH, según su observación de la conducta de los niños(as) en el aula. Una vez entregadas las listas de los estudiantes seleccionados en cada escuela, se encontró que la sumatoria de dichas listas hacían un total de 191 niños(as).

Para cada uno de los 191 estudiantes se hizo el llenado de la hoja de anotación de la Escala del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH), con la colaboración del profesor-tutor, en base a la observación de cada niño(as) en el aula. El instrumento midió tres componentes básicos del comportamiento: hiperactividad, déficit de atención y trastorno de conducta.

A partir de los resultados de la EDAH se identificó a los niños y a las niñas que presentan Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), habiéndose reducido de la muestra de 191 niños evaluados a 132, que poseen las características para la investigación, de acuerdo a las puntuaciones más altas.

Según lo expresado se puede concluir lo siguiente:

Población: 3.003 estudiantes.

Primera muestra: integrante por niños(as) que posiblemente presentan trastorno por déficit de atención con hiperactividad: conforman un total de 191.

Segunda muestra: a partir de los puntajes mas altos de la escala: conformada con un total de 132 niños(as)

CUADRO N° 2

Muestra conformada por las unidades educativas

N°	Unidad Educativa	Primaria Comunitaria Vocacional (Turno Tarde)						Total Primario	Niños Derivados Por Profesor (Tutor)	Niños Evaluados	%
		1°	2°	3°	4°	5°	6°				
1	Castelfor Castellanos	51	49	36	36	37	30	239	16	8	6%
2	Juana Azurduy de Padilla 2	49	41	40	28	34	26	218	18	10	7%
3	Lidia de Campos	70	91	80	70	68	67	446	17	11	8%
4	Avelina Raña 1	39	29	54	30	41	52	245	10	7	5%
5	José Manuel Ávila 2	28	26	41	38	27	44	204	11	6	5%
6	Esteban Migliacci Tarde	33	33	47	24	27	43	207	17	15	11%
7	José Manuel Belgrano 2	103	105	114	103	102	99	626	21	11	8%
8	Juan XXIII 1	58	64	47	34	40	40	283	38	25	19%
9	Julio Calvo 1	70	66	60	68	59	0	323	36	34	26%
10	San Jorge 1	32	36	46	31	33	34	212	7	5	4%
TOTAL								3003	191	132	100%

Fuente: Elaboración Propia

4.3. Métodos, técnicas e instrumentos

4.3.1. Métodos teóricos

“Son aquellos que permiten revelar las relaciones esenciales del objeto de investigación, son fundamentales para la comprensión de los hechos y para la formulación de la Hipótesis de investigación. Los métodos teóricos potencian la posibilidad de realización del salto cualitativo que permite ascender del acondicionamiento de información empírica

a describir, explicar, determinar las causas y formular la hipótesis investigativa” (López, 1995, p. 122).

Entre los métodos teóricos utilizados se tiene:

Método de análisis-síntesis: Es un método que consiste en la separación de las partes de un todo para estudiarlas en forma individual (Análisis), y la reunión racional de elementos dispersos para estudiarlos en su totalidad. (Síntesis)

Análisis: Separación de un todo en sus partes constitutivas con el propósito de estudiar éstas por separado, así como las relaciones que las unen.

Síntesis: Reunión de las partes o elementos para analizar, dentro de un todo, su naturaleza y comportamiento con el propósito de identificar las características del fenómeno observado.

En la investigación estos métodos se emplearon en la revisión bibliográfica para la construcción del Marco Teórico, en el análisis e interpretación del resultado y por último en las conclusiones y recomendaciones.

Método hipotético-deductivo: Procedimientos metodológicos, que consiste en plantear algunas afirmaciones en calidad de *hipótesis* y verificarlas mediante la deducción, a partir de ellas y la confrontación con los *hechos*.

El método fue utilizado para comprobar la hipótesis planteada al inicio de la investigación, a través de la deducción de los resultados, para obtener conclusiones relativas a la problemática objeto de estudio

4.3.2. Métodos empíricos

Contienen una serie de procedimientos prácticos sobre el objeto y los medios de investigación, que permiten revelar las características fundamentales y relaciones del objeto de estudio, que son accesibles a la contemplación sensorial.

“Permite efectuar el análisis preliminar de la información, así como verificar y comprobar las concepciones teóricas” (Canda, M., 2002, p. 215). Se emplearon en el registro, medición, análisis e interpretación de los resultados.

Este método se utilizó para la recolección de datos, se empleó el Método de la Encuesta, este método permitió obtener información acerca del objeto de estudio.

4.3.3. Método estadístico

Este método implica que los datos se obtuvieron a través de pruebas, las cuales han estado sometidas a escalas o parámetros estadísticamente establecidos. Es decir, que las respuestas están sistematizadas y todos estos datos recogidos fueron procesados a través del programa estadístico SPSS.

4.4. Técnicas

Entre las técnicas utilizadas se tiene:

4.4.1. Encuesta Estructurada

La encuesta se considera en primera instancia como una técnica de recogida de datos a través de la interrogación de los sujetos cuya finalidad es la de obtener de manera sistemática medidas sobre los conceptos que se derivan de una problemática de investigación previamente construida.

Tipo de formato en donde las preguntas y posibles respuestas se presentan de la misma forma a todos los informantes. Se utiliza cuando es importante el orden de las preguntas y las respuestas. (López P,2015 p.14).

4.5. Instrumentos

Los instrumentos que se emplearon en este estudio son los siguientes:

- **Hoja de anotación de la Escalas para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad EDAH.**

Este test se utilizó para evaluar el nivel de riesgo de TDAH en niños y niñas escolares (6 a 12 años). Los autores son Farre, A. y Narbona, J. (2010) y consta de 20 ítems.

El modo de aplicación fue individual: el investigador, con el completo y permanente apoyo del docente tutor, llenó el formulario de escala, procurando completar el de 3 niños por día, mientras cada integrante de la muestra desempeñaba actividades dentro y fuera del aula (en el recreo).

Se considera muy valioso el aporte de los docentes tutores, pues son ellos los que pueden detectar estas alteraciones en el comportamiento de cada uno de los estudiantes porque los conocen más profundamente. O sea que el llenado de la escala para determinar las conductas que se observan en los niños y las niñas de la muestra fue un trabajo supervisado.

El tiempo de aplicación fue de un turno por cada tres estudiantes.

Las edades consideradas para este estudio han sido seis a 12 años de 1^{ro} a 6^{to} de primaria.

Se hizo la baremación en centiles para los cuatros subescalas por curso de 1^{ro} a 6^{to} de primaria. Mediante puntos de corte se estableció el riesgo de padecer el trastorno.

En cuanto a los nuevos estudios de fiabilidad y validez de un nuevo análisis factorial, los nuevos baremos incorporaron un sistema clasificatorio a partir de dos puntos de corte, basado en distintos valores estadísticos y epidemiológicos. Cada uno de los puntos de corte marcó un área de mayor o menor riesgo de padecer TDAH. Así se pudo recoger información sobre la conducta habitual del niño y la niña. Para ello, se tuvo un método estructurado de observación ofrecido al profesor y compuesto de 20 ítems de fácil comprensión.

El evaluador obtuvo puntuaciones en cuatro escalas: Hiperactividad, Déficit de Atención, Hiperactividad con Déficit de atención y Trastorno de conducta. Se ha establecido puntos de corte a partir de criterios estadísticos y epidemiológicos, que ayudó al evaluador para tomar decisiones acerca del diagnóstico. Dichos puntos determinaron la existencia de dos niveles de riesgo de padecer el trastorno: Riesgo moderado y riesgo elevado. En cuanto a su fiabilidad se halló la correlación de cada ítem con su factor.

Nivel de Riesgo de TDAH en base a los centiles

Centiles	Riesgo de TDAH
5-85	Sin riesgo
90-94	Riesgo moderado
95-100	Riesgo Elevado

Confiabilidad:

Medidas de consistencia interna: Requiere solo una administración, en la diferencia de los totales de cada factor con el total general se hallar el índice de fiabilidad (Coeficiente Alpha de Cronbach), que presenta fiabilidad en cada una de sus escalas y de la escala

global. Todas las subescalas tuvieron coeficiente de fiabilidad iguales o superiores a 0,90. (Farre A y Narbona, J,2010, p.40)

Validez:

Validez convergente: Permite el análisis de la estructura del test. La lógica de procedimiento es la siguiente: Se intenta medir un mismo constructo mediante distintos procedimientos y distintos constructos mediante el mismo procedimiento y una vez obtenidas todas las medidas, calcula las interrelaciones entre ellas. Si las correlaciones entre las medidas obtenidas del mismo constructo a través de distintos procedimientos son altas, el constructo queda validado (Barbero M, 2010, p.307).

- **Nueve láminas del Test Gestáltico Visomotor para niños y niñas**

El test gestáltico visomotor de Bender (1932) fue diseñado por la psiquiatra norteamericana Lauretta Bender Koppitz y consta de nueve tarjetas. Mide la madurez mental, neurológica y principalmente la coordinación viso-motora.

Edad de aplicación: El test se lo puede aplicar desde los seis hasta los 12 años.

Formas de aplicación: Individual.

Tiempo de Aplicación: No tiene un tiempo límite de aplicación.

Se realizó con la intención de medir el desarrollo visomotor del niño y la niña. Consistió simplemente en pedirle al niño o a la niña que copie nueve figuras (gestalten) previamente dadas, las analice y evalúe a través de la reproducción. Es así que se supo cómo ha estructurado el niño o la niña esos estímulos perceptuales. La integración no se produce por adicción, sustracción o combinación, sino por diferenciación o por aumento o disminución de la complejidad interna del patrón en su cuadro. Se trata del cuadro total del estímulo y el estado de integración del organismo, lo que determinó el patrón de respuesta.

El Bender Gestalt es un test no verbal, neutro e inofensivo. Posee un considerable valor clínico para la exploración del desarrollo de la inteligencia infantil y el diagnóstico de los diversos síndromes clínicos de deficiencia mental, afasia, desórdenes cerebrales

orgánicos, psicosis mayores, simulación de enfermedades y psiconeurosis. Permite una evaluación cuantitativa y puede emplearse como test proyectivo. El Bender-Koppitz cuenta en el ámbito internacional con validez, confiabilidad y ha sido estandarizado para Latinoamérica, donde es utilizado como parámetro de edad madurativa cuando se evalúa con el sistema de calificación de Koppitz.

Este determina una puntuación esperada, la que a la vez establece la edad madurativa por lo que fue elegido como instrumento idóneo para el desarrollo de estudio. Esto implica que cada infante tiene una edad cronológica (en años, meses y días que han transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta su fecha de aplicación) es punto de referencia para determinar la edad madurativa.

En cualquier ámbito educativo es fundamental determinar cuándo la niñez se encuentra con la madurez visomotora adecuada, condición necesaria para iniciar el proceso de lectoescritura.

Edad de maduración visomotriz correspondientes a los puntajes

Puntaje	Edad de Maduración
11 o más	5 a 5 ½ años
9-10	5 ½ a 6 años
8	6 a 6½ años
6-7	6½ a 7 años
5	7-8 años
4	8 a 8½ años
3	8½ a 9 años
2	9-10 años
1	Mayor a 10 años

Confiabilidad:

Método test/retest: Con este método se aplica el mismo test en dos ocasiones diferentes a una misma muestra de sujetos. Calculamos el coeficiente de fiabilidad mediante la correlación entre las puntuaciones obtenidas por los sujetos en ambas aplicaciones del mismo test. (Barbero M ,2010, p.188).

Validez:

Validez de constructo: los constructos que forman parte de teorías psicológicas y que precisan de indicadores observables para su estudio. En muchas ocasiones, estos indicadores son los ítems de un test, y debe comprobarse empíricamente que resultan adecuados para reflejar el constructo de referencia (Abad F,2006, p.62).

4.6. Procedimiento

A continuación, se explica las cinco etapas que se desarrollaron, a lo largo de esta investigación.

- 1 Revisión bibliográfica.** Etapa dedicada a la búsqueda de sustento teórico de la presente investigación, información que se obtuvo mediante libros, artículos y páginas web.
- 2 Selección de la muestra.** Los niños y niñas que constituyeron la muestra, fueron seleccionados de manera intencional, a través de la colaboración de los maestros tutores de curso, entre aquellos(as) que cumplen los criterios de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y en base a los parámetros establecidos, teniendo un total de 132 niños(as).
- 3 Contacto con la población de estudio.** Una vez seleccionada la muestra se explicó a los estudiantes en qué iba a consistir la investigación y se procedió a responder algunas dudas que surgieron, lográndose establecer un buen rapport.
- 4 Aplicación de los Instrumentos.** Fase destinada a la aplicación de los test seleccionados, cabe hacer notar que debido a las características de los mismos se realizó la toma de test de manera individual, aplicándose la escala para la evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH) y el Test Gestáltico Visomotor de Bender.

- 5 Análisis e interpretación de la información.** Esta etapa fue dedicada a la interpretación de los datos obtenidos: se ejecutó en principio un análisis individual de esta información y por último un análisis global de los 132 niños (as) diagnosticado(as) con TDAH.
- 6 Elaboración, redacción y presentación del informe final.** Consistió en la elaboración del documento final para su respectiva presentación a las instancias correspondientes para su revisión, aprobación y posterior defensa oral.

En este capítulo corresponde presentar de manera sistemática y organizada, cada uno de los datos obtenidos mediante las diferentes pruebas aplicadas en la investigación.

Estos datos son presentados en frecuencias, cuadros, porcentajes y gráficas, y se muestran de forma metódica, dando respuesta al objetivo general como a los objetivos específicos.

Después de haber procedido con la aplicación de los test respectivos, como la escala para la evaluación del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH), y test de Bender, se lograron obtener puntuaciones en tres áreas: Hiperactividad, Déficit de Atención y Trastorno de conducta.

Dichos datos se presentan a continuación ordenados de acuerdo a los objetivos específicos planteados en la investigación. Se analiza primeramente la escala para la evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH), donde se diagnostica la existencia o no del trastorno.

Luego se presentan los resultados obtenidos por el test gestáltico visomotor de Bender para niños y niñas.

Finalmente, a partir de este análisis e interpretación de los resultados se logra establecer si las hipótesis han sido confirmadas o no, en cada uno de los objetivos respectivos.

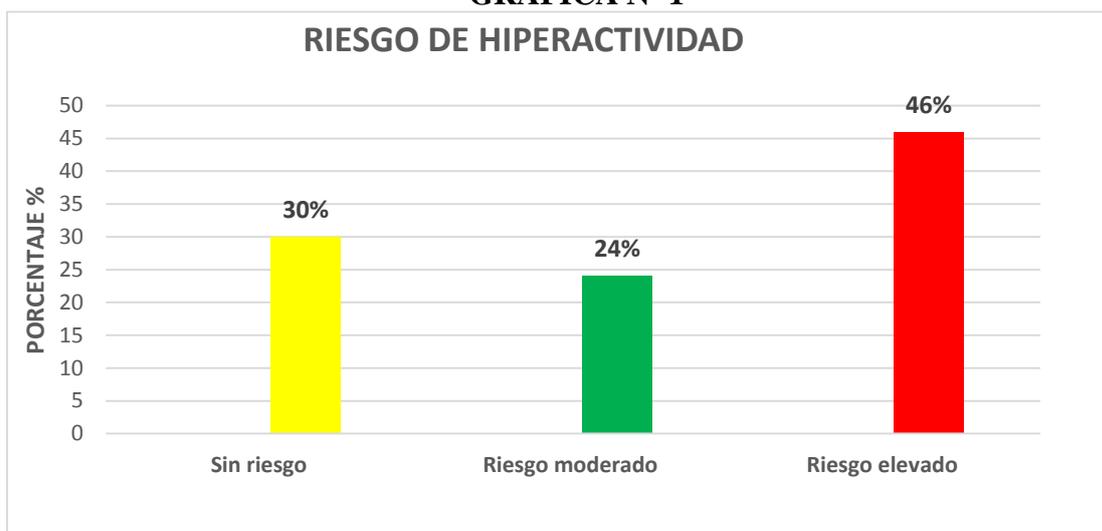
5.1. Objetivo 1: Identificar el nivel de riesgo de hiperactividad que presentan los(as) niños(as) del nivel primario de las unidades educativas fiscales de Tarija.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en la aplicación del test de EDAH (Escala para la evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad), referido al riesgo de hiperactividad.

CUADRO N.º 3
RIESGO DE HIPERACTIVIDAD

Nivel de riesgo de Hiperactividad	F	%
Sin riesgo centil (5-85)	39	30%
Riesgo moderado centil (90-94)	32	24%
Riesgo elevado centil (95-100)	61	46%
Total	132	100%

GRAFICA N° 1



Fuente: Test de EDAH
Elaboración propia.

Para el presente análisis, se considera dos conceptos plasmados en la investigación; por una parte, el Riesgo, como una medida de la magnitud de los daños frente a una situación peligrosa (al riesgo se mide asumiendo una determinada vulnerabilidad frente a cada tipo de peligro).

Por otra parte, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), considerando que es un trastorno crónico del desarrollo neuropsiquiátrico frecuentemente diagnosticado en la infancia y que puede persistir en la edad adulta que se caracteriza por inatención (distracción moderada a grave, periodos de atención breve), hiperactividad (inquietud motora) y comportamiento impulsivo (inestabilidad emocional y conductas agresivas que produce problemas en múltiples áreas de funcionamiento dificultando en desarrollo social, emocional y cognitivo de la persona que lo padece (Macias, 2012, p.75).

Según los datos obtenidos, *el 46% de los niños y niñas estudiados presentan un riesgo elevado de hiperactividad.* Este porcentaje elevado refleja una alta predisposición de los mismos en llegar a padecer este trastorno o posiblemente algunos de ellos ya tienen TDAH, ya sea que esté diagnosticado o no.

En este trastorno se presenta una cantidad excesiva de actividad motora o verbal en relación a lo esperable para la edad y situación concreta en la que se encuentra el sujeto.

Es una pauta persistente de actividad excesiva en aquellas situaciones que requieren inhibición motora” (Ibidem).

Por otro lado, el 30% *no presenta riesgo de hiperactividad*, lo que supone que son niños que posiblemente exhiben conducta disruptiva en aula, pero no se los puede considerar que padezcan el trastorno de hiperactividad, a veces la falta de disciplina y normas de educación puede ser confundida como algo más serio, comprendiendo que el trabajo del docente en un ambiente donde prima la desobediencia dificulta su trabajo y el buen desempeño académico de los demás estudiantes.

Asimismo, podemos percibir en el cuadro que el 24% tiene riesgo moderado, esto implica que presentan predisposición a la hiperactividad, pudiendo en el futuro incrementar a un riesgo elevado.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad destaca la sobreactividad motora como característica y los déficits atencionales, planteados en torno a los cuales surgió la denominación Trastorno por Déficit de Atención (con y sin hiperactividad), se identificaron a partir de los síntomas y características fundamentales, dificultades atencionales, impulsividad y excesiva actividad motora observados en los niños y niñas (Macias, 2012, p.76).

Esta manifestación de exceso de actividad en los primeros estudios del trastorno fue objeto de mucho análisis y trabajos de investigación (Estudio Piloto “Vermella”, Barcelona, 2009, p.5), principalmente por resultar muy llamativa y muy molesta. En la actualidad se la está relegando a un tercer plano, dándole mucha más importancia a las dificultades de atención, a la impulsividad y esto parece ser así por diferentes motivos: el déficit (atención, impulsividad e hiperactividad) y el exceso de movimiento disminuyen y se normalizan conforme el niño y la niña crecen y se hacen mayores, más o menos a partir de los 12 años. De los tres es el que menos repercusiones tiene a largo plazo. El exceso de movimiento en niños y niñas con TDAH se traduce en una actividad casi permanente e incontrolada, que no suele tener una finalidad concreta y no está dirigida a una meta. Tiende a aparecer en los momentos más inoportunos o justo cuando la situación requiere más control motor (en las aulas escolares, en la sala de espera de un médico, en un examen, en los oficios religiosos, etc.) y es cuando más actividad motora existe.

Según Moreno (1999) citado en López (2014, p.23), la movilidad excesiva constata con rigidez y falta de coordinación de sus movimientos, características que influyen en los frecuentes accidentes y caídas que sufren estos menores. Los problemas de coordinación e inestabilidad motora también afectan a la motilidad fina pues presentan dificultades para realizar actividades, que exigen coordinación manual tales como abrocharse los botones o anudarse los zapatos.

El encontrar que un elevado porcentaje de los niños (as) encuestados se halla entre un nivel de *riesgo elevado y moderado*, es un dato muy importante; los profesores de aula indican que la actividad motora y la conducta disruptiva en aula se manifiesta en sus diferentes formas, ocasionando perturbación en el normal desarrollo de clases, generando llamadas de atención e implementación de medidas correctivas por parte de los maestros y personal responsable las Unidades Educativas; cada vez parece más admitido que la hiperactividad motora como la impulsividad son una consecuencia directa de la escasa y baja capacidad de ejercer un control inhibitorio, tal como explica Bonet, T. (2007, p.35): este exceso de actividad ha sido definida, de manera gráfica, con la expresión de “niños movidos por un motor” para expresar la realidad de estos menores que no parecen necesitar descanso.

Es una pauta persistente, duradera y continua a lo largo de la historia del niño o niña, que repercute en su relación con los demás y en la adquisición de aprendizajes nuevos. Obviamente, está representado como una manera de expresar una característica muy llamativa para el observador, ya que los niños y niñas afectadas por este problema no están moviéndose todas las horas del día, sino que en ocasiones reducen algo de su actividad, pero incluso en esos periodos de “descanso” su actividad es mayor que la de los(as) niños(as) de su edad sin TDAH. Hay estudios donde se comprueba que esta característica persiste incluso cuando están dormidos” (Ibidem).

La mayoría de las veces un niño(a) con TDAH no diagnosticada, es mal atendido y mal interpretado en sus conductas, ya que causa malestar y provoca reacciones muchas veces inadecuadas que van en menoscabo de la integridad y salud emocional del pequeño y a la vez afectan también al adulto encargado de su educación, ya que pueden caer en un círculo vicioso de conductas “inadecuadas”, reprimendas, castigos, compromisos y nuevamente la conducta disruptiva, en una suerte de relación insatisfactoria y estéril.

Para establecer un correcto diagnóstico de hiperactividad, es necesario realizar una observación sostenida, pues los menores con hiperactividad están en movimiento constante, tienen muchas dificultades para permanecer sentados durante periodos de tiempo largos en situaciones que lo requieren (en clases, durante las comidas, en las iglesias, viendo la televisión, etc.). Se levantan, se mueven sin sentido, les resulta imposible permanecer sentados y quietos durante una clase entera. En el aula suelen molestar a sus compañeros porque hablan mucho y cuando están sentados se mueven mucho en la silla, enredados con sus pies y manos, cambian de postura, tocan todo y con frecuencia las cosas se les caen al suelo. Suelen hablar sin parar, son ruidosos(as) y cuando están sentados(as) dan golpecitos en la mesa cantan o farfullan y se consideran que presentan tics con mayor frecuencia que otros menores. En los más pequeños es frecuente que los padres comenten que siempre deben estar pendientes para que no se suban o trepen a cualquier objeto o sitios peligrosos. De hecho, suelen tener más accidentes que otros menores de su edad.

Contrastando con una investigación realizada en la Universidad de Almería en España sobre el tema, indica que según Orjales (2013) citado por Campoy Hernández (2014, p.10) establece que Coloquialmente, se usa en numerosas ocasiones el término “niño hiperactivo”, que terminológicamente no se refiere a otra cosa que a un exceso de actividad motriz. Además, no permite un diagnóstico diferencial que nos permita evaluar las dificultades más importantes, ya que la hiperactividad podría darse también en niños inquietos, en aquellos que puntualmente se encuentran ante una situación emocional que les desborda, que no están acostumbrados a adaptar su comportamiento a las normas sociales o incluso como síntoma asociado a otros trastornos (Ansiedad Generalizada, Trastornos generalizados del Desarrollo, entre otros). Con lo cual, no podemos utilizar como sinónimo de TDAH el de “niño hiperactivo”, ya que esto solo es uno de los síntomas que presenta el TDAH y da lugar a confusión.

En síntesis, se concluye que en relación a la variable hiperactividad, un tercio de la población estudiada no presenta riesgo de padecerla; en contraposición queda demostrado que casi el setenta por ciento de los niños encuestados sí presentan riesgo de hiperactividad, en rango entre moderado y elevado, por lo tanto, manifiestan gran actividad motora en el aula, conducta disruptiva que genera incomodidad con sus pares y a la vez perjudica el desenvolvimiento adecuado de los mismos tanto en el aspecto conductual como en su aprovechamiento académico.

5.2. Objetivo 2: Determinar el nivel de riesgo de déficit de atención que presentan los niños(as) del nivel primario de las unidades educativas fiscales de Tarija

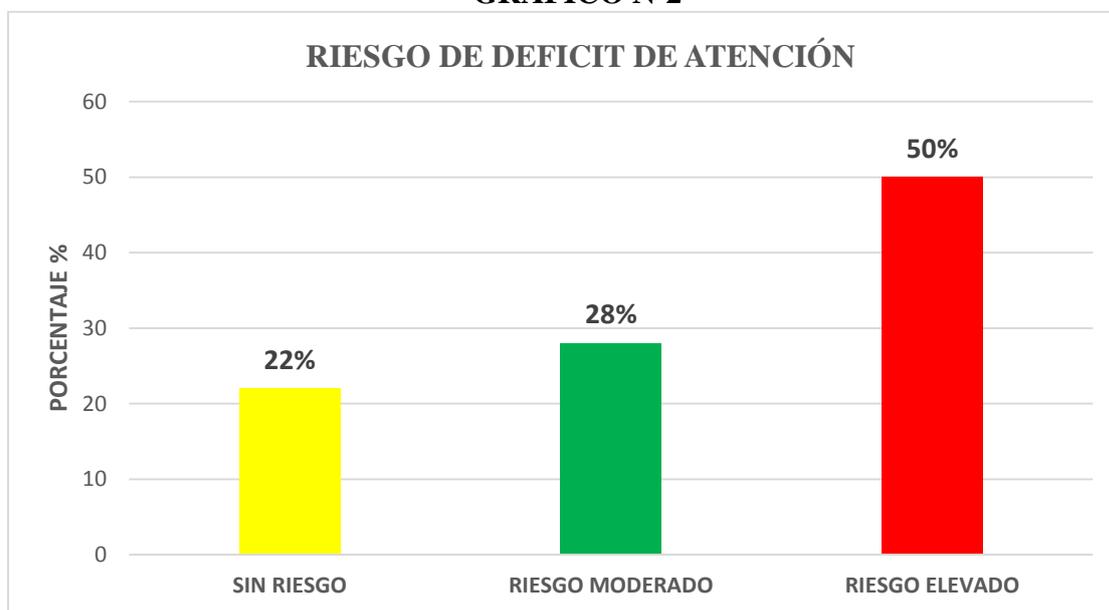
A continuación, se exponen los resultados obtenidos en la aplicación del test de EDAH (Escala para la evaluación del Trastorno por Déficit de Atención por Hiperactividad)

CUADRO N.º 4
RIESGO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN

Nivel de riesgo de déficit de atención	F	%
Sin riesgo centil (5-85)	29	22%
Riesgo moderado centil (90-94)	37	28%
Riesgo elevado centil (95-100)	66	50%
Total:	132	100%

Fuente: Test de EDAH
Elaboración Propia

GRAFICO N°2



Fuente: Test de EDAH
Elaboración propia

La atención es un factor muy importante en el proceso educativo, ya que permite la asimilación de conocimientos nuevos y el recuerdo de los ya aprendidos, tiene mucho que ver con la disciplina y conducta que los estudiantes manifiestan en aula; al respecto: Tudela (1992) citado en Macías, (2012, p.42) define la atención como “un mecanismo

central de capacidad limitada cuya función primordial es controlar y orientar la actividad consciente del organismo de acuerdo con un objetivo determinado”.

Se puede observar que los resultados obtenidos reflejados en el cuadro N° 4 muestran que el 50% de la población infantil estudiada presenta *riesgo de déficit de atención elevado*, lo que implica problemas en la realización de determinadas tareas por su incapacidad de mantener la atención de manera continua; sobre todo en tareas que no sean altamente motivadoras y no les resultan gratificantes (tareas largas y repetitivas), aunque también se puede manifestar, en menor grado, en tareas lúdicas. (Bonet, T.2008, p.20) “La escuela y el aprendizaje escolar les exigen una atención intensa y continuada para realizar las tareas “solo atienden a lo que le interesa”.

Este comportamiento se caracteriza por una disminución persistente en la capacidad atencional cuya frecuencia y severidad es mayor de lo típicamente observado en lo individuos en comparación con otros de su misma edad.

Según Pineda (2016, p.50.), en la investigación titulada “Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en las escuelas de San Pedro de Sula 2016”, el autor menciona que en un porcentaje de 75% los niños de sexo masculino presentan hiperactividad.

Asimismo, un 28% presenta nivel de *déficit de atención moderado*; los datos reflejan que estos niños/as presentan una conducta disruptiva que manifiestan en aula, ellos pueden estar en riesgo de que se agudice este trastorno que perjudica la capacidad de centrar la atención en algún objeto específico.

Los niños con TDAH, ante la presentación simultánea de información o la necesidad de realizar varias tareas, se caracterizan por mayores fluctuaciones en la distribución de la atención. Así, las situaciones con muchos estímulos suelen desconcentrar al niño o la niña. Los niños y niñas hiperactivos se despistan cuando aparece un nuevo estímulo, que compite con el que ocupaba su atención, “se distrae con nada”.

La atención sostenida es la más afectada en los niños y niñas con TDAH presentan problemas en la realización de determinadas tareas por su incapacidad de mantener la atención de manera continua; sobre todo en tareas que no sean altamente motivadoras y no les resultan gratificantes (tareas largas y repetidas), aunque también se puede manifestar, en menor grado, en tareas lúdicas.

La escuela y el aprendizaje escolar les exigen una atención intensa y continuada para realizar las tareas “solo atienden a lo que le interesa”.

La alteración en uno o más de uno de estos procesos que puede llevar a la aparición de un trastorno atencional. Desde el punto de vista aplicado, lo importante es considerar que podemos desarrollar estrategias encaminadas a mejorar el funcionamiento de los mecanismos atencionales, las variables que le afectan y la forma de controlarla.

Los(as) niños(as) con inatención tienen muchas dificultades para realizar una misma actividad durante un periodo de tiempo largo. Se aburren enseguida, tras unos minutos haciendo la tarea (se le va el “santo al cielo”) y empiezan a pensar en otras cosas. El hecho de no fijarse bien lo que hacen ocasiona que cometan errores en materias que podrían dominar.

Por otra parte, de la población estudiada un 22% se encuentra en el nivel *sin riesgo de déficit de atención*; lo que significa que no son afectados por este trastorno y que posiblemente la conducta que ha llamado la atención a sus profesores sea producto de falta de disciplina y/o educación de los mismos, esta minoría de niños son capaces de mantener la atención en una misma actividad el tiempo necesario para realizarlo y poder reorientar la atención hacia otro estímulo y actividades cognitivas más complejas.

Comparando los resultados obtenidos en la presente investigación con investigaciones sobre el mismo tema, realizada en el exterior, encontramos similitudes en el estudio realizado en Riobamba, Ecuador por Erika Solís (2019, p 3), quien dice: Interesa conocer a fondo el tema ya que se debe fortalecer el buen desarrollo educativo, integral y humano. Estos niños, a la hora de atender a nuevos conocimientos, se les dificulta fijar su atención en clases, no acostumbran a seguir las instrucciones que se les dan, a menudo parece como que no escuchan cuando le hablan, tiene dificultad para organizar sus tareas y actividades no recuerdan devolver las cosas cuando las prestan, no miden el peligro, arrancan las hojas de las tareas que le colocan para evitar hacerlas, pierden los útiles, acostumbran a que todo se lo repitan, mienten para justificar sus actos, llaman la atención de cualquiera forma, en los juegos no esperan el turno.

En síntesis, se observa que un gran porcentaje de niños y niñas presentan un nivel de riesgo elevado y moderado de déficit de atención. Por lo que se puede concluir que la gran mayoría de los niños encuestados presentan dificultades en lograr enfocar su

atención en cuestiones específicas, aspecto que estaría afectando el buen desempeño escolar, perjudicándolos en clases y en la realización de sus tareas, ya que la atención dispersa no les permite seguir órdenes, captar nuevos conceptos, seguir las explicaciones e indicaciones del maestro.

5.3. Objetivo 3: Establecer el nivel de riesgo de trastorno de conducta que presentan los niños(as) del nivel primario.

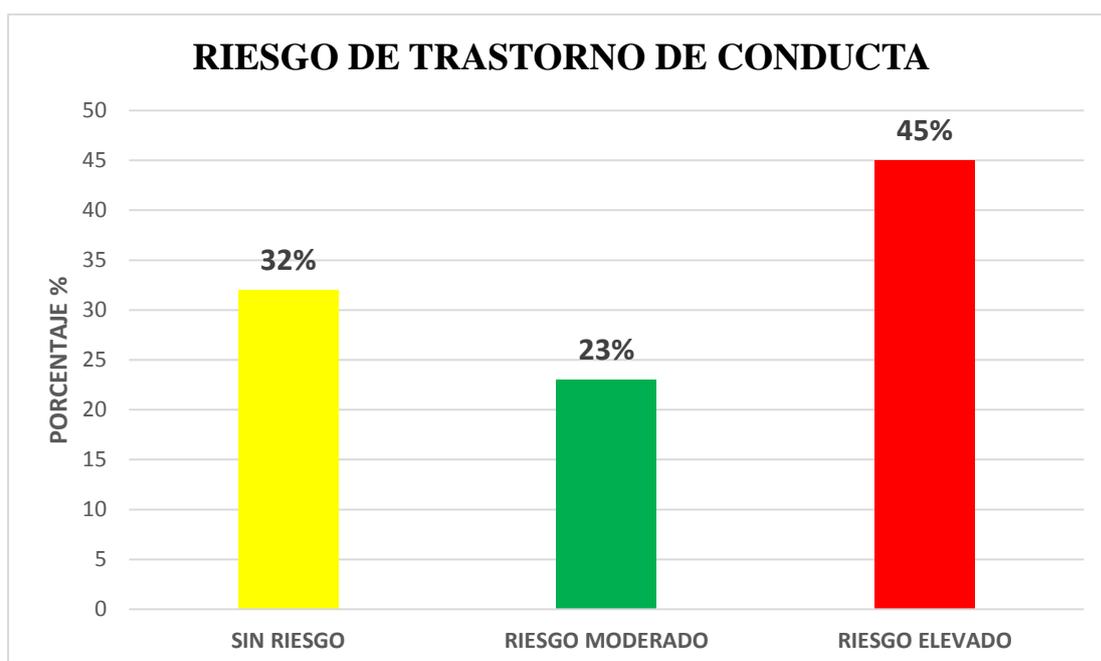
A continuación, exponemos los resultados obtenidos en la aplicación del test de EDAH (Escala para la evaluación del Trastorno por Déficit de Atención por Hiperactividad).

CUADRO N.º 5
RIESGO DE TRASTORNO DE CONDUCTA

Nivel de Riesgo de Trastorno de Conducta	F	%
Riesgo elevado centil (95-100)	59	45%
Sin riesgo centil (5-85)	43	32%
Riesgo moderado centil (90-94)	30	23%
Total	132	100%

Fuente: Test de EDAH

GRÁFICO N.º 3



Fuente: Test de EDAH

Elaboración propia

Papalia (2009, p.446) señala el trastorno de conducta como un patrón de comportamiento persistente y repetitivo, agresivo y antisocial que viola las normas sociales o los derechos ajenos.

De acuerdo a CHADD (2005) citado en López (2014, p.28) entre los trastornos de comportamiento perturbador (DSM-IV-TR) se encuentran dos trastornos similares: el trastorno de oposicionismo desafiante (TOD) y el trastorno disocial (TD) o trastorno de conducta (TC) en el DSM-5. Entre los síntomas comunes que aparecen en menores que tienen estos trastornos se encuentran el desafío a las figuras de autoridad, los arrebatos de ira y otras conductas antisociales como agredir, mentir y robar. Se considera que la diferencia entre trastorno oposicionista desafiante y el trastorno de conducta está en la gravedad de los síntomas y puede ser continuo, a menudo, con el progreso del TOD a TC.

Los menores que los padecen son muy beligerantes, tercos, discutidores, no aceptan órdenes, tienen una actitud desafiante y hacen con frecuencia lo contrario de lo que se les manda, pero sin llegar a violaciones serias de los derechos de otros, ni de las normas sociales.

No ceden ni negocian con adultos y compañeros, ignoran órdenes, se muestran hostiles con ellos(as) hasta el punto de llegar a agredir verbalmente mediante insultos. Ello se ve mucho en el ámbito familiar y escolar con las personas más conocidas y cercanas (DSM-IV-TR, 2003).

De acuerdo a los resultados obtenidos el 45% presenta un *riesgo elevado* de trastorno de conducta, lo que posiblemente dificulta el trabajo de los profesores en aula, principalmente por las constantes interrupciones y llamadas de atención, presentando desobediencia y hostilidad hacia las figuras adultas de autoridad, en este caso hacia los profesores y posiblemente con sus padres en sus hogares. Además, estaría afectando también la relación de estos niños con sus pares, muchas veces aislándolos o someténdolos a enfrentamientos con sus compañeros, donde las actitudes violentas pueden llegar a ser frecuentes.

Según CHADD (2005) citado en López (2014) “El TOD (Trastorno oposicionista Desafiante) es una forma moderadamente severa de trastorno disruptivo que se refiere a un patrón recurrente de conductas negativas, desafiantes, desobedientes y hostiles contra la figura de autoridad” (p.32).

Según Custodio (2018) en la investigación titulada: Problemas emocionales y de conducta "Estudio realizado con los estudiantes de quinto grado de primaria de la Escuela José Joaquín Palma de la ciudad de Quetzaltenango" esta autora menciona las siguientes conclusiones:

- El niño expresa lo que vive en el hogar, con su comportamiento demuestran cómo se sienten, indican si existen problemas con los padres o si se relaciona con agresiones y así mismo lo expresan hacia sus compañeros, falta de interés, conductas desafiantes, entre otras.

- La falta de atención por parte de los padres es una de las causas altas con un 48% por la que los niños presentan problemas de conducta, ya que los adultos no les prestan la atención que necesitan, por lo que generan llamarla con malas conductas, y de esa manera los padres se inclinan hacia los niños para regañarlos.

- El ambiente en el que el menor se desenvuelve influye positiva o negativamente en la conducta del niño, si convive con una familia estresada por situaciones socioeconómicas, lo absorberá y por esa razón exteriorizará esos problemas, ya que no está preparado para controlar comportamientos de una manera adecuada (p.42).

Por otro lado, un porcentaje de 32% de los niños (as) sometidos a la Escala muestra un *nivel sin riesgo de trastorno de conducta* constatándose que presentan una conducta adecuada, saben seguir órdenes y se relacionan de manera adecuada con sus profesores, con sus compañeros(as) y en sus hogares.

También en el cuadro N° 5 observamos que se puntúa con 23 % en la variable *riesgo moderado*, el porcentaje muestra indicios de que dichos niños pueden estar presentando trastornos de conducta. Al ser mal interpretada o vivida sin un diagnóstico adecuado esto dificulta el normal desarrollo emocional, intelectual y social de los mismos.

Algunos niños con TND (trastorno negativista desafiante) APA, (2000) citado en Papalia (2009, p.446) también tienen un trastorno de conducta (TC), evidenciando un patrón persistente y repetitivo, que comienza a temprana edad, lo que puede transformarse en conductas antisociales, con las consecuencias previsibles. No hay que dejar de considerar que estas alteraciones pueden ser generadas por déficits neurológicos, por influencia genética o es probable que sean producto de ambientes adversos, como una crianza hostil o conflictos familiares, o ambos.

Van Goozen (2007), citado en Papalia (2009) expresa: se trata de niños(as) identificados por los profesores como estudiantes “problema”. Resulta interesante encontrar resultados que refieren a niños(as) En relación con este tipo de no aceptación de normas con frecuencia este comportamiento oposicionista se mantiene; aunque sea en perjuicio propio (prefieren salir perdiendo a ceder o pedir perdón) (Ibidem).

Estos niños y niñas tienen enfados explosivos, riñas frecuentes con adultos (no solo con familiares, sino también con profesores u otros adultos), desafían las reglas molestando a los demás intencionadamente, culpan a los otros de sus errores, son muy sensibles a los comentarios ajenos y pueden ser muy resentidos, rencorosos y vengativos (Soutullo, C, 2004, p.52).

Cabe señalar que algunos autores han destacado como problemáticas otras conductas en menores antisociales, tales como alborotos, alardes y culpar a los demás. La mayor parte padecen formas relativamente suaves de comportamiento revoltoso comparado con la agresión, el hurto, el vandalismo u otras actuaciones que producen daño a personas o a la propiedad.

Según Kazdin (1999) citado por López (2014, p.29) específicamente se inclinan menos a someterse a la autoridad de los adultos, a mostrar cortesía y responder de manera que se fomenten más interacciones positivas. Quienes también ponen de manifiesto que de los síntomas alternativos encontrados en niños(as) antisociales, los relacionados con la hiperactividad son los identificados con más frecuencia “exceso de actividad motriz, agitación, impulsividad, falta de atención, y mayor actividad en general”.

En síntesis, se concluye que los niños y niñas presentan un nivel elevado de riesgo de padecer trastorno de conducta, generalmente los profesores los califican como los “molestos o malcriados del curso”, pues están en movimiento constante, principalmente en momentos inadecuados, presentan inquietud, nerviosismo e incapacidad de estar sentados, suelen ser calificados de revoltosos, molestan a los otros niños o familiares, no pueden estar callados, son parlanchines, movedizos y ruidosos.

5.4. Objetivo 4: Evaluar el nivel de madurez visomotriz del niño(a) con respecto a su edad cronológica.

A continuación, los resultados obtenidos en la aplicación del test de Bender

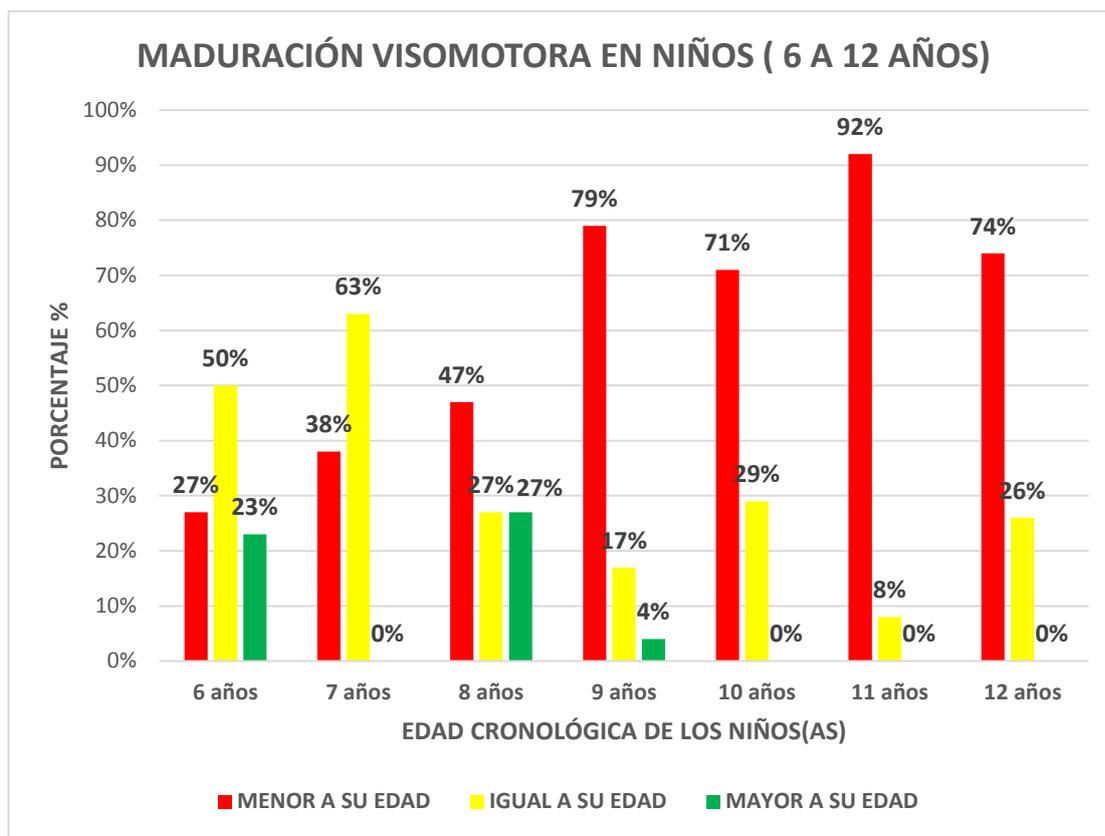
**CUADRO N° 6
MADUREZ VISOMOTORA EN NIÑOS (6 A 12 AÑOS)**

Edad cronológica de niños(as) (6 a 12 años)	EDAD MADURACIÓN VISOMOTRIZ								Menor a su edad	Igual a su edad	Mayor a su edad	Total	
	5	6	7	8	9	10	11	12					
6	6	11	5	0	0	0	0	0	6	11	5	22	
									27%	50%	23%		
7	2	4	10	0	0	0	0	0	6	10	0	16	
									38%	63%	0%		
8	2	2	3	4	1	3	0	0	7	4	4	15	
									47%	27%	27%		
9	0	2	9	8	4	1	0	0	19	4	1	24	
									79%	17%	4%		
10	0	3	6	2	6	7	0	0	17	7	0	24	
									71%	29%	0%		
11	0	1	3	2	1	4	1	0	11	1	0	12	
									92%	8%	0%		
12	0	1	4	5	3	1	0	5	14	5	0	19	
									74%	26%	0%		
									Total	80	42	10	132
										61%	32%	8%	100%

Menor
Igual
Mayor

Fuente: test de EDAH
Elaboración propia

GRÁFICO N° 4



Fuente: Test de EDAH

Elaboración propia

La madurez viso- motriz se considera a partir de la adquisición de la función cognitiva en la que interviene la coordinación motriz y la percepción visual, mecanismo fundamental para el aprendizaje de la lecto escritura. Su inoperancia también influye en el rendimiento académico del(a) niño(a). (Bender,1991, p.28)

En el caso del trabajo con niños(as) que tienen Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es frecuente escuchar sobre la frecuencia de dificultades en el aprendizaje. Además de los síntomas que presenta el niño o la niña, estos pueden darse en varios niveles como: discapacidades relacionadas con la percepción visual, discapacidades relacionadas con la percepción auditiva, con la percepción propia perceptiva, percepción vestibular, en el lenguaje, en las funciones motoras, etc.

La madurez de la percepción visomotriz es una función cognitiva, asociada a la adquisición del lenguaje en el niño y niña y está relacionada con el nivel de inteligencia que presentan. Por tanto, influye en la memoria, la motricidad manual y otras facultades que son fundamentales en el proceso de aprendizaje.

Requiere de la coordinación ocular y motriz. La primera está referida a la percepción de los diferentes estímulos visuales del entorno, donde trabaja la visión en un proceso de diferenciación y la segunda a la habilidad motriz, que hace referencia al dominio de la motilidad corporal ya sea en lo referente a la motricidad fina o gruesa.

Esta función cognitiva está íntimamente relacionada con el nivel de desempeño, que presenta un niño o niña a nivel académico y se manifiesta en el aprendizaje de la escritura, la lectura, que son dos de las habilidades primordiales para un buen desempeño escolar.

De acuerdo a los resultados obtenidos en un total de 132 niños evaluados de la muestra, en el Cuadro N° 6 se concluye lo siguiente:

El 92% de los niños/as con edad cronológica de 11 años presenta una maduración visomotriz por debajo de su edad cronológica, siendo en esta edad donde se manifiesta el mayor porcentaje

Así también el 79% de niños/as con edad cronológica de 9 años presenta una maduración visomotora por debajo de su edad.

Por otro lado, en un porcentaje del 74%, de estudiantes de 12 años presenta una maduración visomotriz por debajo de su edad.

Estos datos revelan que un gran porcentaje de niños(as) no cuentan con la madurez suficiente para su edad, posiblemente sus reacciones y actitudes sean muy infantiles y no acordes a la edad de sus coetáneos, por lo tanto, esta falta de maduración puede estar afectando tanto en sus relaciones, así como en su desempeño escolar, impidiendo un buen desarrollo de sus capacidades.

La coordinación visomotriz puede verse afectada con retraso de la maduración del sistema nervioso central o por daño neurológico.

Los datos muestran que la integración visomotora de los niños y niñas con TDAH evoluciona a un ritmo más lento que lo normal. El tipo de evolución depende de la edad y la capacidad mental de los niños y niñas.

Fernández (2014, p.49) señala "Una función visomotora inmadura a una cierta edad puede indicar una cierta disfunción o trastorno en los alumnos, llegando incluso a ser la causa del fracaso escolar de los mismos".

Los alumnos con TDAH no muestran un progreso real hasta que tienen unos nueve años. Los niños y niñas con dificultades de aprendizaje y con una puntuación de C.I. (cociente intelectual) por debajo de la media no muestran mejoría significativa en el Bender y en su rendimiento hasta que tienen diez años e incluso 11 años.

Bernand (2007,p.42) señala en la primera infancia están estrechamente entrelazadas las actividades y las aptitudes mentales y físicas del niño y la niña. Esto se pone de manifiesto en las pruebas de capacidad mental realizadas en este periodo. Muchas de las cosas que se hacen para probar la aptitud, que tiene un niño niña para advertir objetos y comprender relaciones, implican también una prueba de su capacidad para realizar movimientos musculares coordinados.

Las características físicas pueden medirse objetivamente, pero tienen también dimensiones subjetivas. El aspecto subjetivo incluye el significado que el niño o niña atribuyen a las propiedades físicas de su cuerpo y su habilidad motriz el significado que tienen estas características en su visión de sí mismo(a), la idea que posee de sus recursos y debilidades con respecto a sí mismo y lo que él(ella) y otros pueden esperar de él. Durante la infancia, las actividades motrices desempeñan un papel esencial en muchas de sus empresas intelectuales y proporcionan el medio para gran parte de sus contactos sociales con otros niños y niñas (Ibidem).

“La percepción visual depende del grado de maduración del sistema nervioso central y de la estimulación medioambiental”, a su vez favorece el desarrollo de otras funciones perceptivas y se encuentra estrechamente ligada con la evolución de habilidades cognoscitivas superiores, tales como el lenguaje, el razonamiento, la memoria, el aprendizaje y la coordinación visomotora. Todas ellas, sustentan el rendimiento escolar exitoso desde los primeros años de la vida académica del niño.

Psicólogos y educadores suponen que el desarrollo perceptomotor adecuado es prerequisite para el desarrollo de las habilidades académicas” (Heredia, Santaella, Somarrib. 2012, p.14).

Se acepta, de manera normalizada que los primeros pasos de la locomoción no se dan con las piernas, sino con los músculos de la parte superior del tronco y de los brazos. El trastorno del desarrollo de la coordinación motora se manifiesta en edades tempranas como tropezar y retrasos en la consecución de los hitos del desarrollo motor: Gatear,

caminar, sentarse, anudar los zapatos, etc. Y en los niños y niñas mayores pueden manifestarse dificultades en las tareas motoras como hacer rompecabezas, jugar a la pelota y escribir; el diagnóstico solo se establece si interfiere significativamente el rendimiento académico, la prevalencia se ha estimado en un seis por ciento en niños de cinco a 11 años de edad. La coordinación visomotriz es la capacidad de vincular la visión con los movimientos del cuerpo o de sus partes. Cuando una persona ve un objeto y trata de alcanzarlo sus manos están guiados por la vista. Los niños que presentan problemas visomotores tienen dificultades con la ejecución de habilidades adaptativas comunes en la vida como correr, atrapar, lanzar, trazar, copiar, escribir y leer, entre otras.

La enseñanza individualizada es conveniente, pero se dificulta por la cantidad de niños en aula, además hay que apuntar que en clases muchos profesores y administradores aún esperan que todos los niños y niñas alcancen el mismo rendimiento académico, de manera pareja o igual. La aplicación repetida del test de Bender proporciona un registro de maduración de un niño(a) dado y puede ser una ayuda para establecer expectativas realistas de su rendimiento.

Un niño o niña con una marcada discrepancia entre el C.I. y las puntuaciones en el test de Bender, normalmente indica que tiene dificultades específicas en el aprendizaje.

Así también, se debe destacar que en el Cuadro N° 6, el 63% de niños/as de edad cronológica de 7 años presenta una maduración visomotriz igual a su edad cronológica.

Estos datos son muy importantes, más aún, tomando en cuenta que la coordinación visomotriz es definida como la sucesión ordenada, funcional y precisa de movimientos ojo-mano y ojo-pie. Implicando un funcionamiento adecuado de los órganos visuales y una actividad reguladora del sistema nervioso central para que se produzca una respuesta motora armonizada con la percepción inicial (Carreras María y Otros, 2008, p.2).

Es cierto que el rendimiento académico niños(as) se ve afectado considerablemente por las vivencias que atraviesan y los efectos que éstas desencadenan. Sin embargo, existen otros tipos de condiciones; al respecto es importante tomar en cuenta obtener un criterio cabal de la personalidad de un sujeto.

De lo anterior se desprende la madurez en la percepción visomotriz, que hace referencia a la adquisición de la coordinación visual y manual, mecanismo fundamental para el

aprendizaje de la lectura y la escritura, etc. Su inoperancia también influye en el rendimiento académico del(a) niño(a).

Así, en los primeros años del periodo educativo comienza la adquisición óculo manual mediante el dibujo. Esta coordinación entre los movimientos corporales y los estímulos visuales debe ir perfeccionándose con el paso de los años. Además, está íntimamente relacionada no solo con la escritura sino también con el nivel de inteligencia ya que la ineficiencia en la escritura trae consigo inevitablemente falencias en la estructuración cognitiva.

Muchos autores como Bender, Frosting, Horne, Koppitz consideran a la percepción visomotora como una función psicológica primordial y cualquier alteración en su desarrollo incrementa la disfunción cognitiva aumentando las probabilidades de perturbaciones emocionales (Koppitz, 1999, p.20).

En síntesis: de manera general se observa que el mayor porcentaje de niños y niñas encuestados recae en la variable correspondiente a un nivel de maduración visomotora menor a su edad cronológica, principalmente en el rango de edad entre ocho a doce años, mientras que los niños comprendidos entre seis y siete años en su mayoría presentan maduración visomotora acorde o igual a su edad; en relación a estos resultados se puede deducir que a medida que van pasando los años en el ámbito social y escolar, se les va dificultando más la adquisición de habilidades propias de la edad, es decir como si la “brecha” entre los niños hiperactivos y los que no padecen este trastorno se va haciendo más evidente, posiblemente porque la imposibilidad de centrar su atención a las explicaciones impartidas por el profesor en aula, la facilidad que tienen para distraerse y no poder seguir el hilo de lo que se está enseñando y el constante movimiento motor les hace perder las explicaciones y así la adquisición de aprendizajes y habilidades propias de la edad se ve menoscabada.

CONCLUSIONES

A continuación, se presentan las conclusiones a las que se llegaron después de haber realizado la interpretación y el posterior análisis de los datos recolectados acerca del análisis del riesgo por trastorno con déficit de atención con hiperactividad en niños(as) de las unidades educativas fiscales de Tarija.

Entre las conclusiones se tiene:

Respecto al objetivo general se concluye que los niños(as) de las unidades educativas fiscales e la ciudad de Tarija presentan un nivel de riesgo elevado de TDAH.

En cuanto al **primer objetivo específico** se concluye que los(as) niños(as) de las unidades educativas fiscales de la ciudad de Tarija, muestran un alto porcentaje con riesgo de presentar el trastorno de Hiperactividad, lo que confirma el enunciado de la hipótesis, que dice: *“Los(as) niños(as) del nivel primario de las unidades educativas fiscales de la ciudad de Tarija presentan un nivel de riesgo elevado de hiperactividad”*.

En relación al **segundo objetivo**, los niños evidencian un riesgo elevado de Déficit de atención, confirmándose el segundo enunciado de la hipótesis de la investigación que indica: *“Los(as) niños(as) del nivel primario de las unidades educativas fiscales de la ciudad de Tarija presentan un nivel de riesgo elevado de déficit de atención”*.

En cuanto al **tercer objetivo específico** se manifiesta un alto porcentaje de niños con riesgo elevado de trastorno de conducta, por lo que estos datos permiten confirmar el tercer postulado de la hipótesis, que plantea: *“Los(as) niños(as) del nivel primario de las unidades educativas fiscales de la ciudad de Tarija presentan un nivel de riesgo elevado de trastorno de conducta”*.

En lo que respecta al **cuarto objetivo específico**, se concluye que una significativa mayoría de niños(as) se encuentra en un nivel de madurez visomotora menor a su edad cronológica en niños comprendidos en el rango de edad de 9 a 12 años, mientras que los niños menores de 6 a 7 años mayormente se encuentran en un nivel acorde a su edad cronológica, lo que se confirma parcialmente el cuarto postulado de la hipótesis *“Los(as) niños(as) del nivel primario de las unidades educativas fiscal de la ciudad de Tarija presentan un nivel de maduración visomotriz, por debajo de su edad cronológica”*.

RECOMENDACIONES

Después de haber concluido el presente trabajo de investigación se dan las siguientes recomendaciones.

A la Carrera de Psicología:

- Que, a través de su Gabinete Psicopedagógico, incorpore una batería de tests actualizados, que se ponga a disposición de los estudiantes, como por ejemplo

enseñar la aplicación del test EDAH Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, utilizado en el presente trabajo.

- Que los docentes apoyen de manera práctica el proceso formativo e investigativo, porque son los que más experiencia tienen en cuanto a la aplicación e interpretación de los test, de manera tal que los resultados obtenidos por los alumnos sean óptimos.
- Que los estudiantes se ocupen e interesen en lograr mayores conocimientos sobre los diferentes aspectos que aglutina la psicología, comprendiendo la gran responsabilidad que conlleva el ejercicio de la profesión ya que se trabaja con seres humanos.
- Establecer convenios con instituciones educativas para que los estudiantes, mediante las Prácticas Institucionales, coadyuven a la solución de esta y otras problemáticas.

A los padres o tutores de los niños/as:

- Participar en charlas o talleres que implementen las Instituciones Educativas, dirigidos a padres/madres de familia donde aprendan a reconocer los síntomas que presentan los niños que sufren alguno de estos trastornos u otros, para que de ser necesario puedan buscar apoyo profesional oportuno, evitando que esta problemática se profundice.
- En caso de que el profesor le indique un posible trastorno de Hiperactividad, Atención o conductual en su hijo(a) no dudar en buscar ayuda adecuada y seguir las indicaciones y tratamiento oportuno.

A las Unidades Educativas:

- Implementar programas y talleres de información sobre los trastornos en el proceso evolutivo del(la) niño(a) en coordinación con otras instituciones para que, mediante el apoyo de profesionales psicólogos, se pueda capacitar a los educadores sobre el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, considerando que es en el colegio donde muchas veces se detectan algunas deficiencias o anomalías en el desarrollo integral de los niños.
- Es importante para las instituciones educativas estar siempre atentas a la alteración en uno o más de uno de estos procesos que puede llevar a la aparición de un trastorno

atencional en sus estudiantes, pues, desde el punto de vista aplicado, lo importante es considerar que es posible desarrollar estrategias encaminadas a mejorar el funcionamiento de los mecanismos atencionales, las variables que le afectan y la forma de controlarla.

- Promover la cultura de paz, para que los niños practiquen valores de bien, que eviten que los niños diagnosticados con TDAH no sean discriminados ni ridiculizados.
- Implementar Gabinetes Psicológicos en la Unidades Educativas.

A los futuros investigadores:

- Que, a través de futuras investigaciones, se siga profundizando sobre esta problemática, ya que se pudo comprobar que no existen programas específicos para el tratamiento del TDAH, aunque es considerado uno de los obstáculos más frecuentes que impiden el normal desarrollo académico del niño/a.
- Complementar el diagnóstico del TDAH con otras pruebas psicológicas.
- Extender la muestra a las unidades educativas ubicadas en el área dispersa y del ámbito privado.