



**USMP**

UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTÍN DE PORRES

**INSTITUTO PARA LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN  
SECCIÓN DE POSGRADO**

**LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN EDUCATIVA Y EL TRANSTORNO  
POR DÉFICIT DE LA ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS DEL  
DISTRITO DE PARAMONGA 2011**

**TESIS**

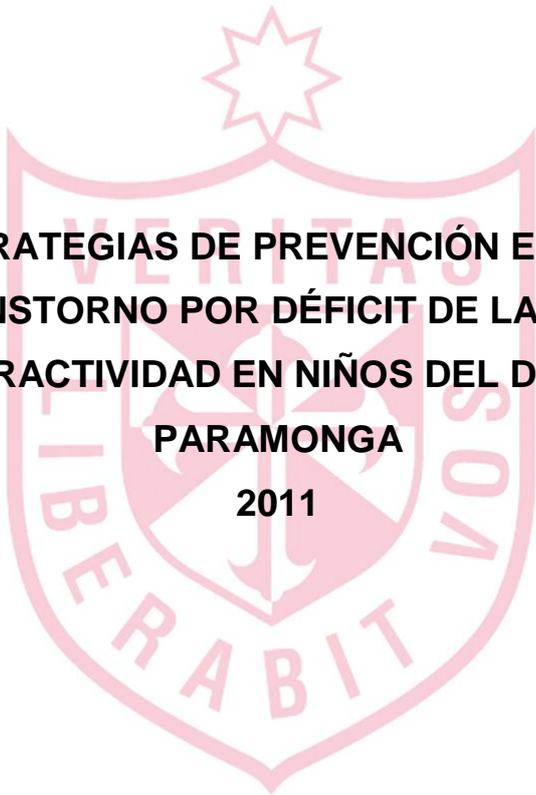
**PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN EDUCACIÓN  
CON MENCIÓN EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN UNIVERSITARIA**

**PRESENTADA POR**

**VIOLETA ELIZABETH BAZÁN SÁNCHEZ**

**LIMA, PERÚ**

**2013**



**LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN EDUCATIVA  
Y EL TRANSTORNO POR DÉFICIT DE LA ATENCIÓN  
CON HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS DEL DISTRITO DE  
PARAMONGA  
2011**

**ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO**

**ASESOR:**

Dr. Oscar Rubén Silva Neyra

**PRESIDENTE DEL JURADO:**

Dr. Florentino Mayurí Molina

**MIEMBROS DEL JURADO:**

Dra. Alejandra Dulvina Romero Díaz

Dr. Víctor Raúl Díaz Chávez

Dr. Raúl Reátegui Ramírez





#### **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Ana María Orbegoso, Directora, a las profesoras involucradas en la tarea con los niños de la IEP “Divino Corazón de Jesús”; de Paramonga y al Dr. Oscar Rubén Silva Neyra, asesor de tesis, quienes permitieron que este trabajo culmine.

## ÍNDICE

<b>Portada</b>	Páginas
	i
<b>Título</b>	ii
Asesor y miembros del Jurado	iii
Agradecimiento	iv
<b>ÍNDICE</b>	v
<b>RESUMEN</b>	vii
<b>ABSTRACT</b>	viii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	ix
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1 Descripción de la realidad problemática	1
1.2 Formulación del problema	3
1.2.1 Problema general	4
1.2.2 Problemas específicos	4
1.3 Objetivos de la investigación	5
1.3.1 Objetivo general	5
1.3.2 Objetivos específicos	5
1.4 Justificación de la investigación	5

1.5 Limitaciones de la investigación	6
1.6 Viabilidad de la investigación	6
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>8</b>
2.1 Antecedentes de la investigación	8
2.2 Bases teóricas	11
2.3 Definiciones conceptuales	16
2.4 Formulación de hipótesis	22
2.4.1 Hipótesis general	22
2.4.2 Hipótesis específicas	22
2.4.3 Variables	23
<b>CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO</b>	
3.1 Diseño de la investigación	24
3.2 Población y muestra	25
3.3 Operacionalización de variables	29
3.4 Técnicas para la recolección de datos	30
3.5 Técnicas para el procesamiento y análisis de los datos	32
3.6 Aspectos éticos	32
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	<b>33</b>
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
5.1 Discusión	39
5.2 Conclusiones	41
5.3 Recomendaciones	42
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	
Referencias bibliográficas	43
Referencias hemerográficas	44

## RESUMEN

La meta principal de este estudio fue demostrar que las estrategias educativas de Detección y Manejo del TDAH en niños de 6 años a 8 años de edad; mejoran el pronóstico de evolución de este trastorno.

Este programa fué aplicado en dos aulas de treinta y dos niños cada una, entre 6 á 8 años de edad, diagnosticados con DTAH, que estudiaban el primer grado de la educación primaria de una institución educativa particular, en dos años consecutivos, en el distrito de Paramonga - Lima - Perú.

Los resultados obtenidos demuestran la necesidad urgente de ejecutar programas curriculares dirigidos a los profesores para capacitarlos en la Detección y Manejo del TDAH incorporándolos al sistema educativo peruano en beneficio de estos niños y de la sociedad en general.

## **ABSTRACT**

The main goal of this study was to desing, if the preventions educations estrategys help in the prognostic of the Desatention Transtorn and Hiperactivity (DTAH) in children of the six until eight years old.

For elaboraction had have done two classrooms of thirty two children each one, enter six and eighth years old, whom studied the first grade of primary education of the educative institution private, in the two years consecutives, in Paramonga – Lima – Perú; identificatable theirs children with DTAH.

The results obtain show the need urgently of implement a curricular program in the teacher's formation of peruvian system education for fortify of the adquiry capabilyties and competentions for disability to good children and the society in general.

## INTRODUCCIÓN

El desarrollo del capital humano se inicia cuando se logra que la infancia tenga el mejor comienzo en la vida; no solamente para sobrevivir sino para conseguir que todos los niños y niñas crezcan y alcancen su potencial.

Las neurociencias desarrolladas en las 2 últimas décadas han permitido, incorporar su aporte a otras áreas de la dimensión humana y esta vez la aplicamos en relación con el desarrollo del niño, la escuela y la familia.

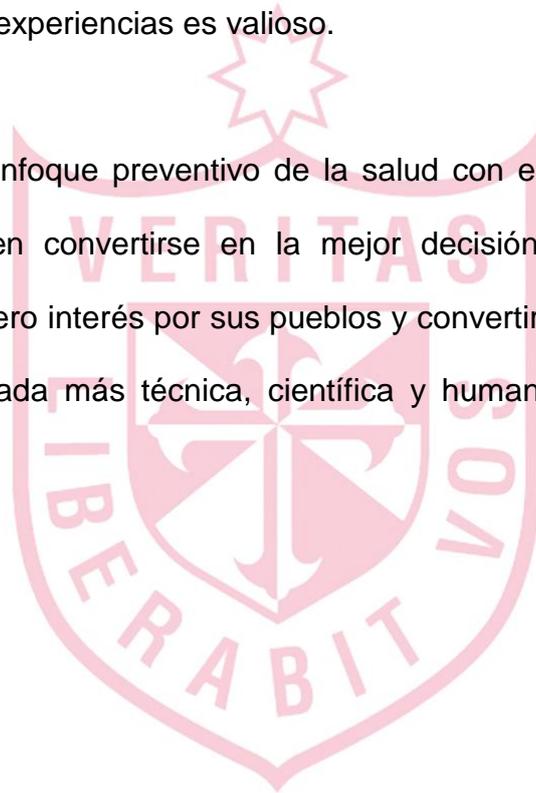
La propuesta de ayudar a los padres y a los maestros a lograr el mejor ambiente para el desarrollo de las habilidades cognitivas, sociales y emocionales del niño, es parte del conocimiento minucioso del desarrollo y funcionamiento normal del cerebro, lo que es la base fundamental para el reconocimiento de los signos de alarma, es decir del trastorno o la patología.

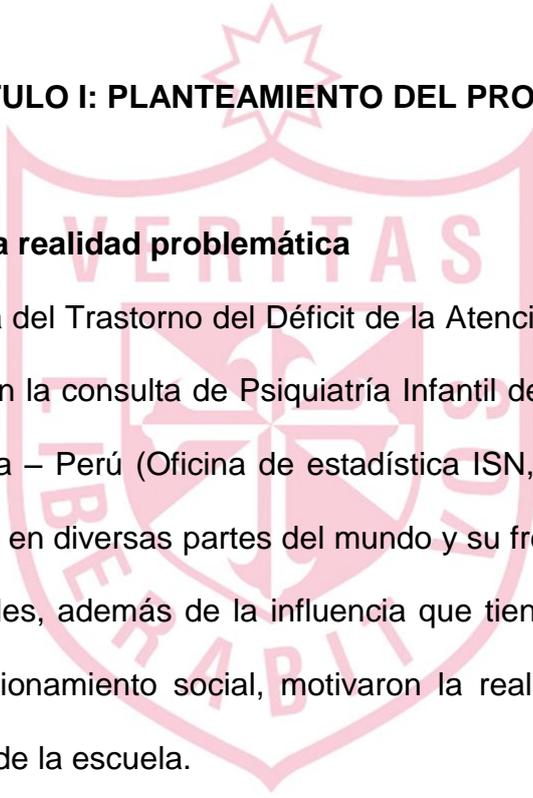
El Trastorno del Déficit de la Atención con hiperactividad (TDAH), es el trastorno más frecuente en los últimos tiempos, que padece la población infantil y afecta negativamente al rendimiento académico y funcionamiento social. De origen

multifactorial, de diagnóstico clínico, de manejo interdisciplinario, de larga evolución y de alto costo social y económico.

Se lograrán mejores resultados, si el trabajo intensivo se desarrolla en el ambiente natural del escolar – la escuela - se observa al niño en un horario prolongado, se convive con las maestras y se tienen a los padres prestos para colaborar en la atención de sus hijos. Aportar con un método validado y fortalecido con otras experiencias es valioso.

Postulamos que el enfoque preventivo de la salud con estudios en poblaciones concentradas, pueden convertirse en la mejor decisión de los gobiernos en demostrar su verdadero interés por sus pueblos y convertir en una política pública en educación la mirada más técnica, científica y humana la priorización de la infancia.





## CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción de la realidad problemática

La alta frecuencia del Trastorno del Déficit de la Atención con Hiperactividad - TDAH – (34%); en la consulta de Psiquiatría Infantil del Instituto de Salud del Niño (ISN) – Lima – Perú (Oficina de estadística ISN, 2010), las variaciones en su prevalencia en diversas partes del mundo y su frecuente asociación con otras enfermedades, además de la influencia que tiene sobre el rendimiento escolar y el funcionamiento social, motivaron la realización de la presente investigación desde la escuela.

El tiempo que el niño está en la escuela es adecuado para observarlo, medir su desarrollo y aprendizaje. Las capacidades adquiridas en la edad escolar son resultado de la historia natural del niño desde su formación en el embarazo de la madre, los cuidados desde la cuna, la primera infancia y los que recibe en un entorno pedagógico calificado. Las dificultades en el aprendizaje en los primeros años escolares tienen especial connotación en el

futuro de las personas; lo que constituye una responsabilidad y un reto de solución, de las instituciones, familia y personal involucrado en la supervisión del desarrollo integral del niño.

En el mundo moderno, las escuelas han cambiado, la demanda de la escuela primaria vista en las propias aulas responde a un variado listado de problemas que necesitan soluciones que auxilien urgentemente a los maestros con Estrategias Educativas especializadas y a la vez multifuncionales.

Interesa focalizar las tareas pendientes de responsabilidad mancomunada entre padres y maestros, para que el lenguaje común utilizado en ambos entornos fortalezcan las acciones programadas y los resultados sean alentadores, de no ser así, los esfuerzos se vuelven vanos.

Las normas de protección a la niñez universalmente instituidas y el Código de Niños y Adolescentes contemplan básicamente la ruta del logro de niños sanos integralmente.

Los estudiantes universitarios, particularmente los que estudian **Educación o Pedagogía** de la universidad peruana; requieren orientaciones de sus métodos de enseñanza - aprendizaje durante las asignaturas del pre – grado, para su mejor desempeño. Las calificaciones no siempre demuestran el contenido de aprendizaje de los alumnos. No existe un método homogéneo

de calificaciones. La intensidad de la información accesible no es adecuadamente utilizada.

La escuela pública no ha diseñado ni desarrolla estrategias de trabajo efectivas, para superar los problemas de aprendizaje que enfrentan los niños (as) con hiperactividad y desatención. Las instituciones formadoras de maestros (as) del nivel primario no han consideran en su currículo enfocar en su verdadera dimensión, esta situación que padecen los niño (as) en la infancia y que pueden ser mejor manejados con la ayuda de la escuela.

En las escuelas públicas urbanas y rurales del interior del país, se afrontan situaciones problemáticas en el aula: Unas comunes, solucionables y otras difíciles poco relevantes en el buen manejo con pobres resultados y con gran necesidad de instrumentos válidos; estos son los problemas que se tornan individualizados – niños con hiperactividad, desatención, impulsividad y problemas de conducta.

## **1.2 Formulación del problema**

En nuestro país existe poca aceptación de la existencia del Trastorno de la Atención con Hiperactividad por parte de los padres, los maestros y los profesionales de la salud. Es necesario plantear la incorporación de equipos de orientación de Trastornos de Aprendizaje, que en conjunto con equipos generales planteen actuaciones grupales o individualizadas según el caso en los niños y adolescentes que tienen este trastorno. Por otro lado existen problemas de accesibilidad a los servicios asistenciales y temores que todavía genera en los familiares de los niños la intervención farmacológica.

Tratándose de un trastorno con características de agregación familiar e intervención de la escuela en el pronóstico, es imprescindible revisar la prioridad que el sistema educativo dedica a este tema.

### **1.2.1 Problema general**

¿Las estrategias de prevención educativa ayudan a mejorar el pronóstico del Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños de 06 a 08 años -Paramonga – Lima?

### **1.2.2 Problemas específicos**

¿Las estrategias de prevención educativa ayudan a mejorar el pronóstico del déficit de la atención en niños de 06 a 08 años - Paramonga – Lima?

¿Las estrategias de prevención educativa ayudan a mejorar el pronóstico de la hiperactividad en niños de 06 a 08 años -Paramonga – Lima?

¿Las estrategias de prevención educativa ayudan a mejorar la impulsividad en niños de 06 a 08 años -Paramonga – Lima?

## **1.3 Objetivos de la investigación**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar si las estrategias de prevención educativa ayudan a mejorar el pronóstico del Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños de 06 a 08 años en Paramonga – Lima.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- 1 Determinar si las estrategias de prevención educativas ayudan a mejorar el pronóstico del déficit de la atención en niños de 06 a 08 años en Paramonga – Lima.
- 2 Determinar si las estrategias de prevención educativas ayudan a mejorar pronóstico de la hiperactividad en niños de 06 a 08 años en Paramonga – Lima.
- 3 Determinar si las estrategias de prevención educativas ayudan a mejorar la impulsividad en niños de 06 a 08 años en Paramonga – Lima.

## **1.4 Justificación de la investigación**

Esta investigación es muy importante y pertinente, porque nos permite sustentar la posibilidad de mejorar el pronóstico de los síntomas del TDAH en

los primeros años de la escuela. Los resultados de este estudio nos orientarán a establecer medidas eficaces y eficientes en el manejo oportuno de los casos detectados a través de la participación activa de las profesoras de aula. Los resultados podrán ser extrapolados como referencia de estudios en otros ámbitos nacionales

### **1.5 Limitaciones de la investigación**

Hay limitación para el acceso a la población educativa, por ser ámbitos cerrados y de difícil contacto. Las solicitudes para la intervención siguen trámites burocráticos que enlentecen el avance de la investigación. La logística y los costos de traslado hacen al investigador social limitar la exploración de áreas importantes de esta línea de trabajo.

El tiempo de estudio está condicionado por factores de disponibilidad de los actores: maestros, alumnos y padres de familia.

El tema TDAH, no ha sido objeto de estudios dentro de las escuelas, con este enfoque; no existen parámetros de comparación en el país publicados.

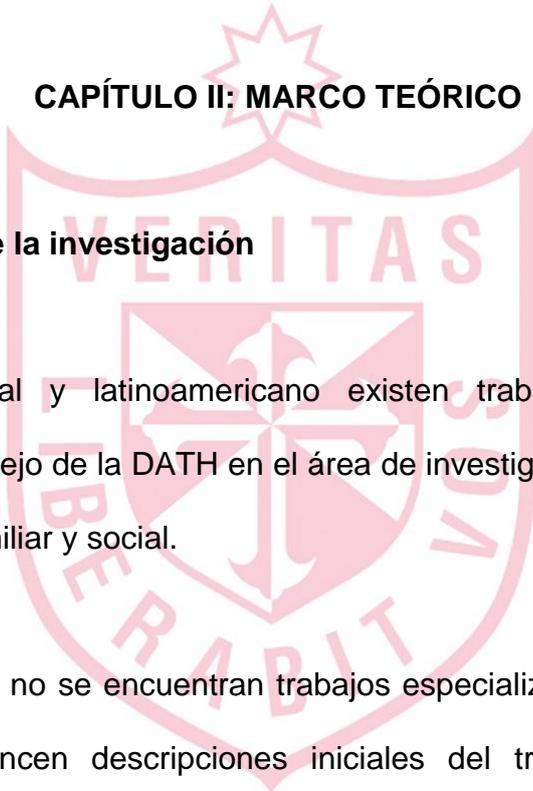
### **1.6 Viabilidad de la investigación**

La investigación es viable porque existe una población escolar que padece el TDAH, espera un diagnóstico oportuno y necesita ser orientada para su manejo familiar, psicopedagógico y/o médico especializado.

Es una línea de investigación sobre un tema vigente y que va en aumento su presentación y es de especial abordaje por ser responsable de un porcentaje importante de los trastornos del aprendizaje en la edad escolar.

Es importante resaltar que el presente estudio no pretende masificar el diagnóstico de TDAH, el objetivo de la investigación es alcanzar herramientas pedagógicas, psicopedagógicas y de manejo en la familia que sean incorporadas en la estructura institucional, en relación al bienestar de los niños.





## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedente de la investigación

A nivel mundial y latinoamericano existen trabajos orientados a la detección y manejo de la DATH en el área de investigación científica, clínica, pedagógica, familiar y social.

A nivel nacional no se encuentran trabajos especializados que partan de la escuela y alcancen descripciones iniciales del trastorno, que incluyan seguimiento y monitoreo de los niños afectados.

El Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad (TDAH), es un conjunto de síntomas y signos neurológicos y psiquiátricos heterogéneos que se inician desde la primera infancia, se evidencian en la edad escolar, se complica la evolución en la adolescencia y puede persistir en la vida adulta. La prevalencia estimada es del 5 al 10% de la población pediátrica. Se caracteriza por una falta de atención, hiperactividad e impulsividad

asociada a un deterioro psicológico, social y educativo. Además pueden coexistir otros cuadros neurológicos o psiquiátricos que complican la evolución del trastorno. El tratamiento es multidisciplinario con la intervención de las profesoras, las psicólogas, el pediatra, el neurólogo, el psiquiatra y especialmente con la participación de la familia.

Según Freedman, A.M; Kaplan, H.I y Sadock, B.J (1982); en el año 1902 el Dr. George Frederick Still, en el Royal College of Physicians, presentó la primera descripción coherente con este trastorno, definiéndola como “un defecto anormal en el control moral de los niños”. También fue denominado “impulsividad orgánica” por Kahn y Cohen en 1934. La denominación ha variado a través de los tiempos, algunas tan conocidas como disfunción cerebral mínima, lesión cerebral mínima (Strauss y Lehtinen en 1947), síndrome hiperkinético, síndrome de hiperexcitabilidad, trastorno psiconeurológico del aprendizaje. Más adelante, las clasificaciones internacionales CIE-9 de la Organización Mundial de la Salud (1992) y DSM-II de la American Psychiatric Association (1995), recogieron este trastorno con el término de “síndrome hiperkinético de la infancia”. En la década de los noventa, el DSM-IV, establece el término de “trastorno por déficit de atención/hiperactividad” (TDAH) y sigue considerado en el DSM-IV-TR (2005)

El diagnóstico de los problemas de atención en la infancia se ha relacionado mucho con los problemas de hiperactividad (H) e impulsividad (I), porque se

ha considerado que el TDAH es una alteración típica de esta edad, ya que durante estos años predominan los síntomas de H/I.

El TDAH, siempre significa una preocupación constante como trastorno con mayor incidencia y prevalencia en la población escolar, en los últimos años ha ocupado el interés de los especialistas, revisando la evolución del trastorno en el resto de la vida; cuyo pronóstico se complica más allá de la adolescencia y más aún en el término de la secundaria.

Ramos. V.Y (2007), publicó que en EEUU, aproximadamente el 10% de los niños de 10 años están medicados por TDAH, lo que convierte a este trastorno en un foco de atención controversial por lo significativo de sus múltiples componentes y de los diversos enfoques, sin encontrar una respuesta única, ni tampoco simple en su manejo.

En realidad el encuadre multidimensional, el abordaje multidisciplinario y acompañamiento desde la escuela, la familia y el equipo terapéutico mengua por ahora el descontrol de los niños, pero la tarea de los maestros es tediosa en el aula, si tienen entre 2 á 3 niños “inquietos” en un total de 35 y más aún si los padres se resisten a aceptar la condición especial del niño.

En nuestro medio no encontramos investigaciones que sean producto de la integración pedagógica y neurológica como la que acabamos de desarrollar; es mi intención alcanzar algún bagaje de experiencias producto del trabajo con las maestras de aula, la evaluación de los niños y el trabajo constante

con los padres de familia, que estoicamente asisten a las jornadas de trabajo y observan el avance en el aprendizaje y la modificación de la conducta de sus hijos.

## **2.2 Bases teóricas**

### **Estrategias de prevención educativa**

Para Burgos, M.R y Col (2009) las Estrategias de prevención educativa son modos de acción operativa, elaborados con bases pedagógicas conceptuales y prácticos comprobados, que fortalecen la tarea en el aula, se extiende a la práctica de actitudes en el hogar y el comportamiento en el ámbito social.

Desde hace ya algunos años, el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos infantiles que mayor protagonismo, atención e interés suscita no sólo en la comunidad científica sino también en la población general. En poco tiempo ha pasado de ser un trastorno mal conocido a constituirse en un fenómeno que trasciende, con mucho, el ámbito estrictamente sanitario. En otros países la elevada prevalencia de este trastorno y su mayor conocimiento por parte de los profesionales (neurólogos, psiquiatras, pediatras, psicólogos, profesores y padres) han conducido a un incremento notabilísimo de las investigaciones y las comunicaciones científicas sobre el mismo. Paralelamente, el interés y el conocimiento de los familiares de afectados y de la población en general han

crecido en igual medida. En nuestro país el tema no ha sido enfocado en su verdadera dimensión y los abordajes psicopedagógicos están concentrados más en los colegios privados.

La escuela pública peruana no ha formulado aún estrategias exitosas preventivas que tenga como centro la detección y el manejo del Trastorno del Déficit de la Atención con Hiperactividad.

Por otro lado existen excelentes tratados, libros y guías orientados a profesionales, personas afectadas y público en general que ayudan a conocer y afrontar este trastorno. En este contexto, resulta indispensable alcanzar una «Guía para padres y educadores» y “Ayuda para los niños”; que ayude en la detección y manejo de los niños(as) con TDAH en forma sencilla y segura. Buscar como objetivos: 1º aportar una concisa y breve, pero rigurosa, actualización de los aspectos esenciales del trastorno y 2º ofrecer a los padres, educadores y a los propios niños una serie de estrategias prácticas y concretas que les puedan ser de utilidad para afrontar diferentes situaciones y problemas frecuentes en las personas que padecen este trastorno; como Barkley, R.A (1999) y Cabanyes, J. y Polaino-Lorente, A. (1997) trabajaron.

El modo de intervención en los niños y adolescente con TDHA comprenderá:

1. Programar actividades cortas y adecuadas a las capacidades de atención y control.

2. Dividir las tareas en partes, indicando claramente un tiempo límite para terminar cada una de éstas y elogiando la realización correcta de cada una.
3. Priorizar la calidad sobre la cantidad: es mejor seleccionar lo más importante que pedir una gran cantidad de tareas.
4. Buscar el lugar más adecuado en el aula, facilitando el contacto ocular con el profesor y alejándolos de posibles distracciones: la ventana, la puerta de entrada.
5. Disminuir el ruido durante la clase.
6. Utilizar una buena organización que puede reforzarse colgando en la pared el programa del día y las normas de clase.
7. Diseñar gráficos que proporcionen a los alumnos información sobre su comportamiento.
8. Intercalar tareas menos motivadoras o que requieran una respuesta pasiva, como por ejemplo una exposición teórica, con otro tipo de tareas más activas, que requieran la intervención de los alumnos.
9. Utilizar un tono tranquilo, un estilo directo y ayudar al alumno a darse cuenta de que su aprendizaje nos interesa, de que nos preocupamos por él.
10. Hacerle consciente de la importancia de su implicación activa en la clase.

La intervención pedagógica es lo suficientemente importante en la primera fase del control de los niños identificados con TDAH, basta del pleno conocimiento de la maestra de cada niño en el aula, tanto en su salud física somera, sus capacidades de aprendizaje, su desempeño, su

comportamiento y su conducta, para orientarla desde la interpretación técnica y científica.

Existen los casos con comorbilidad que podrán ser orientados primariamente al manejo médico.

## **SUSTRATO CLÍNICO**

Polaino – Lorent, A (1997), describe:

### **Trastorno por déficit de la atención e hiperactividad**

Es el patrón de conducta con atención lábil, impulsividad y exceso de actividad; que se observa generalmente en pre-escolares y escolares.

El Déficit de la atención con hiperactividad (DATH), es un síndrome neurológico frecuente caracterizado por: hiperactividad, impulsividad y desatención; inadecuados para el grado de desarrollo del niño. Es el problema de comportamiento más común durante la infancia; constituye la enfermedad crónica más frecuente del período escolar, y representa un problema complejo; debido a que aparece en edades tempranas, repercute en la vida diaria del niño y existe la posibilidad que persista a lo largo de la vida.

El TDAH, coexiste frecuentemente con otros trastornos tales como: el trastorno desafiante ocasional, alteraciones de la conducta, el afecto, ansiedad, dislexia y el síndrome de Gilles de la Tourette.

Se ha mencionado al TDAH en la influencia del comportamiento violento del joven y el mayor riesgo de deserción escolar, de drogadicción en la adolescencia, la delincuencia juvenil, criminalidad y las dificultades en la vida conyugal y social.

El DATH, tiene repercusiones en el desempeño académico; se menciona que sólo el 4% de quienes lo padecen alcanza una situación profesional.

El TDAH es más común en los niños; corresponde al 9.2% y en las niñas corresponde al 2.9%

### **Sustrato genético y neurobioquímico**

Se describe que existe del 60 al 90% de heredabilidad

Se trata de un trastorno de herencia poligénica, es decir estudios científicos han demostrado la existencia de múltiples genes que contribuyen al fenotipo del TDAH.

Se han denominado a los genes según identificación en su participación neurobioquímica en relación a los neurotransmisores cerebrales de la siguiente manera:

- drd4: en el cromosoma 11p 15.5 (gen que codifica el receptor dopaminérgico d4)
- drd5, drd1b, drd112: en el cromosoma 4p16.1-p15.3 (gen que codifica el receptor dopaminérgico d5)
- slc6a3, dat1: en el cromosoma 5p15.3 (gen que codifica la proteína transportadora de dopamina dat1)

La base neuro - genética y bioquímica del gen receptor de dopamina d4 y del transportador de dopamina dat1 en relación con vías dopaminérgicas, están ya descritas

### **Sustrato Neuro-anatomo fisiopatológico**

En la neuro – anatomo - patología se observa menor volumen cerebral a expensas del lóbulo frontal derecho, núcleo estriado y cerebelo.

Por otro lado el soporte fisiopatológico está dado por las alteraciones en el desarrollo de vías corticales frontales, que traduce una maduración retrasada de la corteza cerebral frontal, las vías fronto estriatales y cerebelosas.

### **2.3 Definiciones conceptuales**

#### **Déficit de la atención**

Es el síntoma que permanece más constante a lo largo del tiempo, y tiene repercusiones negativas en situaciones académicas, laborales y sociales.

Estos niños son menos capaces que otros de mantener compromiso con las tareas; tienen dificultades para comenzar las actividades y para mantener la atención hasta completarlas. No suelen fijarse en los detalles; pierden su concentración, sobre todo, en tareas rutinarias y rechazan las que no suscitan su interés. Sus trabajos suelen ser sucios y desordenados.

Cambian de una actividad a otra sin terminar ninguna de ellas y, con frecuencia, pierden el material y olvidan las cosas. Aunque comprenden

reglas e instrucciones, a causa de su inatención no las suelen seguir si no se les advierten y recuerdan constantemente.

No mantienen el mismo grado de compromiso en las tareas que otros niños.

Presentan dificultades para prestar atención suficiente a los detalles.

Parecen no escuchar.

Tienen dificultades para organizar las tareas y no suelen finalizarlas.

Evitan el esfuerzo mental sostenido.

Pierden objetos.

Se distraen por estímulos irrelevantes.

Son olvidadizos.

### **Hiperactividad**

Se entiende como un exceso de actividad en situaciones que requieren calma. Un niño hiperactivo se mueve sin ninguna finalidad concreta. Esta inquietud se manifiesta también en conductas tales como: golpear con los dedos, mover manos y pies mientras están sentados, jugar con los lápices, hablar en exceso.

A menudo canturrean o hacen comentarios cuando los demás están en silencio.

La actividad permanente e incontrolada, incluso durante el sueño, se caracteriza por no tener una meta concreta y por aparecer en los momentos más inoportunos. El niño con hiperactividad dirige su atención hacia tareas y objetivos diferentes a los encomendados por sus padres y profesores; esto

suele provocar interacciones conflictivas que terminan, casi siempre, en reprimenda.

El exceso de actividad fluctúa según contextos y/o personas. Alcanzan su mayor grado de severidad en los lugares públicos, cuando hay visitas en casa o ante la realización de tareas aburridas o exigencias desmesuradas de familia y profesorado.

Hablan en exceso.

Mueven constantemente manos y pies.

Abandonan el asiento en la clase.

Corren o saltan en situaciones inapropiadas.

Tienen dificultades para jugar tranquilamente.

Actúan como si estuviesen impulsados por un motor.

Es más común en niños preescolares, siendo, posiblemente, el precursor evolutivo del subtipo combinado.

### **Impulsividad:**

Hace referencia a un estilo de conducta precipitado. Se manifiesta por una rapidez excesiva en el procesamiento de la información y en la emisión de la respuesta, antes de haber reunido información suficiente. Son alumnos impacientes, tienen problemas para demorar gratificaciones y para organizar su trabajo. Dejan las tareas inacabadas, tanto en casa como en la escuela; en los juegos, les cuesta mucho respetar los turnos e interrumpen constantemente a los demás; esto les origina frecuentes problemas sociales. Suelen sufrir accidentes al actuar sin pensar en los peligros.

Tienen mayores dificultades para administrarse el dinero: compran lo que ven, sin pensar si se lo pueden permitir en ese momento.

Tienen dificultades para seguir unas reglas o normas establecidas, no porque no las comprendan, sino, porque habitualmente, no pueden controlarse y actúan sin reflexionar.

Son incapaces de pensar en las consecuencias antes de actuar; esto les acarrea castigos frecuentes y suscita tensión familiar y escolar, insoportable en muchos casos.

Responden de forma precipitada a las preguntas.

Tienen dificultades para guardar su turno.

Interrumpen a otros.

### **Diagnóstico CIE 10**

Código CIE 10: F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención

- Trastorno por déficit de la atención con hiperactividad
- Trastorno por hiperactividad con déficit de la atención
- Síndrome de déficit de la atención con hiperactividad

### **Diagnóstico DSM-IV-TR**

#### **Subtipos:**

- TDAH con predominio hiperactivo - impulsivo
- TDAH con predominio de déficit de la atención (o desatencional)
- Combinado

Es posible tener dificultades para hacer el encuadre diagnóstico frente a un problema complejo, de causas múltiples, que trastorna el desarrollo del niño y deterioro de sus capacidades cognitivas.

La evaluación psicopedagógica realizada, tras la derivación del niño, por alguna dificultad en el control en el aula o a solicitud de los padres; apelará a la ayuda de la psicoterapia de corte cognitivo – conductual, buscando una eficacia en el manejo y control del trastorno.

El otro peldaño en el abordaje del TDAH está en la evaluación neurológica, buscando la madurez neurológica para la edad del niño, la interpretación de la intensidad y coexistencia de los síntomas y la comorbilidad. Es la historia clínica realizada en entrevista a la madre, de especial importancia para la definición diagnóstica especializada.

El terreno psiquiátrico aborda la aparición de los problemas emocionales, de conducta y adaptación a la vida social.

Es importante describir algunos conceptos básicos sobre el tratamiento farmacológico.

Se sabe que el tratamiento farmacológico actúa sobre los aspectos nucleares del trastorno: la hiperactividad, la impulsividad y el déficit de atención, pero no aumenta ni disminuye el rendimiento escolar del niño por sí. El esfuerzo del niño es determinante en este sentido y debe estar acompañado de las oportunas orientaciones psicopedagógicas. No obstante, es innegable que el tratamiento farmacológico mejora algunas

funciones necesarias para el estudio (atención, impulsividad), sentándose las bases para una mejoría del rendimiento escolar.

Sin embargo el enfoque de este trabajo es centrar en la escuela y la familia, la ayuda oportuna que debe recibir el niño, apenas se cumplen los criterios de diagnóstico considerados en el CIE-10 por la Organización Mundial de la Salud y en el DSM-IV por la Academia Americana de Psiquiatría.

El diagnóstico realizado en forma temprana permite aplicar estrategias educativas preventivas desde el aula, estrategias psicopedagógicas: Terapia cognitiva, emocional y conductual, tratamiento farmacológico y la intervención participante de la familia con entrenamiento en habilidades de crianza, terapia familiar y formación de grupos de ayuda comunitarios.

La psicofarmacoterapia del TDAH, alivian los síntomas e incluye adaptaciones especiales en el ambiente escolar y apoyo familiar.

### **Contexto escolar**

El primer signo de alarma formal, considerada tardía, lo dan las profesoras a la llegada al primer nivel de educación primaria; observando el comportamiento del niño, sus reacciones impredecibles y la dificultad para cumplir con las tareas asignadas.

El bajo rendimiento escolar de estos niños está en relación con la alteración de la función ejecutiva, particularmente en lo que se refiere a los procesos de planificación; además de la comorbilidad (trastorno de la expresión del lenguaje), con las dificultades específicas de lectura, escritura y matemáticas, así como el deletreo.

El TDAH está dentro de una de las principales causas de los problemas generales del aprendizaje (PGA), y los niños son identificados como escolares de lento aprendizaje, a pesar de tener un Coeficiente Intelectual (CI) normal o superior y puede convertirse en el motivo de desmotivación, desadaptación, fracaso y repetencia escolar.

## **2.4 Formulación de hipótesis**

### **2.4.1 Hipótesis general**

Las estrategias de prevención educativa mejoran significativamente el pronóstico del Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños de 06 a 08 años en Paramonga - Lima.

### **2.4.2 Hipótesis específicas**

Las estrategias de prevención educativa mejoran significativamente el pronóstico del déficit de la atención por TDAH en niños de 06 a 08 años en Paramonga – Lima.

Las estrategias de prevención educativa mejoran significativamente el pronóstico de la hiperactividad por TDAH en niños de 06 a 08 años en Paramonga – Lima.

Las estrategias de prevención educativa mejoran significativamente el pronóstico de la impulsividad por TDAH en niños de 06 a 08 años en Paramonga – Lima.

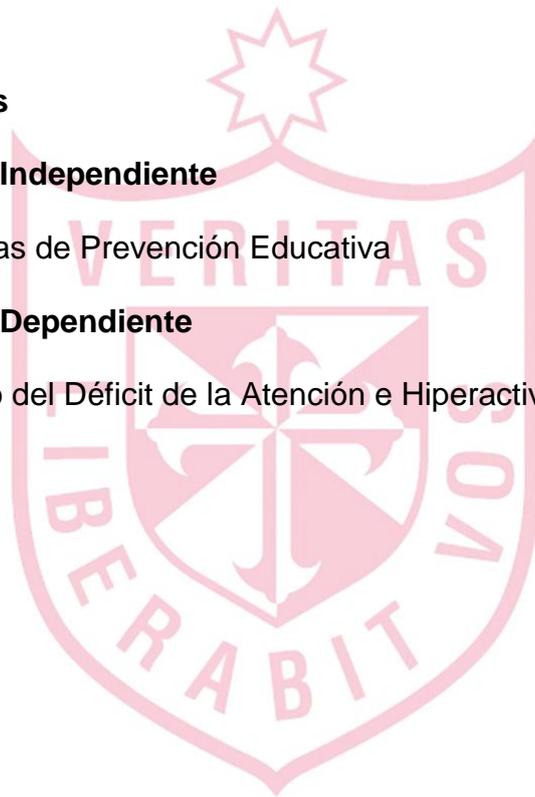
### **2.4.3 Variables**

#### **Variable Independiente**

Estrategias de Prevención Educativa

#### **Variable Dependiente**

Trastorno del Déficit de la Atención e Hiperactividad -TDAH



### CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1 Diseño de la investigación

La presente investigación es de diseño pre-experimental, de comparación estática; es decir hace uso de un grupo experimental (E) que recibe el tratamiento y un grupo de control (C) que no recibe el tratamiento. Se trabaja con grupos ya formados, en forma intencional y se comparan las puntuaciones de los efectos de la variable experimental. Hernández Sampietri, (2006).

#### Diagrama simbólico:

E X O<sub>1</sub>

C - O<sub>2</sub>

Donde: E es el grupo experimental; y

C es el grupo control

O<sub>1</sub> y O<sub>2</sub> son las observaciones de las muestras, y

X representa la variable controlada estadísticamente que es TDAH

### 3.2 Población y muestra

**Población:** 64 niños (as)

El estudio se realizó durante los años 2011 y 2012, en una población de 64 niños, que cursaron el 1º grado de educación primaria, en la Institución Educativa Particular “Divino Corazón de Jesús” de Paramonga-Lima-Perú.

**Muestra:** 20 niños(as)

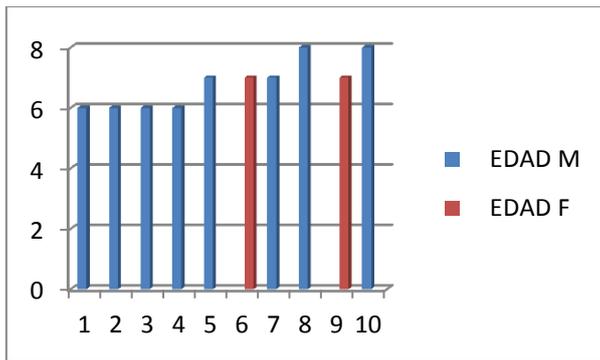
Se ha estudiado una muestra intencional de 20 niños de ambos sexos, entre los 06 y 08 años de edad; diagnosticados de TDAH según Criterios de Diagnóstico del CIE-10 (OMS), con aplicación del cuestionario de Conners a los maestros tomadas del DSM-IV, Conners, C.K. (1985) y evaluaciones neurológicas.

Se seleccionaron un Grupo E – EXPERIMENTAL (n=10) - 2011 y un Grupo C – CONTROLES (n=10) - 2012.

**CUADRO 1a**  
**POBLACIÓN**  
**EXPERIMENTAL-**  
**2011**

Nº	EDAD/SEXO	
	M	F
1	6	
2	6	
3	6	
4	6	
5	7	
6		7
7	7	
8	8	
9		7
10	8	

**Gráfico 1a**



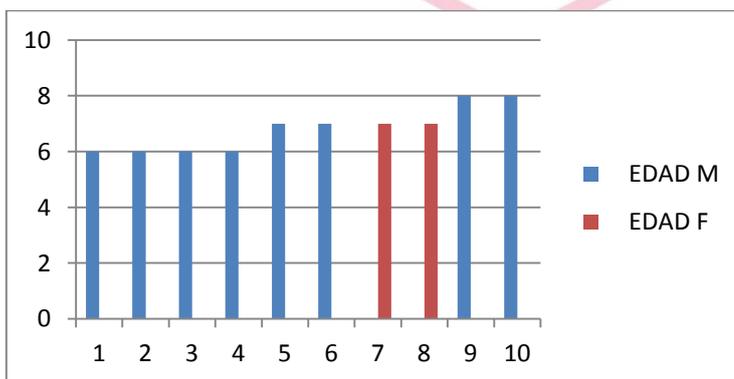
**Cuadro 1b**

**CONTROLES-2012**

Nº	EDAD/SEXO	
	M	F
11	6	
12	6	
13	6	
14	6	
15	7	
16	7	
17		7
18		7
19	8	
20	8	



**Gráfico 1b**



En el año 2011, se evaluó neurológicamente al grupo casos E (n=10) y se desarrolló un programa de capacitación a las profesoras sobre el manejo del

TDAH en el aula (04 sesiones). Se aplica un pre – test conteniendo conceptos básicos sobre el TDAH y al término de la ejecución del programa de capacitación se aplica un post – test conteniendo conceptos especializados sobre TDAH.

05 y 09 meses después, se realizó la segunda y tercera evaluación neurológica respectivamente, al grupo casos E(n=10) – niños que continuaron estudiando con profesoras capacitadas y en reforzamiento en el manejo de niños con TDAH (2011).

En el año 2012, se evaluó neurológicamente al grupo control C (n=10) - niños que continuaron estudiando con profesoras no capacitadas y sin reforzamiento en el manejo con niños con TDAH.

05 y 09 meses después se realizó la segunda y tercera evaluación neurológica respectivamente, al grupo control C(n=10) - niños que continuaron estudiando con profesoras no capacitadas y sin reforzamiento en el manejo con niños con TDAH.

Los datos se analizaron estadísticamente y los resultados son expresados en tablas y gráficos.

**Cuadro 2.**

<b>MOMENTOS DE EVALUACIÓN</b>		
1ªEVALUACIÓN	MARZO 2011	E
	MARZO 2012	C
2ªEVALUACIÓN	AGOSTO 2011	E
	AGOSTO 2012	C
3ªEVALUACIÓN	DICIEMBRE 2011	E
	DICIEMBRE 2012	C



**Cuadro 3.**

**3.3 Operacionalización de variables**

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES					
VARIABLES	ETAPAS	PASOS			INSTRUMENTOS
Variable Independiente  ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN EDUCATIVA	Pedagógicas	Capacitación a profesoras			Ficha de seguimiento de la aplicación de Estrategias de prevención educativa
		Capacitación a padres			
	Evaluativas	Pretest			Fichas de seguimiento y monitoreo
		De proceso			
		Postest			
		Evaluación a niños			
	Difusivas	Guía para profesoras			Documentos
		Manual para padres			
		Manual para niños			
	Variable Dependiente  TRASTORNO DEL DÉFICIT DE LA ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD	DIMENSIONES	INDICADORES		MEDIDAS
Déficit de la atención		En la escuela	Tiene dificultad para hacer la tarea en el aula (DTA)	(1) No persistencia (2) Persistencia	Lista de Cotejo para TDAH
		En el consultorio	Tiene dificultad para desarrollar test de evaluación (DDT)	(1) No persistencia (2) Persistencia	
Hiperactividad		En la escuela	Es inquieto, esta siempre moviéndose en el aula (IMA)	(1) No persistencia (2) Persistencia	Lista de Cotejo para TDAH
		En el consultorio	Es un niño intranquilo, "nerviosos" en el consultorio (INC)	(1) No persistencia (2) Persistencia	
Impulsividad		En la escuela	Es irascible, impulsivo en el aula (IIA)	(1) No persistencia (2) Persistencia	Lista de Cotejo para TDAH
		En el consultorio	Exige que se le atienda de inmediato en el consultorio (EAI)	(1) No persistencia (2) Persistencia	

(1) No persistencia = síntomas en remisión (2) Persistencia = presencia de los síntomas

### **3.4 Técnicas para la recolección de datos:**

#### **3.4.1 Técnicas Cuantitativas**

Encuesta cerrada a las profesoras

#### **3.4.2 Técnicas Cualitativas**

Entrevista semi-estructura a las madres

Evaluación clínica neurológica a los niños

Pretest

Postest

Observación participante

### **Descripción de los instrumentos**

#### **Lista de Cotejo para TDAH:**

Contienen los criterios de diagnóstico objetivos de déficit de atención e hiperactividad, que mide el índice de hiperactividad, desatención e impulsividad; para ser valorado por las profesoras.

#### **Evaluación Clínica Neurológica:**

Contiene la historia clínica del niño, contribuyendo a la anamnesis la madre, y la evaluación clínica del niño realizada por la neuróloga, para la valoración de los signos y síntomas del trastorno.

#### **Validez y confiabilidad de los instrumentos**

La Lista de Cotejo para TDHA, es un instrumento validado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y mide el riesgo de padecer el

Trastorno de Déficit de la Atención e Hiperactividad, según valoración asignada.

El Cuestionario de Conners para maestros y padres; es aplicada por médicos, califica sospecha de TDAH, validado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA).

*Beltrán G.F y Col (1998 ) destacan que; “Schachar, Sandberg y Rutter (1986), llevaron a cabo un estudio realizado en un salón de clases donde se registró la conducta de 33 niños de entre 6 y 7 años de edad con TDAH y conducta desafiante, utilizaron la escala de Conners para maestros. Los resultados apoyan la validez de las escalas de conducta como instrumento para la detección de conducta hiperactiva o de inatención”.*

La Evaluación Clínica Neurológica, es el instrumento de corroboración diagnóstica.

En el presente estudio, con los instrumentos de evaluación se obtuvieron los siguientes índices de cada niño evaluado:

*Dificultad para hacer la tarea en el aula:* Errores interpretados como falta de atención

*Dificultad para hacer el test en el consultorio:* Errores interpretados como falta de atención

*Inquietud, esta siempre moviéndose en el aula:* Falta de inhibición de la respuesta o descontrol motor.

*Inquietud, “nervioso” en el consultorio:* Falta de inhibición de la respuesta o descontrol motor.

*Es irascible, impulsivo en el aula:* Estimación del tiempo de reacción

*Exige que se le atienda de inmediato en el consultorio:* Estimación del tiempo de reacción

### **3.4 Técnicas para el procesamiento y análisis de los datos**

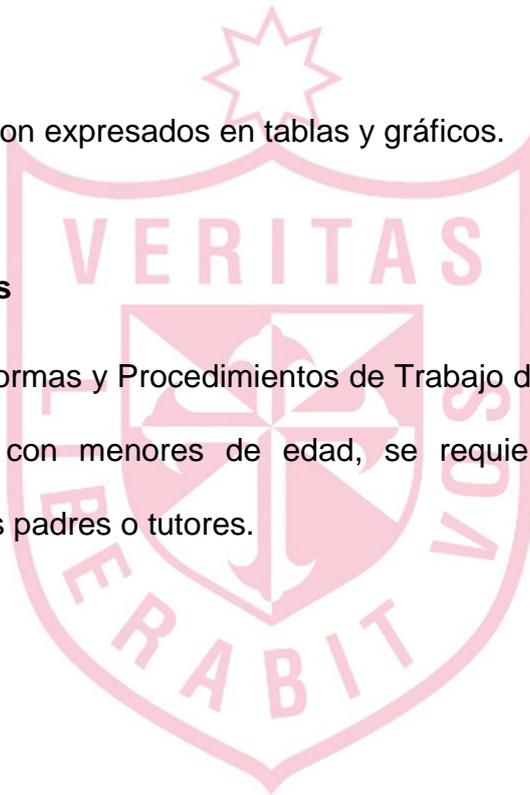
Observación, evaluación, codificación y análisis documental.

Se hace uso de las medidas estadísticas descriptivas (media, y desviación estándar)

Los resultados son expresados en tablas y gráficos.

### **3.5 Aspectos éticos**

Se siguen las Normas y Procedimientos de Trabajo de Investigación, por ser la intervención con menores de edad, se requiere del Consentimiento Informado de los padres o tutores.



## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

### Resultados

Se compararon los resultados pre y post capacitación de las profesoras, del manejo de los niños en el aula; y se evidenció un descenso significativo de los síntomas cardinales del TDAH a predominio de la desatención e hiperactividad en el grupo de casos frente el grupo control

La muestra en su conjunto está compuesta por 20 niños (as) con una edad de 6 á 8 años, a predominio de varones (80%), con diagnóstico de Trastorno del Déficit de la Atención e Hiperactividad (TDAH). El estudio se realizó en los años 2011 y 2012, con un grupo de casos otro control respectivamente; con la intervención de un grupo de profesores capacitados y el otro no.

**INSTITUCION EDUCATIVA PARTICULAR "DIVINO CORAZON DE JESUS" - PARAMONGA - LIMA**

**EXPERIMENTAL-2011**

**antes de la intervención**

Nº	sexo	edad	Conners-m	Bender	sintomas
1	M	6	h-i-da	A	fobias
2	M	6	h-i-da	N	cg
3	M	6	h-i-da	A	lenguaje
4	M	6	h-i-da	N	N
5	M	7	h-i-da	A	dislexia
6	F	7	h-i-da	N	N
7	M	8	h-i-da	N	cf
8	M	7	h-i-da	N	N
9	F	7	h-i-da	A	N
10	M	8	h-i-da	A	lenguaje-cg

**después de la intervención**

Nº	sexo	edad	Conners-m	Bender	sintomas
1	M	6	h	N	N
2	M	6	i-da	N	N
3	M	6	NC	N	N
4	M	6	NC	N	N
5	M	7	NC	A	N
6	F	7	i-da	N	N
7	M	8	NC	N	N
8	M	7	h-i	N	N
9	F	7	da	N	N
10	M	8	h-i	A	lenguaje

De los niños con profesoras capacitadas (2011) sus evaluaciones de Conners para profesores tienen una distribución normal, cuyos estadísticos son: media: 3.00; DE: 0.00., antes de la intervención. Y después de la intervención, sus evaluaciones de Conners para profesores tienen una distribución normal, cuyos estadísticos son: media: 1.00; DE: 0.86.

De los niños con profesoras no capacitadas (2012) sus evaluaciones de Connors para profesores tienen una distribución normal, cuyos estadísticos son: media: 2.9; DE: 0.63, antes de la intervención. Y después de la intervención, sus evaluaciones de Connors para profesores tienen una distribución normal, cuyos estadísticos son: media: 2.2; DE: 0.83.

La significancia es de 0.006.

#### DESCRIPTIVOS: TOTAL CONNERS

AÑO 2011	Nº	Media	DS	AÑO 2012	Nº	Media	DS
Antes	10	3.0	.00	Antes	10	2.9	8.3
Después	10	1.0	.815	Después	10	2.2	0.6

De los niños con profesoras capacitadas (2011) sus evaluaciones neurológicas tienen una distribución normal, cuyos estadísticos son: media: 4.2; DE: 1.03, antes de la intervención. Y después de la intervención, sus evaluaciones neurológicas tienen una distribución normal, cuyos estadísticos son: media: 1.3; DE: 1.15.

De los niños con profesoras no capacitadas (2012) sus evaluaciones neurológicas tienen una distribución normal, cuyos estadísticos son: media: 5.2; DE: 1.31., antes de la intervención. Y después de la intervención, sus evaluaciones neurológicas tienen una distribución normal, cuyos estadísticos son: media: 4.5; DE: 1.26.

La significancia es de 0.010

**INSTITUCION EDUCATIVA PARTICULAR "DIVINO CORAZON DE JESUS" - PARAMONGA - LIMA**

**CONTROLES -2012**

**antes de la intervención**

Nº	sexo	edad	Conners-m	Bender	Ev. Neurológica
1	F	6	da-h	N	N
2	M	8	h-i-da	A	cf
3	M	6	h-i-da	A	lenguaje-cf
4	M	6	h-i-da	A	lenguaje
5	M	8	h-i-da	N	N
6	M	7	h-i-da	A	N
7	M	7	h-i-da	A	lenguaje-cf
8	F	6	h-i-da	A	N
9	M	6	h-i-da	N	N
10	M	6	h-i-da	N	lenguaje

**después de la intervención**

Nº	sexo	edad	Conners-m	Bender	Ev. Neurológica
1	F	6	h-i-da	N	N
2	M	8	h-i-da	A	cf
3	M	6	i-da	A	lenguaje-cf
4	M	6	h-i	A	lenguaje
5	M	8	h-i	N	N
6	M	7	h-i	A	N
7	M	7	h-i	A	lenguaje-cf
8	F	6	da	A	N
9	M	6	h-i	N	N
10	M	6	h-i-da	N	lenguaje

**Leyenda:**

M (masculino), F (femenino)

Conners-m (test de Conners para maestros)

h (hiperactividad)

i (impulsividad)

da (desatención)

N (normal)

A (anormal)

cf (coordinación fina)

NC (no califica)

**DESCRIPTIVOS  
TOTAL EVALUACIÓN NEUROLÓGICA**

AÑO 2011	Nº	Media	DS	AÑO 2012	Nº	Media	DS
Antes	10	4.2	1.03	Antes	10	5.2	1.31
Después	10	1.3	1.15	Después	10	4.5	1.26

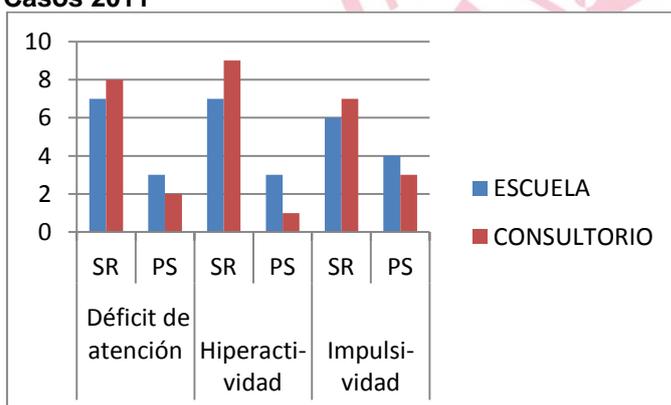
Los resultados de las evaluaciones funcionales en la escuela (aula) y neurológicas en el consultorio calificaron índices descritos para los síntomas de la DATH antes y después de la intervención, según se muestra en el cuadro:

**RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN FUNCIONAL Y NEUROLÓGICA PARA EL Nº DE NIÑOS POR AÑO (10)**

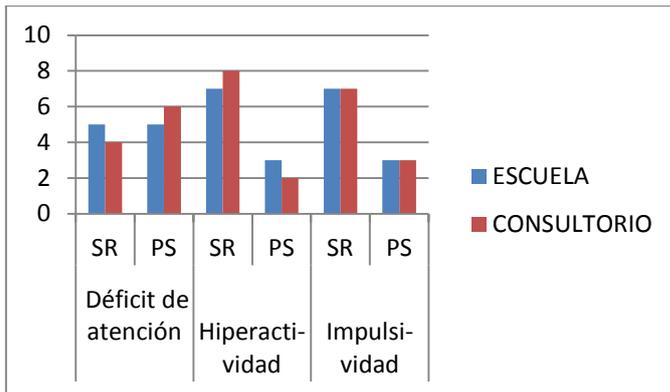
AÑO 2011	Déficit Atención SR/PS	Hiperactividad SR/PS	Impulsividad SR/PS	AÑO 2012	Déficit Atención SR/PS	Hiperactividad SR/PS	Impulsividad SR/PS
ESCUELA	7/3	7/3	6/4	ESCUELA	5/5	7/3	7/3
CONSULTORIO	8/2	9/1	7/3	CONSULTORIO	4/6	8/2	7/3
TOTAL	15/5	16/4	13/7	TOTAL	9/11	15/5	14/6

SR = síntomas en remisión / PS = presencia de los síntomas

**Casos 2011**



**Controles 2012**



Las Estrategias Educativas muestran la eficacia en el manejo de los niños(as) con TDAH, siempre y cuando la pesquisa de los síntomas sean precoces y no se asista a otros síntomas o enfermedad neurológica coexistente.



## **CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Discusión**

Los resultados obtenidos en esta investigación, son válidos para la realidad o contexto concreto en que se ha realizado, es decir no son generalizables a otros contextos, ya que cambian las interpretaciones y las interacciones.

Se encontró los mayores índices que califican los síntomas en remisión en el trastorno de la atención (disfunción cognitiva) en la hiperactividad (madurez frontal, coordinación visomotora y cerebelosa), observados en el aula y en el consultorio

Respecto a la impulsividad, es más persistente su presencia en ambos ambientes.

Las estrategias exitosas que aplica el profesor son las adecuadas al contexto escolar y son extremadamente válidas su observación y constancia.

Siempre nos preguntaremos: ¿Qué intervenciones específicas puede manejar el educador escolar?

Las intervenciones del profesor en los niños con TDAH deben basarse en un *trípode de apoyo que incluya una supervisión constante, la utilización de unas herramientas básicas y la individualización de la atención.*

La evaluación sistematizada de los niños intervinientes, divididos en 2 grupos: casos y control, en intervenidos en 02 años consecutivos; permite observar las diferencias significativas, en el efecto de la No Persistencia (síntomas en remisión) y Persistencia (presencia de síntomas) a predominio del trastorno de la atención e hiperactividad; entre ambos grupos.

Las estrategias de prevención educativa ayudan a mejorar significativamente el pronóstico del Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños de 06 a 08 años en Paramonga – Lima.

Las estrategias de prevención educativas ayudan a mejorar significativamente el pronóstico del déficit de la atención en niños de 06 a 08 años en Paramonga – Lima; se observa la no persistencia de 15 frente a la no persistencia de 5 en el grupo experimental y la no persistencia de 11 frente a la persistencia de 9 en el grupo testigo.

## 5.2 Conclusiones

Por lo evidenciado, en la presente investigación de grupo de casos comparativos se concluye la bondad de la intervención activa en aula en los primeros años escolares; con la entrega a los profesores, de conocimientos básicos y especializados, pero lo suficientemente necesarios y útiles en el manejo de los niños(as) con TDAH.

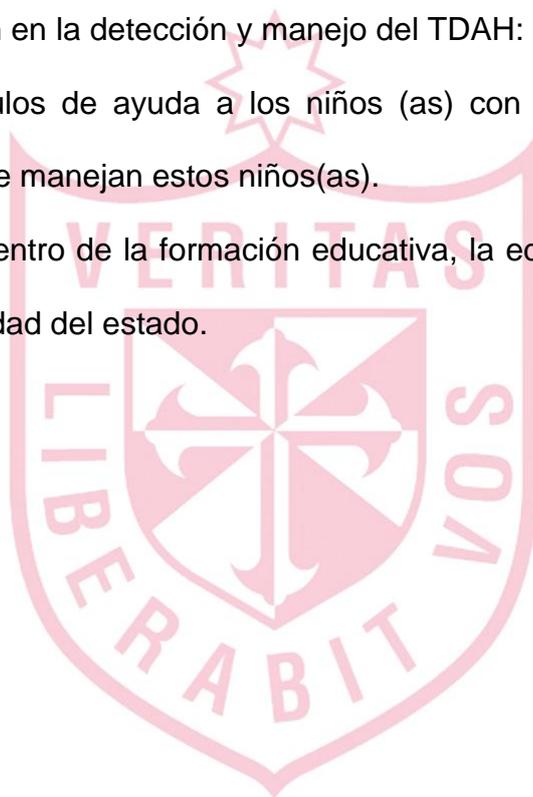
Es vital, la relación directa y permanente con los padres, que comprendan las condiciones diferentes al resto de niños.

Es importante reconocer que mientras existan los instrumentos suficientes para la intervención oportuna en el diagnóstico y manejo del TDAH en el aula y, la intervención de la familia en la modificación de la conducta del niño en la casa; el trabajo se hará más liviano en los casos posibles de ser controlados en esta fase de presentación y en un seguimiento con un observatorio en los ámbitos de directa calificación de los síntomas y la convivencia con padres y maestros.

Por último la necesidad de un tratamiento multimodal siempre está presente en el que se combine el apoyo pedagógico, la atención psicológica y la administración de fármacos.

### 5.3 Recomendaciones

- Incorporar dentro de las políticas públicas educativas, el trabajo especializado en el campo de la Neuroeducación.
- Ampliar el currículo de formación pedagógica con temas de diagnóstico con la detección temprana y manejo del TDAH.
- Mantener programas de capacitación profesional, con conceptos de actualización en la detección y manejo del TDAH:
- Formar círculos de ayuda a los niños (as) con TDAH, a los padres y maestros que manejan estos niños(as).
- Incorporar dentro de la formación educativa, la educación prenatal como responsabilidad del estado.



## FUENTES DE INFORMACIÓN

### Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (1995): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Revised, DSM-IV-TR 4ª edición. Washington, DC: Author.
- Barkley, R. A. (1999): Niños Hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Barcelona: Paidós.
- Burgos, M.R. y Col (2009) Trastorno del déficit de la atención con hiperactividad. Guía para padres y educadores. Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba-barcelona-España: Editorial Glosa, S.L
- Cabanyes, J. y Polaino-Lorente, A. (1997): Bases Biológicas y Evaluación Neurofisiológica del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. En Manual de Hiperactividad Infantil. Capítulo VI. Madrid: Unión Editorial.
- Conners, C. K. (1985): The Conners Rating Scales For Parents and Teachers. Windsor: NFER-NELSON.
- Freedman, A.M ; Kaplan, H.I. y Sadock, B.J (1982). Tratado de Psiquiatría. Pgs: 2347-50. II Tomo –España, Ed. Salvat.

- Hernández S. R. et al.(2006).*Metodología de la investigación*. 5ª Edición. México. Mc Graw Hill Interaamerican S.A.
- Organización Mundial de la Salud (1992): The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnosis criteria for research.
- Polaino-Lorente, A. y otros (1997): Manual de Hiperactividad Infantil. Madrid: Ediciones del Castillo.
- Orjales, V.I. (2003). Manual. Estrategias para la mejora de la conducta y el rendimiento escolar del niño con DTAH en el aula. España - Uned.

### **Referencias hemerográficas**

- Ávila de Encio, M<sup>a</sup>C. y Polaino-Lorente, A. (1988): La evaluación de la hiperactividad infantil en el contexto pediátrico. Acta Pediátrica Española Vol. 46, 1, 27-35.
- Beltrán G.F y Col. (1998) DTHA. Estrategias de intervención en el salón de clases. Gaceta. Universidad Veracruzana – México.
- Ramos. V.Y (2007), Trastorno del déficit de la atención con hiperactividad. Una Actualización. Boletín Pediátrico; 47: 116-124



## Anexo 1. Matriz de Consistencia

### “ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN EDUCATIVA Y EL TRASTORNO DEL DÉFICIT DE LA ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN NIÑOS DE 6-8 AÑOS EN EL DISTRITO DE PARAMONGA 2011”

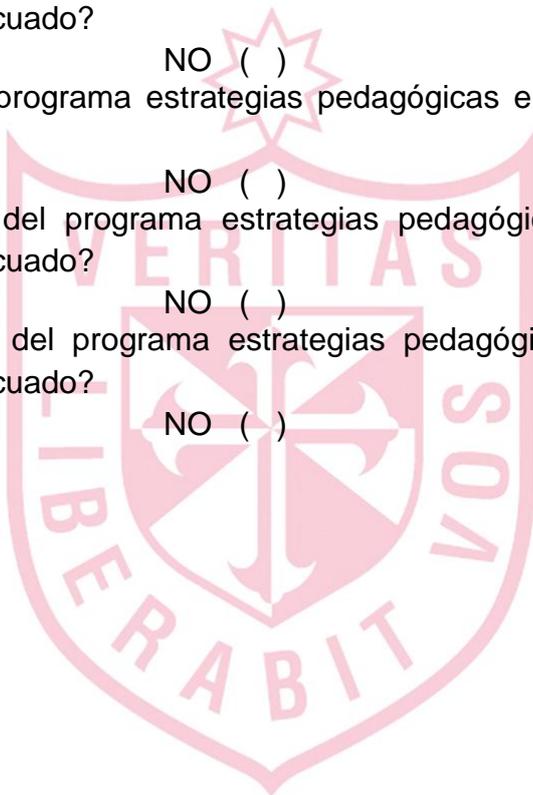
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES
<p><b>Problema General</b></p> <p>¿Las estrategias de prevención educativa mejoran el pronóstico del Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños de 06 a 08 años -Paramonga – Lima?</p> <p><b>Problemas Específicos</b></p> <p>¿Las estrategias de prevención educativa mejoran el pronóstico del trastorno del déficit de la atención en niños de 06 a 08 años -Paramonga – Lima?</p> <p>¿Las estrategias de prevención educativa mejoran el pronóstico de la hiperactividad en niños de 06 a 08 años -Paramonga – Lima?</p> <p>¿Las estrategias de prevención educativa mejoran el pronóstico del trastorno de la impulsividad por TDAH en niños de 06 a 08 años -Paramonga – Lima?</p>	<p><b>Objetivo general</b></p> <p>Determinar si las estrategias de prevención educativa mejoran el pronóstico del Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños de 06 a 08 años en Paramonga – Lima.</p> <p><b>2b. Objetivos específicos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Determinar si las estrategias de prevención educativas mejoran el pronóstico del déficit de la atención en niños de 06 a 08 años en Paramonga – Lima.</li> <li>Determinar si las estrategias de prevención educativas mejoran el pronóstico de la hiperactividad en niños de 06 a 08 años en Paramonga – Lima.</li> <li>Determinar si las estrategias de prevención educativas mejoran el pronóstico de la impulsividad por TDAH en niños de 06 a 08 años en Paramonga – Lima.</li> </ol>	<p><b>Hipótesis General</b></p> <p>Las estrategias de prevención educativa mejoran significativamente el pronóstico del Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños de 06 a 08 años en Paramonga – Lima</p> <p><b>2.2 Hipótesis específicas</b></p> <p>2.2.1 Las estrategias de prevención educativa mejoran significativamente el pronóstico del déficit de la atención por TDAH en niños de 06 a 08 años en Paramonga – Lima.</p> <p>2.2.2 Las estrategias de prevención educativa mejoran significativamente el pronóstico de la hiperactividad por TDAH en niños de 06 a 08 años en Paramonga – Lima.</p> <p>2.2.3 Las estrategias de prevención educativa mejoran significativamente el pronóstico de la impulsividad por TDAH en niños de 06 a 08 años en Paramonga – Lima.</p>

## Anexo 2. Instrumentos para la recolección de datos

### FICHA DE SEGUIMIENTO, CUMPLIMIENTO Y MONITOREO DE LA APLICACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN EDUCATIVA LA DIRECTORA

Responde:

1. El diseño del programa estrategias pedagógicas en la detección del TDAH fue adecuado?  
SI ( ) NO ( )
2. La aplicación del programa estrategias pedagógicas en la detección del TDAH fue adecuado?  
SI ( ) NO ( )
3. La evaluación del programa estrategias pedagógicas en la detección del TDAH fue adecuado?  
SI ( ) NO ( )
4. El diseño del programa estrategias pedagógicas en el manejo del TDAH fue adecuado?  
SI ( ) NO ( )
5. La aplicación del programa estrategias pedagógicas en el manejo del TDAH fue adecuado?  
SI ( ) NO ( )
6. La evaluación del programa estrategias pedagógicas en el manejo del TDAH fue adecuado?  
SI ( ) NO ( )



**PRETEST DIRIGIDO A LAS PROFESORAS DE AULA**

**LUGAR:** Paramonga - Lima - Perú

**FECHA:**

---

APELLIDOS Y NOMBRES: ----- Edad:-----

Modalidad de Trabajo: Permanente ( ) Contratada ( )

Tiempo de trabajo con pre-escolares -----

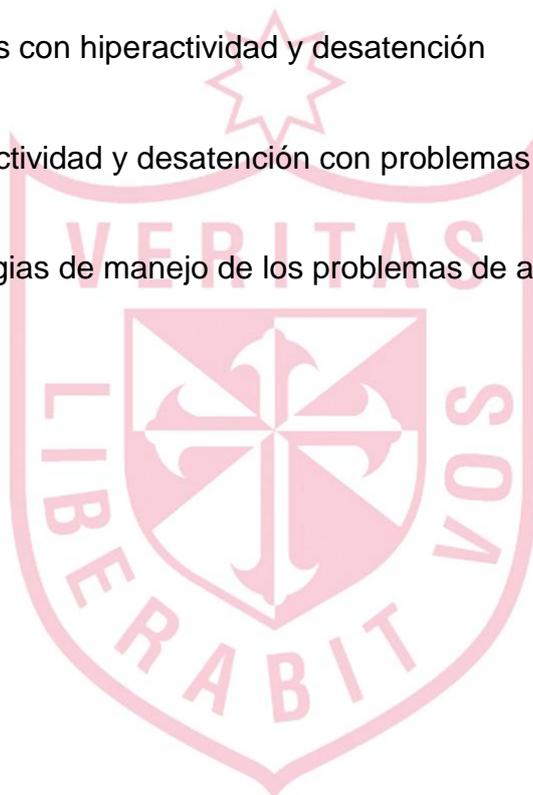
Experiencia del reconocimiento de problemas del desarrollo cognitivo y conductual del niño  
si ( ) no ( )

Identificación de niños con hiperactividad y desatención  
si ( ) no ( )

Relación de la hiperactividad y desatención con problemas de aprendizaje  
si ( ) no ( )

Desarrollo de estrategias de manejo de los problemas de aprendizaje  
si ( ) no ( )

**Gracias**



**POSTEST DIRIGIDO A LAS PROFESORAS DE AULA**

**LUGAR: Paramonga - Lima - Perú**

**FECHA:**

**APELLIDOS Y NOMBRES:** ----- **Edad:**-----

**Señale la relación correcta**

**1. En las etapas básicas del desarrollo neurológico del niño y la adquisición de habilidades neurocognitivas.**

- a) Primer año de vida ( ) Inquietud en el área sexual
- b) Infantil (2-3 años) ( ) Desarrollo del aprendizaje
- c) Pre-escolar (3-5 años) ( ) Motricidad
- d) Escolar (6-12 años) ( ) Inicio del control de esfínteres y lenguaje
- e) Adolescente (13-19 años) ( ) Socialización

**2. El desarrollo y la maduración neuropsicológica que favorece el aprendizaje escolar se caracteriza por:**

- a) Desarrollo del lenguaje
- b) Desarrollo perceptivo (reconocimiento de signos y gráficos)
- c) Desarrollo del léxico (reconocimiento de la palabra y su significado)
- d) Desarrollo semántico (construcción del significado)
- e) Desarrollo sintáctico (entendimiento del mensaje)
- f) (a,c y d)
- g) (a,b,c,d y e)

**3. Básicamente, el Trastorno de la atención con hiperactividad (TDAH) se caracteriza por:**

- a) Inquietud constante,
- b) Dificultad para prestar atención
- c) Impulsividad (estilo de conducta demasiado rápido y precipitado)
- d) (a, b y c)
- e) (a y c)

**4.**

**Descripción de un CASO haga su apreciación y reconozca los síntomas del niño con hiperactividad, desatención y trastorno del aprendizaje:**

Gregorio, niño de 07 años, no hace las tareas escolares, no obedece a su mamá, siempre está en movimiento durante la consulta, contesta apresuradamente a las preguntas de la maestra en el aula, es inquieto desde los 4 años.

**Señale lo que corresponde:**

- a) Impulsivo, atento
- b) Hiperactivo, impulsivo y distraído. Negativista
- c) Distraído, hiperactivo

- d)Atento, hiperactivo
- e)(a y b)

5.

**Descripción de un CASO haga su apreciación y reconozca los síntomas de la niña con desatención y trastorno del aprendizaje:**

Marita, niña de 06 años, tiene dificultad para hacer las tareas, es callada, tranquila y obediente, pero se la nota siempre distraída y está desnivelada en su aprendizaje en relación a sus compañeras de aula. A veces ansiosa y llorona.

**Señale lo que corresponde:**

- a)Distraída y desorganizada
- b)Distraída con hipoactividad
- c)No controla la frustración y la emoción
- d)(a y c)

6.

**Las pautas de manejo del niño con hiperactividad y desatención en la escuela son:**

- a)Mantener el orden en el aula
- b)Transmitir la importancia del orden de las tareas
- c)Fragmentar las tareas
- d)Ayudar a los niños a pasar de una actividad a otra
- e)Insistir en que el niño haga las tareas en que maneja
- f)Ubicar al niño, en el lugar más indicado
- g)Todas las anteriores
- h)No sé

7.

**Otras consideraciones muy importantes para el adecuado manejo del niño con hiperactividad y desatención son:**

- a) Reconocer que el manejo es multidisciplinario (maestros, médico, psicólogo, terapeuta de lenguaje).
- b) Mantener una relación fluida con los padres.
- c) No olvidar que el trastorno tiene carácter crónico.
- d) Dar la oportunidad de triunfar y de superar las dificultades.
- e) Todas las anteriores.
- f) No sé

## LISTA DE COTEJO PARA TDAH - (OMS)

### Criterios de diagnósticos objetivos de déficit de atención e hiperactividad

Deben presentarse al menos ocho de los síntomas siguientes para diagnosticar el trastorno:

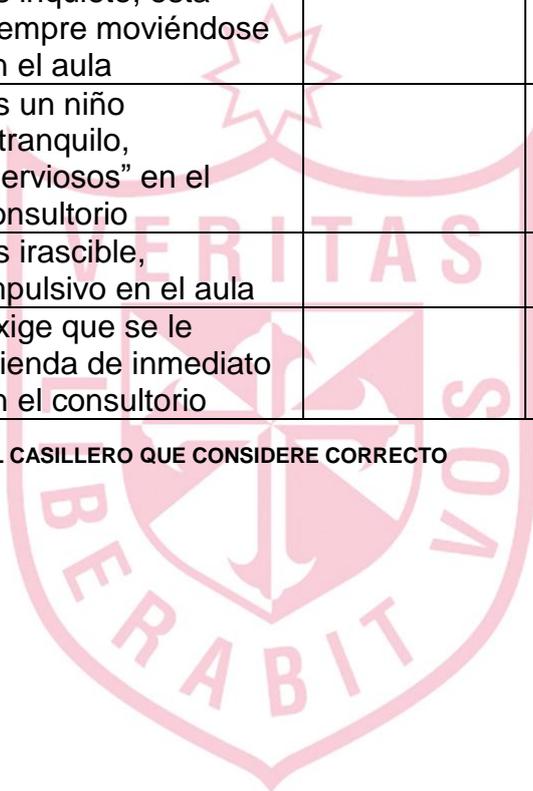
#### (Si) (No)

- ( ) ( ) Inquietud frecuente, que se refleja en el movimiento constante de manos o pies.
- ( ) ( ) Se distrae fácilmente por estímulos ajenos a la situación.
- ( ) ( ) Dificultad para mantener la atención en tareas o actividades de juegos.
- ( ) ( ) Dificultad para permanecer sentado cuando la situación lo requiere.
- ( ) ( ) Dificultad para aguardar turno en los juegos o situaciones de grupo.
- ( ) ( ) Dificultad para jugar con tranquilidad.
- ( ) ( ) Dificultad para seguir las instrucciones de los demás.
- ( ) ( ) Frecuentes cambios de una actividad incompleta a otra.
- ( ) ( ) Frecuentemente interrumpe o se inmiscuye en actividades de otros niños.
- ( ) ( ) Frecuentemente pierde las cosas necesarias para una tarea o actividad escolar.
- ( ) ( ) Frecuentemente practica actividades físicas peligrosas sin evaluar los posibles riesgos.
- ( ) ( ) Frecuencia de respuestas precipitadas antes de que se acaben de formular las preguntas.
- ( ) ( ) Frecuentemente habla excesivamente, verborrea.
- ( ) ( ) Frecuentemente no escucha lo que se le dice.

**Ficha de Monitoreo en el aula y en el consultorio antes y después de la intervención**

Dimensiones	Categorías	(1)	(2)
	Indicadores	No Persistencia	Persistencia
<b>Déficit de la atención</b>	Tiene dificultad para hacer la tarea en el aula		
	Tiene dificultad para realizar el test en el consultorio		
<b>Hiperactividad</b>	Es inquieto, esta siempre moviéndose en el aula		
	Es un niño intranquilo, "nerviosos" en el consultorio		
<b>Impulsividad</b>	Es irascible, impulsivo en el aula		
	Exige que se le atienda de inmediato en el consultorio		

COLOQUE UN ASPA (X) EN EL CASILLERO QUE CONSIDERE CORRECTO



## HISTORIA CLÍNICA NEUROLÓGICA PARA TDAH

Ficha N°:		
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIVADA “DIVINO CORAZÓN DE JESÚS”		
<b>Nombre del niño(a):</b>		
Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo (M) (F)
Lugar de Nacimiento:	Domicilio:	
Nombre de la madre:	Nombre del padre:	
Anamnesis (madre):		
Orden de embarazo: 1º    2º    3º	Tiempo de gestación:	
.....		
Datos de parto:		
Eutócico ( ) cesárea ( )	Peso al nacer:	Llanto espontaneo si ( ) no ( )
Desarrollo psicomotor adecuado: si ( ) no ( )		
Antecedentes patológicos: si ( ) no ( )		
Examen clínico neurológico:		
Hallazgos de signos blandos para TDAH: si ( ) no ( )		
DIAGNOSTICO		
TRATAMIENTO		

**Anexo 3.** Constancia emitida por la institución donde realizó la investigación



