



Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión

Escuela de Rosirado

Hiperactividad { déficit de atención en estudiantes del nivel primario de la institución educativa estatal San Bartolomé / Santa Olaya 4236

Tesis

Tratamiento Académico de Ostracismo en Ciencias de la Educación Educativa con Orientación en Redacción

Autor

Yesenia Katherine Dao Irujo

Asesor

Mg. Ángel Hugo Carrasco Díaz

Huacho / Perú

"

2244

HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN EN ESTUDIANTES DEL NIVEL PRIMARIA

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

17%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	documents.mx Fuente de Internet	1%
2	200.23.35.13 Fuente de Internet	1%
3	Submitted to Unviersidad de Granada Trabajo del estudiante	1%
4	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	www.slideshare.net Fuente de Internet	1%
6	vsip.info Fuente de Internet	1%
7	renatiqa.sunedu.gob.pe Fuente de Internet	1%
8	docplayer.es Fuente de Internet	1%
9	pt.scribd.com Fuente de Internet	

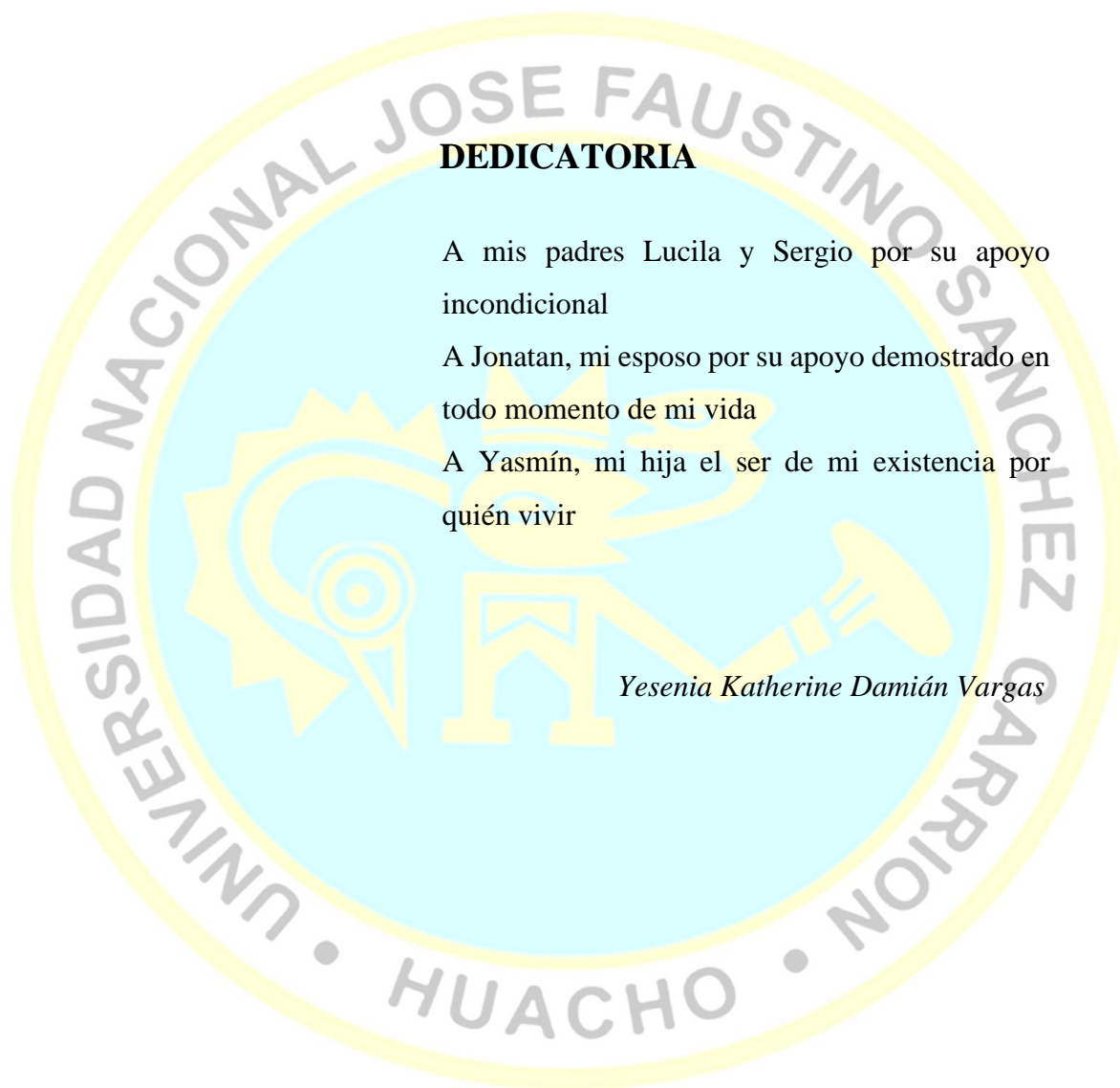
**HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN EN ESTUDIANTES
DEL NIVEL PRIMARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
ESTATAL SAN BARTOLOMÉ - SANTA MARÍA 2014**

Lic. DAMIÁN VARGAS, Yesenia Katherine

TESIS DE MAESTRÍA

ASESOR: Mg. CAMPOS DÍAZ, Ángel Hugo

**UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRO EN CIENCIAS DE LOS ALIMENTOS
HUACHO
2017**



DEDICATORIA

A mis padres Lucila y Sergio por su apoyo incondicional

A Jonatan, mi esposo por su apoyo demostrado en todo momento de mi vida

A Yasmín, mi hija el ser de mi existencia por quién vivir

Yesenia Katherine Damián Vargas

AGRADECIMIENTO

A mi Asesor por su apoyo, opinión y sugerencias para poner a disposición de los usuarios mi investigación.

A Teófilo mi tío, por su apoyo en la corrección y estilo de mi investigación.



ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática	10
1.2 Formulación del problema	12
1.2.1 Problema general	12
1.2.2 Problemas específicos	12
1.3 Objetivos de la investigación	13
1.3.1 Objetivo general	13
1.3.2 Objetivos específicos	13
1.4 Justificación de la investigación	14
1.5 Delimitaciones del estudio	16
1.6 Viabilidad del estudio	17

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación	18
2.1.1 Investigaciones internacionales	18
2.1.2 Investigaciones nacionales	26
2.2 Bases teóricas	29
2.3 Bases filosóficas	44
2.4 Definición de términos básicos	45
2.5 Hipótesis de investigación	47
2.5.1 Hipótesis general	47
2.5.2 Hipótesis específicas	47
2.6 Operacionalización de las variables	48

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Diseño metodológico	50
3.2 Población y muestra	51
3.2.1 Población	51

3.2.2	Muestra	52
3.3	Técnicas de recolección de datos	53
3.4	Técnicas para el procesamiento de la información	59
CAPÍTULO IV		
RESULTADOS		
4.1	Análisis de resultados	61
4.2	Contrastación de hipótesis	74
CAPÍTULO V		
DISCUSIÓN		
5.1	Discusión de resultados	82
CAPÍTULO VI		
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		
6.1	Conclusiones	87
6.2	Recomendaciones	88
REFERENCIAS		90
7.1	Fuentes documentales	90
7.2	Fuentes bibliográficas	90
7.3	Fuentes hemerográficas	94
7.4	Fuentes electrónicas	96
ANEXOS		97

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo general determinar la hiperactividad en relación con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014. Se realizó un estudio de nivel correlacional y de tipo observacional, prospectivo, transversal y analítico. Se evaluaron seis dimensiones de la variable hiperactividad: impulsividad, actividad motora, comportamiento, aprendizaje, desobediencia y estabilidad emocional, todas en relación con la variable déficit de atención. El diseño de investigación utilizado fue el de no experimental ya que no existe manipulación activa de alguna variable, transeccional (en el tiempo) y correlacional. Para la medición de la variable se utilizó la técnica de la encuesta, teniendo como instrumento una ficha de observación de Connors (complementado por los profesores) y el test de Toulouse Piéron, que permitió medir las variables anteriormente mencionados. El procesamiento estadístico de los datos se realizó por medio de la aplicación del paquete estadístico SPSS en su versión 22. Se trabajó con una muestra de 66 estudiantes del cuarto, quinto y sexto grado, elegidos aleatoriamente. Después de encuestar a los estudiantes, los resultados que se obtuvieron, fue que la hiperactividad no guarda relación con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014. El coeficiente de correlación de Pearson es igual a $-0,026$ presentando una correlación negativa débil. La impulsividad, actividad motora, comportamiento, aprendizaje, desobediencia y estabilidad emocional no guardan relación con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014. El coeficiente de correlación de Pearson que presentan las variables al ser contrastadas es una correlación negativa y positiva débil.

Palabras clave: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, autoestima, desatención, violencia, bajo rendimiento académico.

ABSTRACT

The present research was to determine overall objective regarding hyperactivity attention deficit disorder in primary level students of the state educational institution San Bartolome - Santa Maria 2014 level study correlational and observational, prospective was performed, transversal and analytical. impulsivity, motor activity, behavior, learning, and emotional stability disobedience, all in relation to the variable attention deficit: six dimensions of hyperactivity variable evaluated. The research design used was not experimental because there is no active manipulation of some variable, transseccional (in time) and correlational. the survey technique was used, through the instrumentality of a tab Connors observation (supplemented by teachers) and Toulouse Piéron test, which allowed to measure the above variables for measuring the variable. The statistical processing of the data was performed through the application of SPSS in its version 22. We worked with a sample of 66 students in fourth, fifth and sixth grade, randomly chosen. After surveying students, the results obtained, was that hyperactivity is not related to attention deficit disorder in students of primary level of state educational institution San Bartolome - Santa María 2014. The Pearson product-moment correlation coefficient is equal a - 0.026 presenting a weak negative correlation. Impulsivity, motor activity, behavior, learning, and emotional stability disobedience unrelated to attention deficit in primary level students of the state educational institution San Bartolome - Santa María 2014. The Pearson correlation coefficient for variables to be contrasted is a negative and weak positive correlation.

Keywords: Attention deficit disorder with hyperactivity, self-esteem, inattention, violence, low academic performance.

INTRODUCCIÓN

El déficit de atención y la hiperactividad, son términos usados para describir grupos de niños que tienen muchos problemas en común y que están relacionadas con una o más áreas de problemas de aprendizaje que interfieren con sus actividades académicas y sociales. Estos niños tienen usualmente un potencial intelectual promedio y la mayoría de ellos más que el promedio. No son originalmente niños con problemas emocionales aunque muchos de ellos los van a desarrollar debido a frustraciones y fracasos que experimentan tanto en su vida escolar como en su vida social-familiar. El déficit de atención es quizás la causa del mayor número de los problemas de aprendizaje y de conducta en la actualidad en las instituciones educativas y los orígenes del problema son multifactoriales. Hasta hoy no se sabe, ni se ha llegado a una conclusión certera del origen y causas de este problema que afecta a tantos de nuestros niños, repercute además en entorno familiar y escolar de éstos, ocasionándoles conflictos con su medio y en definitiva, graves problemas de adaptación y socialización. Lo único que sí sabemos es que día a día es mayor el número de niños que presentan las problemáticas que se incluyen dentro del ahora denominado “trastorno” por el mundo médico tradicional, aun cuando los estudios que se han desarrollado acerca del origen y las causas del supuesto trastorno no lleguen a una definición clara, como tampoco a sus soluciones. Es por ello que se vuelve de vital importancia, sobre todo en el ámbito científico, determinar cuáles son las características esenciales que permiten identificar el este trastorno, para de esta manera realizar un eficaz tratamiento y diagnóstico.

Esta tesis titulada Hiperactividad y déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014, presenta cuatro capítulos. El capítulo I, titulado Planteamiento del problema. El capítulo II, titulado Marco teórico. El capítulo III, titulado Metodología. El capítulo IV, titulado Tratamiento estadístico. Finalizando se encuentran las conclusiones, recomendaciones, fuentes bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Las continuas llamadas de atención de los profesores, bajas calificaciones y dificultad para seguir las instrucciones en el aula son señales de que existe un problema en alumnos que se encuentra envuelto en la más encendida polémica. Los psicólogos y terapeutas del comportamiento denominan a este cuadro trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Refiere a un trastorno neurobiológico crónico que afecta a menores de entre 4 y 17 años, y se caracteriza por la dificultad de estos en mantener la atención voluntaria a diferentes actividades que lo requieren, como las clases del colegio. Aunque en el país no existen estadísticas oficiales, se estima que entre el 3% y el 7% de la población escolar sufre algún grado de TDAH. Los expertos calculan que en un salón de clases de 30 alumnos puede haber de 1 a 2 niños con este desorden neurológico, que les impide enfocar su atención por un largo tiempo, controlar sus reacciones e interactuar con otros pequeños sin parecer muy toscos.

Las investigaciones revelan que es cuatro veces más frecuente en niños que en niñas (aún no se saben las causas) y que sus primeros síntomas aparecen antes de los 4 años. Sin embargo, la patología recién se vuelve evidente cuando el pequeño comienza a ir a la escuela. Allí debe respetar horarios, reglas y se hacen tangibles los problemas conductuales que le dificultan aprender y relacionarse de manera adecuada con sus compañeros y profesores.

La doctora Myriam Velarde, del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN), recalca la importancia de un diagnóstico clínico precoz y un abordaje interdisciplinario. No solo se necesita la intervención de un neurólogo, sino también la de un psiquiatra y la de un psicólogo para evaluar sus niveles de lenguaje, aprendizaje, psicomotricidad, sensoriomotricidad y conductas sociales. Además, es indispensable la colaboración de la profesora para identificar las reacciones del menor ante ciertos estímulos. Explica que la medicación solo se recomienda si la terapia conductual no da los resultados deseados después de cuatro meses, o si la vida del niño es seriamente afectada por el trastorno, pero su uso debe ser prescrito y controlado por un médico, y sometido a un riguroso control interdisciplinario.

En el país un gran número de padres rechaza esta posibilidad. Temen que la salud de sus hijos se comprometa aún más con la ingesta de psicoestimulantes. Estas medicinas mejoran la atención, regulan la actividad motora hiperactiva y, ocasionalmente, la capacidad motora fina; pero en casos aislados pueden tener efectos colaterales como insomnio, pérdida de apetito y de peso, irritabilidad y dolores abdominales. Por eso el uso de medicamentos aún está bajo discusión.

Arturo Ruiz Paredes, psicólogo clínico del Instituto Médico del Lenguaje y Aprendizaje (IMLA), advierte que este trastorno no tiene cura, pero que con un buen tratamiento personalizado, aplicado desde muy temprana edad, el paciente puede evitar limitaciones en su rendimiento escolar, en su percepción de sí mismo y desarrollo social.

“Antes se pensaba que los pequeños con TDAH no eran muy inteligentes. Hoy se ha comprobado que muchos veces tienen el coeficiente intelectual más alto que otros niños de su edad y pueden convertirse en profesionales brillantes, solo es cuestión de darles las herramientas adecuadas para vencer sus dificultades”, afirma el experto.

Por ello, actualmente dentro de esta Institución Educativa se ha detectado casos puntuales de estudiantes del 4to, 5to y 6to grado que no logran concentrarse en clase, e inclusive interrumpen porque se sienten aburridos y tratan de llamar la atención de algún modo ya sea de sus

profesores y/o compañeros, percatándose que se debía a su falta de atención y concentración en clase, los profesores han informado a los departamentos psicopedagógicos sobre los temas y aún es complicado manejar este síndrome sin el apoyo familiar, en algunos casos, inclusive algunos profesores se han acercado a cada uno de estos alumnos y han detectado en su historia familiar que son aquellos que no gozan de los cuidados de sus padres y muchos de ellos pasan la mayor parte del día con los abuelitos o tíos. Por tanto, es de urgente preocupación dentro de la institución, que los niños logren atender, concentrarse y rendir dentro de las aulas para que puedan aprobar los cursos y continuar su formación. Entonces, ante tal problema se ha citado con continuidad a los padres sin obtener respuesta de la mayoría.

Esta investigación se abocará a medir esta relación existente entre la hiperactividad con el déficit de atención en estos alumnos del 4to, 5to y 6to grado de esta institución educativa.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿En qué medida la hiperactividad se relaciona con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014?

1.2.2 Problemas específicos

¿En qué medida la impulsividad se relaciona con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014?

¿En qué medida la actividad motora se relaciona con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014?

¿En qué medida el comportamiento se relaciona con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014?

¿En qué medida el aprendizaje se relaciona con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014?

¿En qué medida la desobediencia se relaciona con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014?

¿En qué medida la estabilidad emocional se relaciona con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la hiperactividad en relación con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.

1.3.2 Objetivos específicos

a) Determinar la impulsividad en relación con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.

b) Determinar la actividad motora en relación con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.

c) Determinar el comportamiento en relación con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.

d) Determinar el aprendizaje en relación con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.

e) Determinar la desobediencia en relación con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.

f) Determinar la estabilidad emocional en relación con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.

1.4 Justificación de la investigación

Los resultados de la presente investigación permitirán que se detecte una relación entre las variables hiperactividad y déficit de atención. Adicionalmente, se detectará a los alumnos que presenten altos niveles de déficit de atención para que conjuntamente esta institución educativa y familia puedan ejecutar un trabajo continuo por su restablecimiento cognitivo.

Limitaciones de la investigación

La investigación se supedita a que los participantes deseen colaborar y brindar su valioso tiempo en contestar con la veracidad que se requiere a cada una de las preguntas planteadas. Caso contrario, el estudio perderá la validez que debería poseer.

También, existe el riesgo de que los alumnos no conozcan o entiendan a profundidad las pruebas y simplemente se nieguen a responder.

Conveniencia

Generalmente a los escolares, se les trata como niños y/o niñas que no presentan este problema de hiperactividad y déficit de atención, situación que redundaría en desventajas para el proceso de aprendizaje y desarrollo, como parte de la evolución natural del estudiante. Este trabajo es conveniente desde el ámbito pedagógico y dentro del contexto escolar, en vista que el docente debe orientar el proceso de control médico, cuando los padres muestren desconocimiento de las consecuencias que el TDAH, puede tener en el desarrollo y aprendizaje de los niños y/o niñas.

Relevancia social

La hiperactividad y déficit de atención, afecta la mayoría de las áreas de la vida de quienes lo padecen, incluyendo la relación con sus pares, la familia y la comunidad y más adelante, el desempeño laboral, la conducta sexual y las relaciones sociales adultas. Este panorama existencial de las personas con TDAH, obliga y compromete aún más a las instituciones educativas, y exige mayor preparación del docente, para que estos alcancen, el más elevado nivel de desarrollo de sus capacidades, en virtud de que está demostrado, que los métodos didácticos para la enseñanza, tienen efectos importantes en el aprendizaje de estos niños y niñas. De tal manera, que es en la edad infantil, cuando la persona con TDAH, puede tener mayor beneficio de una intervención pedagógica que atienda sus requerimientos especiales.

Implicancia práctica

Esta investigación sentará las bases y permitirá que otras investigaciones surjan partiendo de la problemática aquí especificada. Así, futuros investigadores podrán desarrollar temas similares, sirviéndoles la presente investigación como marco referencial.

Valor teórico

Desde el punto de vista teórico, esta investigación generará reflexión y discusión, tanto sobre el conocimiento existente, así como, su empleo futuro; ya que de alguna manera u otra, se confrontan teorías y con los resultados obtenidos se podrá contribuir a tener un conocimiento científico, válido y confiable.

Utilidad metodológica

Los métodos, procedimientos y técnicas a utilizar en el desarrollo de la investigación, podrán ser empleados en otros trabajos de investigación, dando mayor validez y confiabilidad al diseño ya propuesto por otros autores.

1.5 Delimitaciones del estudio

Delimitación espacial

Lugar : Distrito de Santa María
Provincia : Huaura
Departamento : Lima

Delimitación temporal

Se realizará de agosto a diciembre del 2014

Delimitación teórica

Esta investigación se abocará encontrar la relación de las dimensiones de la variable hiperactividad (impulsividad, actividad motora, comportamiento, aprendizaje, desobediencia y estabilidad emocional) con el déficit de atención en los estudiantes del nivel primario, pero solo a los estudiantes del cuarto grado al sexto grado.

1.6 Viabilidad del estudio

Es viable en vista que se dispone de los medios necesarios para realizar dicha investigación.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Investigaciones internacionales

Besa, A. (2011). La presente investigación corresponde a una aproximación teórica acerca del Trastorno de Déficit Atencional con o sin Hiperactividad [TDA-H], y su abordaje en el sistema de salud pública chilena. Se indaga acerca de la propuesta de tratamiento sugerida en la Guía Clínica del Ministerio de Salud, desarrollando elementos que, desde la teoría psicoanalítica son útiles para la para la comprensión y tratamiento de niñas y niños diagnosticados con este trastorno. Se recogen algunos aportes de esta teoría en relación a la modalidad de trabajo grupal con niños y niñas, y grupos paralelos con sus padres.

García, (2009). Detectó a niños que presentan el Trastorno del déficit de la Atención con o sin Hiperactividad en las escuelas primarias de Hermosillo, para ello, se empleó la Escala de Keith Connors (1994) en su versión para docentes. A través de un muestro probabilístico simple se seleccionaron al azar 22 escuelas de nivel básico. Participaron 152 maestros y 283 alumnos de los diferentes grados. En cuanto a la escala, resulto con tres dimensiones (factor 1: hiperactividad; factor 2: problemas de aprendizaje y factor 3: social-negativo) con una varianza explicada de 51.9% y un índice de confiabilidad de .90. Se observaron diferencias por grado escolar. En cuanto al sexo de los alumnos, existe

una proporción de 4 a 1, donde los niños resultaron ser más detectables con respecto a las niñas. Finalmente, se concluye que la detección de niños con TDAH resulta importante su valoración en las escuelas primarias; sin embargo, resulta más significativa su valoración en el nivel preescolar.

Lara, R. (2013) en su tesis Asesoramiento desde el modelo integrativo Ecuatoriano para padres de niños con trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Tesis para la obtención del grado de Magister en Ciencias psicológicas con mención en psicología integrativa en la personalidad. Universidad Central del Ecuador. Quito.

Plantea como objetivo obtener el apoyo de los padres en el tratamiento psicopedagógico, mejorar las relaciones padres e hijos, así como mejorar el comportamiento de sus hijos .La metodología seguida es la aplicación de la pre-prueba (cuestionarios), evaluación de resultados, aplicación del programa de intervención mediante técnicas variadas re-test, evaluación y resultados. Así en el programa de asesoramiento, se obtuvieron mayores niveles de participación en las mujeres que en los hombres. De manera general hay buena participación del grupo como el cumplimiento de tareas y asistencia y consecuentemente un buen nivel de involucramiento en el proceso. Además mejoraron la relación padres e hijos y el comportamiento de los niños.

Finalmente el abordaje emocional de los padres, así como en la modificación de sus rasgos personales que mejoraron a nivel familiar.

León, L. & Restrepo, S. (2010) en la investigación el trastorno por déficit de atención en el sector educativo oficial de armenia. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

En el estudio “El trastorno por Déficit de Atención en estudiantes de 1° a 5° grado de Educación Básica del sector oficial de Armenia Quindío” realizado por el Grupo de Estudios Pedagógicos, el objetivo fue detectar los estudiantes de 1° a 5° (de 6 a 14 años) de la Educación Básica en el sector oficial, con Trastorno por Déficit de Atención con o sin

hiperactividad TDA-H. Para tal fin, identificaron los estudiantes con este posible trastorno, reportados por las instituciones educativas.

Los tipos de investigación utilizados son el estudio de caso y el descriptivo, asimismo el diseño metodológico transaccional descriptivo, para indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan las variables, en una población de 20.711 estudiantes matriculados de 1° a 5° grados de la Educación Básica, en el sector oficial del Municipio de Armenia en 2008, de 12 instituciones educativas que aceptaron participar en la realización del estudio. Se tomó la muestra de 354 estudiantes de 1° a 5° (6 a 14 años) que fueron reportados por los profesores con posible Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Se utilizó tres instrumentos: 1) los criterios diagnósticos del DSM IV (1994) para el TDA-H que resolvieron los profesores, presentan mayor incidencia que el diagnóstico, 2) las pruebas Conners' (1994) profesores y padres y 3) las subpruebas de atención de la batería de Evaluación Neuropsicológica Infantil ENI (Rosselli et al, 2004).

A continuación los resultados encontrados:

La prevalencia de TDA-H en estudiantes de la educación básica primaria de 1° a 5° en el Municipio de Armenia es de 3,89%, que corresponde a un poco más de la mitad de las estadísticas de estudios internacionales que afirman que este trastorno se encuentra entre el 1% y el 7% en la población infantil.

- ✓ El 2,31% de estudiantes presentan TDA-H combinado o mixto, el 1,14% TDA-H inatento; y el 0,34% TDA-H hiperactivo impulsivo, siendo mayor el TDA-H combinado.
- ✓ En cuanto a la prevalencia por géneros 2,87% son hombres y 1,02% mujeres, distribuidos así: TDA-H combinado o mixto (inatención, hiperactividad e impulsividad) 1,88% hombres y 0,49% mujeres; TDA-H inatento 0,7 hombres y 0,43% mujeres; y el de menor prevalencia el TDA-H hiperactivo e impulsivo 0,27% hombres y 0,09% mujeres. Se presenta este trastorno menos en mujeres que en hombre, como lo afirma el DSM IV (1994).

- ✓ No todos los estudiantes reportados por los docentes con TDA-H presentan el trastorno, son confundidos por presentar problemas asociados a TDA-H como problemas de conducta, problemas de aprendizaje, problemas psicosomáticos, ansiedad, dificultades en la atención auditiva y dificultades en la atención visual.
- ✓ Los estudiantes con TDA-H requieren valoración neuropsiquiátrica, apoyo psicológico, pedagógico y asesoría en pautas de crianza a padres, familiares o acudientes.

Maldonado, M. (2016) en su tesis Adaptación del BRIEF (*Behavior Rating Inventory of Executive Function*) a población española y su utilidad para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención-hiperactividad subtipos inatento y combinado. Tesis para optar el grado de Doctor en psicología. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. Plantea como objetivo adaptar la prueba Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) a la población española y conocer el perfil ejecutivo de niños con trastorno por déficit de atención hiperactividad (subtipo inatento y subtipo combinado).

Para la realización de esta tesis, se han aplicado 4244 cuestionarios BRIEF (2197 cuestionarios de padres y 2047 cuestionarios de profesores), a un total de 2151 sujetos, de los cuales 2016 corresponden al grupo pediátrico general, y 135 corresponden al grupo de sujetos con diagnóstico de TDAH (grupo clínico). La muestra es relativamente homogénea, oscilando su distribución por sexo y edad entre 24 casos en el grupo en el que menos cuestionarios se obtuvieron, y 93 en el grupo en el que más cuestionarios se obtuvieron. Las edades de los sujetos de este grupo están comprendidas entre los 5 y los 18 años. Para los cuestionarios de padres, la edad media fue de 10.58 ± 3.64 años; para los cuestionarios de profesores, la edad media fue de 10.67 ± 3.74 . El 50.27% (n=942) de los cuestionarios de padres recogidos eran referidos a mujeres, y el 51.01% (n=882) de los cuestionarios de profesores recogidos eran referidos a mujeres; por tanto, el 50.62% (n=1824) del total de cuestionarios fue referido a mujeres.

El estudio mostró como resultados que la consistencia interna (alpha de Cronbach) de las escalas e índices de la prueba oscila entre ,70 (escala Iniciativa en la versión padres) y ,97 (Índices Metacognitivo e Índice Global Ejecutivo en la versión de profesores) para el grupo pediátrico general, y entre ,77 (escala Iniciativa en la versión de padres) y ,96 (Índice Global Ejecutivo en la versión de padres y de profesores) para el grupo clínico. Además, los valores de fiabilidad y validez obtenidos permiten considerar a la adaptación española del BRIEF como una prueba apta para el uso en población pediátrica. La estructura factorial de la prueba es consistente con la hallada en los estudios realizados con la versión original de la misma, a excepción del resultado obtenido en el análisis factorial realizado con muestra clínica en la escala Supervisión en la versión de profesores. Los resultados obtenidos en el estudio con sujetos con diagnóstico de TDAH inatento y combinado permiten concluir algunas diferencias en el perfil ejecutivo conductual de estos grupos, que se evidencian en las escalas del Índice de Regulación Conductual, siendo estas diferencias más claras en la escala Inhibición. Estos resultados son congruentes con los obtenidos en estudios previos sobre el tema, y parecen apuntar a una mayor alteración en la capacidad de inhibición en los sujetos con TDAH combinado frente a los sujetos con TDAH inatento.

Montañez, (2014) en su tesis Programa de intervención en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y familia. Tesis para optar el grado de Doctor. Universidad de Extremadura.

El objetivo general de este trabajo de investigación es analizar los efectos de una intervención grupal basada en el desarrollo y/o potenciación de competencias y/o habilidades de IE y pautas educativas en el hogar sobre familias con hijos con TDAH.

El presente estudio se trata de un diseño experimental con una variable independiente con grupos aleatorios. La investigación contó con un total

de 70 participantes de la localidad de Badajoz entre adultos y niños diagnosticados de TDAH de educación primaria.

Por un lado, la muestra de adultos estuvo compuesta por 38 participantes de ambos sexos, 9 hombres (23,7%) y 29 mujeres (76,3%) con edades comprendidas entre 32 y 54 años ($M=42,87$; $DT=5,610$).

Asimismo, el grupo experimental estuvo formado por 25 personas, 7 hombres (28%) y 18 mujeres (72%) con edades comprendidas entre los 35 y los 52 años ($M=43,24$; $DT=4,859$). El grupo control, estuvo compuesto por 13 personas, 2 hombres (15,4%) y 11 mujeres (84,6%) entre los 32 y los 54 años ($M=42,15$; $DT=6,998$).

En el estudio se ha utilizado los siguientes instrumentos: 1) Cuestionario sobre datos socio-demográficos, clínicos y familiares, 2) Cuestionario de información acerca de su hijo/a y 3) Listado de síntomas según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000).

Se llegó a la siguiente conclusión:

- El TDAH es una patología que se presenta durante la infancia cuya etiología es desconocida, cuenta con una base neurobiológica y una importante predisposición genética en la que interactúan los factores ambientales. Los síntomas principales son inatención, hiperactividad y/o impulsividad que pueden cursar juntos o por separado dando lugar a diferentes subtipos (inatento, hiperactivo/impulsivo y combinado).
- El ámbito familiar es un contexto clave para tener en cuenta en la intervención del niño con TDAH debido a las características que presenta y a la doble función que puede desempeñar, como factor de protección si se trata de un ambiente adecuado en el que existan normas, organización, afecto, comunicación, etc. o como factor de riesgo, del desarrollo de trastornos asociados principalmente, si se trata de un entorno de conflicto, desorganización, carente de lazos afectivos y comunicación adecuada.
- La familia puede promover el desarrollo socioemocional y comportamientos adaptativos de sus hijos con TDAH a través de la

- participación en programas de intervención que dote a los padres e hijos de herramientas y recursos que fomenten la salud mental familiar.
- Los niños con TDAH presentan una disfunción psicosocial que afecta a todas las áreas de su vida que va más allá de los principales síntomas del trastorno que se traduce en dificultades sociales (conflictos con los iguales, agresiones verbales y físicas, aislamiento social, aplicación anómala de las normas sociales, etc.) y emocionales (dificultad para el reconocimiento, expresión y regulación emocional, depresión, ansiedad, etc.).

Rodríguez, (2011). El proceso educativo escolar aborda diversas situaciones particulares, que dificultan el avance del niño y/o niña en su desarrollo y aprendizaje, el TDAH, es una de ellas, trastorno que desde edades tempranas requiere atención médica sistemática e intervención pedagógica diseñada especialmente para estos casos, con el objetivo de diseñar una guía didáctica dirigida a docentes de Educación Primaria para niños y niñas con TDAH. La investigación se realizó en la modalidad de proyecto factible, apoyado en una investigación de campo descriptiva (Venezuela). Abarco tres fases: I.-Diagnóstico. II.-Factibilidad y III.-Diseño de la propuesta. La población la conformaron doce (12) docentes. Se aplicó una entrevista estructurada o dirigida, a través de un guión de entrevista, validado por expertos. El valor del coeficiente alpha de cronbach fue de 0.92, revelándose la alta confiabilidad del instrumento. Los resultados, se analizaron mediante frecuencias y porcentajes, los mismos condujeron a la elaboración de la guía didáctica. Entre las principales conclusiones destacan: La intervención pedagógica de los niños y/o niñas con TDAH, debe incorporar elementos que estimulen el desarrollo integral, desde un enfoque holístico y ecléctico, tomando en cuenta las potencialidades y capacidades para aprender con todo el cerebro, el autocontrol y autorregulación a partir del conocimiento de ejercicios de relajación y otras técnicas de superaprendizaje que en el campo educativo han resultado efectivas. Se recomendó aplicar la guía

didáctica, en el desarrollo de los proyectos de aprendizaje, seleccionando aquellos ejercicios que se ajusten a las necesidades de los estudiantes.

Octavio, (2015) en su tesis Hiperactividad en niñas. Comportamientos y funcionamiento académico y social en la adolescencia. (Estudio longitudinal de 9 años de seguimiento). Tesis para optar el grado de Doctor. Universidad Complutense de Madrid. España. En el estudio plantea como objetivo Investigar los resultados en el desarrollo de las niñas asociados con la hiperactividad infantil en niñas en un estudio longitudinal comunitario de población femenina.

La población de estudio eran 2.285 sujetos del rango de edad. Los participantes fueron todas las niñas entre 6 a 7 años de los colegios de educación primaria ordinaria en Newham, un barrio de Londres. Las niñas fueron identificadas por presentar hiperactividad, trastornos de conducta o ambos definidos según las evaluaciones de los padres y profesores (cuestionarios Rutter A2 y B2). Un total de 1466 niñas tenían ambos cuestionarios completados.

El principal instrumento de medida fue la entrevista de los síntomas de niños y adolescentes según el relato de los padres (PACAS). Versión modificada de la PACS adaptada para las actividades de la edad adolescente, administrada por investigadores entrenados con información ciega de otros hallazgos y de la pertenencia del grupo inicial. Se llegó a los siguientes resultados: Un total de 77 chicas sujetos fue la muestra en el seguimiento con una tasa de seguimiento de 74%. La edad media de la muestra fue 17'12 años. El análisis de varianza mostraba que la hiperactividad en la infancia se asociaba con la hiperactividad ($F=10'94$, $gl:1'75$; $p=0'001$) y con los trastornos de conducta ($F=6'81$, $gl:1'75$; $p=0'01$) en el seguimiento. Los problemas de conducta en la infancia no se asociaron con la hiperactividad ($p=0'34$) ni con los trastornos de conducta en el seguimiento ($p=0'17$). La hiperactividad infantil también se asoció con las dificultades en escolares ($F=10'77$, $gl:1'75$; $p=0'002$) en el seguimiento, pero estos no se asociaron con los problemas de conducta infantil ($p=0'66$) basado en la entrevista a los

padres. Un porcentaje mayor de niñas con hiperactividad que sin hiperactividad tenía ($\chi^2:5'51$; $p=0'01$) dificultades con los amigos en el seguimiento, mientras que no había diferencias ($p=0'08$) entre las niñas con y sin trastornos de conducta en la infancia en este resultado en el seguimiento.

Orozco, (2012) el propósito del presente trabajo es desarrollar una lectura del síndrome de déficit de atención e hiperactividad (SDAHA) como un síntoma desde la perspectiva del psicoanálisis freudo-laciano. Para ello se inicia una presentación y caracterización general de lo que se conoce como el SDAHA, sus causas fisiológicas y manifestaciones sintomáticas. Luego se pasa a discutir la noción que tiene el psicoanálisis del síntoma en un perspectiva clínica que se aparta considerablemente de la clínica médica; para finalmente, a través del SDAHA interpretar la importancia del concepto “síntoma” en el estricto sentido psicoanalítico del término, esto es, como una forma adaptativa del sujeto que hace lazo social y le da consistencia ontológica, en la que se evidencia, sin decirlo explícitamente, un problema relacionado con la atención prestada a los niños que manifiestan este tipo particular de “trastornos”.

2.1.2 Investigaciones nacionales

Canales, S. (2013), identificó que el problema de TDAH es más frecuente en varones. A menudo, los niños con este trastorno eran incapaces de prestar atención a una tarea concreta durante un período prolongado, solían ser hiperactivos o inquietos y, en general son desorganizados e impulsivos. Algunos niños con TDAH presentaban sobre todo problemas para mantener la atención, otros son primordialmente hiperactivos e impulsivos y otros tenían problemas en ambas áreas. En ocasiones, sacaban malas notas en la escuela y eran lentos para desarrollar habilidades sociales. La población está conformado por los niños de 5 años de edad de Educación Inicial de la Institución Educativa Cristo Rey del Distrito de Ventanilla de la Provincia Constitucional del Callao, la misma que consta de 100 alumnos.

Bazán, V. (2013) en su tesis las estrategias de prevención educativa y el trastorno 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. Universidad San Martín de Porres. Lima - Perú. El objetivo de estudio es 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.

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.

El estudio se realizó durante los años 2011 y 2012, en una población de 64 niños, que cursaron el 1º grado de educación primaria. 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.

Las técnicas empleadas son la encuesta cerrada a los profesores y la encuesta semi-estructurada a las madres. Asimismo, utilizaron como instrumentos: Lista de cotejo para TDAH y la Evaluación Clínica Neurológica que contiene la historia clínica del niño.

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.

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.

Miranda, L. (2015) en su tesis trastorno de déficit de atención e hiperactividad en padres e hijos psicocentro de ayuda a la familia integral 2014 – 2015. Tesis para optar el título de especialista en psiquiatría. Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina. Lima.

Plantea como objetivo establecer prevalencia de manifestaciones del TDAH del adulto, en padres de niños con diagnóstico de TDAH del Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral “PSICOFAMIL” entre junio del 2014 y mayo 2015.

Método: El estudio de tipo descriptivo prospectivo y con un corte transversal.

La población de este estudio incluyó a todos los padres y madres de pacientes con diagnóstico de TDAH del Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral “PSICOFAMIL”. La muestra consintió del 100% (33) de padres que desearon participar del estudio, que pudieron ser entrevistados entre junio del 2014 y mayo del 2015 y que no tenían alguna patología mental previamente.

Los resultados mostraron que se encontró que un 63.6% de adultos los evaluados presentaba síntomas de inatención. Siendo el grupo de mujeres el que presenta mayor incidencia de síntomas de inatención con un 94%, frente a un 31.2% del grupo de varones. También se encontró que los síntomas de hiperactividad estaban presentes en el 45% del total de evaluados, siendo el grupo de varones el que presenta mayor incidencia de síntomas de hiperactividad con un 81.2%, frente a un 23.5% del grupo de mujeres. Además, se encontró que los síntomas de impulsividad en los evaluados estaban presentes de manera significativa en más del 75% de los adultos evaluados. En mujeres el 82.4% y en varones el 68% presentaron síntomas de impulsividad de manera significativa. Con respecto a la comorbilidad se encontró presente en el 87.9% de los

evaluados, siendo los problemas de socialización la comorbilidad más frecuente en el grupo de varones con 62.5% y los síntomas ansiosos o depresivos la comorbilidad más frecuente en el grupo de mujeres con 35.3%. El nivel académico más frecuente fue el de superior incompleta o técnico con un 42.4% en la población total de estudiados, siendo de un 41.2% en el grupo de mujeres y 43.8% en el grupo de varones. El nivel académico de post-grado fue de 11.8% en el grupo de mujeres y 18.8% en el grupo de varones. Los que terminaron una formación superior completa fue de 23.5% en el grupo de mujeres y 31.3% en el grupo de varones. Los que solo culminaron secundaria fueron 17.6% en el grupo de mujeres y 6.3% en el grupo de varones y solo en del grupo de las mujeres se encontró un 5,9 % que culminó únicamente primaria.

Finalmente concluye que se encontró manifestaciones del TDAH del adulto en el 100% de la población estudiada. Se encontraron presentes síntomas de inatención y de hiperactividad, pero los síntomas de impulsividad son los que se encuentran con mayor prevalencia. Además, se evidencia que existe mayor prevalencia de síntomas de inatención en mujeres, mayor prevalencia de síntomas de hiperactividad en varones y la impulsividad es alta en ambos grupos siendo un poco más frecuente en mujeres.

2.2 Bases teóricas

2.2.1. Definición Conceptual

El TDAH es un desorden que comienza en la infancia y generalmente es detectado en la edad escolar, específicamente dentro de los tres primeros grados de la primaria, ya que en estos primeros años el niño es sometido a la presión de objetivos específicos como es el aprendizaje de la lectoescritura donde se hace necesario el poner atención, y las prácticas de tareas específicas para lograr el objetivo, siendo éstas, las carencias esenciales que caracterizan a estos niños; el TDAH puede extenderse a la

adulthood, having negative effects on their life at home, school and the community (Anderson and Burns, 1989). It is a disorder characterized by an early onset, the combination of a hyperactive and poorly modulated behavior with a marked lack of attention and continuity in tasks and because these problems are presented in the most varied situations and persist over time.

Hyperactivity implies excessive restlessness, especially in situations that require a relative calm. Depending on the circumstances, it can manifest as jumping and running without direction, as the inability to remain seated when it is necessary to do so, as verbal outbursts or as a general restlessness accompanied by gesticulations and contortions. The criterion for the evaluation of whether an activity is excessive is in function of the context, that is, of what one should expect in that specific situation and of what would be normal taking into account the age and the C.I. of the child. This behavioral trait is more evident in extreme and very structured situations that require a high degree of control of one's own behavior. In Safer and Allen (1979) it is defined as a developmental disorder conceived as a delay in development, which constitutes a persistent pattern of behavior characterized by excessive restlessness and lack of attention and which manifests in situations that require motor inhibition.

The real problem of hyperactive children is posed in those situations in which they are required to control their movements and maintain attention. Shaywitz and Shaywitz (1991) defined the disorder of conduct as a series of childish behaviors that range from those that are not delictive but imply coercion or opposition such as: Aggression, being very demanding, disobeying, shouting, crying, annoying, having tantrums, to others that fall within the delictive behavior. The deficit of attention can be identified as the most common neurobehavioral disorder of children, which affects them from early

tempranas, prevaleciendo durante la escuela y a menudo en la vida adulta. (Shaywitz y Shaywitz, 1991).

De acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades (C.I.E.) el trastorno del que hablamos es un término que refiere un proceso psicológico que implica déficit de atención, síndrome que se caracteriza por serios y persistentes dificultades en esperar o poner atención, impulsividad e hiperactividad, para no utilizar términos como el de enfermedad que da a entender otro tipo de conceptualización. Cantwell y Bader (1991) usan déficit para referirse o describir comportamientos que se presentan menos de lo esperado. Desorden es usado para describir un patrón recurrente causando algún grado de ansiedad, desventaja o disfunción. Como sucede con otros desordenes, las dificultades con el criterio para TDAH son definidos por los síntomas conductuales específicos más que por una identificación etiológica o pato fisiológica.

La American Psychiatric Association buscando precisión en su conceptualización operacional define el Déficit de la Atención con algunas adhesiones y diferencias en los criterios en las revisiones del Manual de Clasificación de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM, 1968, 1987, 1994). La heterogeneidad de síntomas en este desorden es evidente debido a los numerosos cambios dimensionales desarrollados.

Inicialmente tres dimensiones conductuales fueron conceptualizadas en DSM II (atención, impulsividad e hiperactividad) con dos subtipos (con hiperactividad TDA/ Hi y sin hiperactividad TDA/ S/Hi); en DSM III, este criterio cambio a unidimensional y ahora también volvió a cambiar a dos criterios dimensionales (inatención e hiperactividad/impulsividad) con tres subtipos en el DSM IV.

1. Trastorno de la atención con hiperactividad (TDAH); donde existe la predominancia de la inatención (TDAH/DA).

2. Trastorno de la atención con hiperactividad (TDAH): donde existe la predominancia de la hiperactividad/impulsividad (TDAH/Hi).
3. Déficit de la atención con hiperactividad de tipo combinado, TDAH/Co. (American Psychiatric Association 1994).

El criterio de déficit de la atención de acuerdo con el DSM IV (1994) es presentar 10 características del cuadro de clasificación; 6 de inatención, 3 de hiperactividad y 1 de impulsividad.

Actualmente el criterio de déficit de la atención, de acuerdo con el DSM IV (1994) es presentar diez características del cuadro de clasificación, seis del factor inatención, tres del factor hiperactividad y una del factor impulsividad.

I. Inatención:

1. Casi siempre incurre en errores en las tareas escolares en el trabajo o en otras actividades por inatención a las instrucciones o descuido en los detalles.
2. Casi siempre tiene dificultades para mantener la atención a toda clase de tareas y actividades lúdicas.
3. Casi siempre parece no escuchar cuando se le habla.
4. Casi siempre no lee las instrucciones y no finaliza tareas encargos u obligaciones (No se debe a comportamientos negativitas o a incapacidad para comprender instrucciones).
5. Casi siempre tiene dificultades para organizar sus tareas u obligaciones.
6. Casi siempre se enoja o es renuente para dedicarse a tareas que requieren concentración.
7. Casi siempre extravía cosas.
8. Casi siempre se distrae fácilmente ante estímulos irrelevantes.
9. Casi siempre es descuidado en sus actividades diarias.

II. Hiperactividad:

1. Casi siempre se está moviendo parado o sentado.
2. Casi siempre abandona su asiento en la clase o en otras situaciones donde se espera que permanezca sentado.

3. Casi siempre corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo.
4. Casi siempre tiene dificultades para dedicarse a actividades de ocio. Parece que tiene un motor integrado. Habla en exceso.

III. Impulsividad:

1. Casi siempre responde antes de haber sido completadas las preguntas.
2. Casi siempre tiene dificultades para esperar su turno.
3. Casi siempre interrumpe las actividades de otros.

Una vez cumplido los criterios anteriores, éstos deberán haberse presentado sistemáticamente los últimos seis meses, además de no cumplir con otros desórdenes y que hayan aparecido entre los tres y los cuatro años, manifestándose en situaciones diversas, esto es: casa, colegio, reuniones sociales, etc. Las cuales se hayan presentado sistemáticamente los últimos 6 meses; además de no cumplir con los criterios de otros desordenes. Además, que se hayan iniciado aproximadamente a los 4 años, manifestándose en situaciones diversas, esto es: casa, colegio, reuniones sociales, etc. generalmente es en el salón de clases en donde se presentan y se detectan casi siempre.

2.2.2. Etiología del TDAH.

En cuanto a su etiología las investigaciones apuntan hacia un origen biológico relacionados con alteraciones en el cerebro, causadas por factores hereditarios o como consecuencia de una lesión, otros que constituye una pauta de conducta persistente en situaciones específicas.

Es difícil hablar de manera contundente de las causas que provocan el trastorno del déficit de la atención c/s hiperactividad, (TDAH) ya que si bien es cierto existe un antecedente neurológico, las manifestaciones son de tipo psicológico y social, debiendo coexistir e interactuar ambas para formar un cuadro clínico (Vera, 2000), al cual llamaremos Trastorno de la Atención c/s Hiperactividad.

Las evidencias surgidas de las investigaciones realizadas hasta el momento apuntan a la existencia de una base biológica.

Incidencia y Prevalencia.

La incidencia del diagnóstico del TDAH es mayor en niños varones (3:1 niños niñas) aunque las niñas representan un porcentaje significativo y en general tienen más problemas cognitivos, se vuelven menos identificables puesto que presentan menos cuadros disruptivos e hiperactivos estimaron que el 4% de la población en edad escolar es hiperactiva (Brown, 1991).

Olfson (1992) Shaywitz (1988) indicaron que de un 4 a 8% de la población general refería a niños y adolescentes con un amplio patrón de problemas de conducta, inclusive más que aquellos que la ley catalogaría como delincuentes. El trastorno del déficit de la atención con hiperactividad (TDAH) es el más frecuente y con mayor prevalencia en los desórdenes en los niños.

Hoza, Pelham y Carlson (1992) estiman que más de dos millones de niños en edad escolar presentan TDAH, donde aproximadamente del 3 al 5% de los niños que asisten a las escuelas populares, de uno a dos niños por salón de clases en los Estados Unidos; siendo dos o tres veces más frecuente en varones que en niñas (Barkley, 1990a)

El tiempo que tardan es demasiado tanto en su detección, diagnóstico y tratamiento, si tomamos en cuenta que la gran mayoría de ellos son detectados por los maestros, de las escuelas primarias, pero que se puede detectar a partir de los 3 o 4 años. Al respecto, Shaywitz y Shaywitz, (1991) refieren que al partir de los 6 años, edad en la que ingresan a la escuela, que es cuando son sometidos a la presión, de acceder al sistema de lectoescritura, enfrentarse al sometimiento de una serie de reglas, esenciales para la vida social y escolar.

2.2.3. Los Criterios Diagnósticos en el TDAH

Por lo general cuando se sospecha que un niño presente TDAH se utiliza el criterio de déficit de la atención de acuerdo con el DSM IV (1994) consiste en presentar 10 características del cuadro de clasificación; 6 de falta de

atención, 3 de hiperactividad y 1 de impulsividad, las cuales requieren que hayan presentado sistemáticamente en los últimos 6 meses; además, es necesario que no cumplan con los criterios de otros desórdenes.

Así mismo, se requiere que los síntomas se hayan iniciado aproximadamente a los 4 años de edad, manifestándose en diversas situaciones, como son: casa, colegio, reuniones sociales, etc. Generalmente es en el salón de clases en donde se presentan y se detectan casi siempre (Shea y Bauer, 1999).

Diagnóstico diferencial.

Los problemas emocionales, la ansiedad y la depresión, pueden producir conductas de hiperactividad, distractibilidad o impulsividad, los cuales pueden estar asociados únicamente a estados o situaciones específicas de ansiedad o depresión Jansen, (1988) y Pelhman, (1990), de aquí la importancia de realizar un diagnóstico diferencial; ya que en muchas ocasiones pudiera confundirse con algunos otros trastornos como pudiera ser: la falta de interés en algunos niños como consecuencia de un problema visual crónico, dificultad en la audición o con el síndrome de Tourette en donde presenta tics, o conductas estereotipadas, lo que requieren otro tipo de tratamiento y una medicación diferente.

Para dar un diagnóstico de TDAH es recomendable que tomemos en cuenta la historia clínica del paciente, cuyos síntomas se manifiesten de manera crónica y perseverante de distractibilidad y/o impulsividad. Se dice que es crónico porque su dificultad está presente en un tiempo prolongado en la vida del sujeto, y es perseverativa porque se presenta en todos los ámbitos con los que se relaciona.

El diagnóstico puede ser ejecutado por un profesional calificado quien esté familiarizado con la historia del individuo. Neurólogos, psicólogos, psiquiatras y pediatras son quienes por lo general lo detectan en forma profesional.

2.2.4. Problemas Asociados al TDAH.

Por lo general un niño con TDAH, presenta problemas relacionadas con el aprendizaje escolar, con conducta oposicional-desafiante, o desordenes de tipo emocional, pudiendo confundirse con algunos problemas ópticos crónicos, problemas en la audición o con el síndrome de Tourette (Zimmerman, 2003)

Las dificultades del aprendizaje casi siempre se encuentran asociadas al TDAH. Los periodos cortos de atención que se presentan en estos sujetos constituyen una fuente más de obstáculo para el aprendizaje, con frecuencia el rendimiento académico está afectado y devaluado, lo que acarrea dificultades con la familia y los maestros, el hecho de no poder sostener la atención en tareas que así lo solicitan es mal interpretado por los maestros (Bricklin y Bricklin, 1988).

Tal situación provoca no poder sostener la atención en tareas que así lo requieren, siendo mal interpretado por los maestros como pereza y falta de motivación (Michanie y Marques, 1993).

Por otro lado, los niños diagnosticados con TDAH generalmente presentan problemas de aprendizaje, socialización y afectivo-emocionales (Connors, 1994). Generalmente los niños con TDAH no obtienen baja puntuación en pruebas de inteligencia, según plantean Campbell y Figueroa (1994), aunque esto no es garantía de que obtengan logros académicos sino por el contrario, los niños diagnosticados con TDAH generalmente presentan problemas de aprendizaje, que no es lo mismo a decir que todos los sujetos con problemas de aprendizaje presenten TDAH, ya que son dos tipos de dificultades independientes (Interagency committee on Learning Disabilities; 1987) Anderson y Williams (1987), encontraron que el trastorno de la atención y desorden de conducta se encuentra entre un 30% y un 50% de los casos dentro de estudios epidemiológicos.

En investigaciones realizadas por Loney y cols. (1981) la hiperactividad y la agresión no se correlacionan y presentan diferentes patrones de validez concurrente y predictiva, sugiriendo que son dos entidades o dimensiones separadas.

El reconocimiento de una conducta desafiante está evidentemente determinada por los valores sociales. EL TDAH se asocia con comportamientos desafiantes, cuyas características son desobediencia y hostilidad sobre todo a figuras de autoridad, accesos de cólera discusiones con adultos de acuerdo con los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (O.M.S.- CIE-10).

El comportamiento hostil o desafiante asociado a TDAH, es una fuente predictora de comportamiento social futuro; lo cual se ha vinculado a algunas dificultades en, las relaciones familiares y la vida escolar (Robins, 1990).

La conducta desafiante oposicional parece ser una manifestación subsíndrome del desorden conductual. Lo anterior, porque la conducta desafiante oposicional se sobrelapa en un 35% de las veces con el déficit de atención, ya sea solo o combinado con desórdenes de conducta (Bird, Canino y cols, 1988; Biderman, Faraone y cols, 1990).

El TDAH con desórdenes en el estado de ánimo se presenta entre un 15% y un 75% de casos en muestras epidemiológicas (Bird, Canino y cols. 1988) y clínicas (Woolston, 1989; Staton y Bumback; 198). En muestras clínicas, la asociación entre TDAH y desórdenes del estado de ánimo, se ha reportado en niños con depresión y distimia (Alessi y Magan, 1988).

Estos datos sugieren que el TDAH y los desórdenes del estado de ánimo, sugieren un alto riesgo de morbilidad psiquiátrica (Wrinberg; 1989) y tal vez una mayor tendencia al suicidio, que aquellos niños sin tal desorden.

Desde el punto de vista clínico la comorbilidad tiene influencia en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del trastorno. Por ejemplo, los niños con trastornos del aprendizaje en lecto-escritura o en matemáticas (dislexia auditiva o viso-espacial) requieren medidas re-educativas específicas. Los niños que presentan cuadros de ansiedad pueden verse beneficiados por abordajes psicoterapéuticos de orientación cognoscitivo-conductual.

2.2.5. Dimensiones de TDAH.

Para Bugueño, M. & Pardo, J. (2007, pp.28-31) manifiestan que los síntomas centrales del TDAH son la desatención, hiperactividad e impulsividad. A continuación, se describe:

Desatención

Según señala Tudela en 1992, (citado en Calderón 2003, p.35), la atención se puede entender 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”.

Es posible distinguir diferentes problemas atencionales según el subtipo de TDAH. Cuando se trata de TDAH con predominio desatento, se caracteriza por dificultades en la rapidez en el procesamiento de la información y atención selectiva.

En el TDAH con predominio hiperactivo – impulsivo, es posible observar dificultades en la atención mantenida y en la diferenciación entre estímulos relevantes e irrelevantes.

Respecto al cuerpo de los niños que presentan dificultades de atención es común diferenciar características físicas como cambios posturales, descargas motoras, conductas exploratorias y desviación de la mirada. En tanto en las características principales, se puede observar desatención y falta de interés en las tareas escolares y lúdicas, las actividades no son terminadas, son niños descuidados con sus objetos personales, se distraen muy fácilmente con estímulos irrelevantes, son descuidados y olvidadizos en las actividades que realizan.

Por tanto, estas características encontradas influyen negativamente en el rendimiento escolar, a pesar de que son niños que no presentan dificultades de inteligencia como factor visible.

Hiperactividad

Este término permite distinguir dos acepciones diferentes, en relación al exceso de movimiento. Estas son Hiperkinesia e inestabilidad motriz.

El término Hiperkinesia, del griego hipér (más allá) y kinesis (movimiento), se refiere al aumento en la amplitud y rapidez de los movimientos. Por otro lado, la inestabilidad motriz se refiere a un desajuste motriz, pequeños movimientos inútiles y la incapacidad para permanecer inmóvil.

Se denomina hiperactividad a una manifestación de movimientos constantes, excesivos ya que sobrepasa los límites establecidos y desorganizados, como por ejemplo caminar, correr, trepar, saltar, etc.

Por su parte, Pizarro, (2003) expone: se denomina hiperactividad a una manifestación de movimientos constantes, excesivos ya que sobrepasa los límites establecidos y desorganizados, como por ejemplo caminar, correr, trepar, saltar, etc. Cuando estas acciones parecieran no tener una finalidad u objetivo o se ven interrumpidas, sufriendo un cambio de finalidad y objetivo reiterado, muchas veces sin aparente intencionalidad. También se puede observar la presencia de cambios posturales reiterados.

Impulsividad

El término Impulsivo proviene del latín impulsio (empujar). Se refiere a un individuo que tiene la voluntad profundamente debilitada y que es incapaz de resistir a sus impulsiones.

La impulsividad es uno de los síntomas centrales del TDAH, se manifiesta a través de la precipitación en dar las respuestas, incluso antes de haber terminado de escuchar la pregunta, además frecuentemente existe intromisión en actividades realizadas por otros. Generalmente participan en conductas de riesgo que pueden dar lugar a accidentes.

Lewis (citado en Pizarro, 2003), sostiene que la impulsividad cognitiva se refiere a un estilo cognoscitivo caracterizado por un corto tiempo de reacción. Se ha considerado que la impulsividad es un indicador de mal

pronóstico, señalándose en la literatura que aumenta la complejidad de tratamiento.

Una característica observable en niños impulsivos, es la imposibilidad de esperar frente a actividades que presentan demora, lo que se demuestra con una importante inquietud. Es posible, además, observar ciertas características en la comunicación verbal, ya que son niños que hablan en forma excesiva, no existiendo silencios entre un párrafo y otro, además de interrumpir reiteradamente a sus pares en las conversaciones.

2.2.7. Tipos de trastorno con déficit de atención e hiperactividad

Según el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV (1994), de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), en los síntomas del déficit se pueden clasificar en tres tipos o grupo de características:

Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH/TDA) del tipo predominante inatento. Los síntomas son los siguientes: inhabilidad para prestar atención a los detalles o comisión de comete errores por descuido, dificultades para sostener la atención, inatención aparente al escuchar, dificultad para seguir instrucciones, dificultad para organizar, evasión de las tareas que requieren esfuerzo mental sostenido, distracción recurrente y olvido de actividades diarias.

El trastorno de déficit de atención del tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo. Los síntomas son los siguientes: juguetea con las manos o con los pies o se retuerce en la silla, presenta dificultad para permanecer sentado, corretea o se trepa excesivamente, imposibilidad de participar calladamente en actividades gregarias, conducta impulsiva, como si estuviera impulsado por un motor, conversación excesiva, contestaciones abruptas antes de que se completen las preguntas, dificultad para esperar o hacer turno e interrupciones continua e intromisión en lo que otros están haciendo.

El trastorno de déficit de atención del tipo combinado. En este caso los niños presentan sintomatología de ambos grupos mencionados de inatención y de hiperactividad e impulsividad.

En tanto, los síntomas relacionados con el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, según la clasificación nosológica del Manual de diagnóstico y estadístico de los desórdenes mentales (DSM-IV) (1994) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) son: actividad motora excesiva, falta de atención e inhabilidad para controlar impulsos. Se refiere a niños desordenados, descuidados, que no prestan atención en clase, que cambian continuamente de tarea y presentan una actividad permanente e incontrolada, sin que vaya dirigida a un determinado objetivo o fin. Niños que tienen dificultades para permanecer quietos, sentados, suelen responder precipitadamente, incluso antes de haber finalizado la formulación de las preguntas; además, se muestran impacientes y no son capaces de esperar turno en actividades en las que participan más personas. Interrumpen las actividades o tareas de los compañeros y miembros de la familia y pueden fácilmente sufrir accidentes y caídas debido a que sus conductas reflejan una escasa conciencia del peligro. Son desobedientes, parece que no escuchan las órdenes de los adultos y, por tanto, no cumplen con sus instrucciones.

2.2.8. Estrategia de prevención educativa

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. (Burgos, M.R y Col, 2009) Sostiene que, 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. (Bazán, V. 2013, pp.11-12).

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.

Al respecto, Barkley, R.A (1999) y Cabanyes, J. y Polaino-Lorente, A. (1997) manifiestan, 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: 1° aportar una concisa y breve, pero rigurosa, actualización de los aspectos esenciales del trastorno y 2° 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.

Confirma Bazán, V. (2013, pp.12-13) que el modo de intervención en los niños y adolescente con TDHA comprenderá:

- Programar actividades cortas y adecuadas a las capacidades de atención y control.
- Dividir las tareas en partes, indicando claramente un tiempo límite para terminar cada una de éstas y elogiando la realización correcta de cada una.

- Priorizar la calidad sobre la cantidad: es mejor seleccionar lo más importante que pedir una gran cantidad de tareas.
- 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.
- Disminuir el ruido durante la clase.
- Utilizar una buena organización que puede reforzarse colgando en la pared el programa del día y las normas de clase.
- Diseñar gráficos que proporcionen a los alumnos información sobre su comportamiento.
- 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.
- 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.
- Hacerle consciente de la importancia de su implicación activa en la clase.

Por lo tanto, la tarea del psicopedagogo, es sostener la posibilidad de pensar. Fundamentalmente, es necesario priorizar y sostener una comunicación docentes-padres, para que estos puedan pensar conjuntamente estrategias, que les sean útiles a ambos, dentro de la escuela y el hogar, privilegiando las necesidades del niño.

El maestro es aquel que detecta situaciones, puede relatar las escenas, percibir dificultades que a otros les pasaría en desapercibidas. En este sentido, podría ser un testigo privilegiado, involucrado a la vez en dicha problemática, por lo tanto, el maestro puede trabajar coordinadamente con el psicoanalista.

Las herramientas que utilizan para abordar dicho trastorno dentro del aula, son las siguientes:

- Consignas claras y cortas.
- Sentarlo cerca del escritorio del docente.
- Supervisar permanentemente sus actividades.

- Motivarlo y estimularlo constantemente.
- Guiarlo en cada una de las tareas.
- Hablarle mirándolo a los ojos.

Una de las cuestiones fundamentales, es que el docente (y la escuela en su conjunto) puedan comprender el sufrimiento del niño, a la vez que es indispensable reconocer los propios límites.

2.3 Bases filosóficas

Para García, I. *et al* (2000) expone en relación a los trastornos con déficit de atención, un aspecto a considerar es la normalización, que implica proporcionar ayuda a las personas con discapacidades, para habilitar y optimizar su rehabilitación para el desarrollo pleno de sus capacidades y de esta manera tener una calidad de vida y gozar de sus derechos.

Respeto a las diferencias, que es reconocer al otro con todas sus diferencias personales que pueden ser físicas, sociales, culturales, étnicas, etcétera, aceptándolo como persona con igualdad de beneficios y oportunidades para tener una vida normal.

Asimismo, otro de los aspectos son los derechos humanos e igualdad de oportunidades, que serán los derechos y obligaciones que todo ser humano tiene al existir y vivir en un grupo social. El respeto y cumplimiento de éstos llevará al bienestar de la sociedad. Existen derechos fundamentales como el tener una educación de calidad que permita la igualdad de oportunidades.

De la misma manera, se requiere escuela para todos, se retoma de la Declaración Mundial sobre Educación para Todos de 1990, en donde se indica que todo individuo debe contar con posibilidades de educación para resolver sus necesidades de aprendizaje. Reafirmando que todos los niños aprendan, se preocupa por el progreso individual, contar con servicios de apoyos necesarios, entender la manera de organizar la enseñanza, entre otros.

Finalmente, estas ideas se traducen en dos principios:

Sectorización: Implica que los servicios educativos y apoyos necesarios estén lo más cercano posible al domicilio de quienes lo requieran.

Individualización de la enseñanza: Que consiste en realizar las adecuaciones curriculares necesarias para que los alumnos con necesidades especiales puedan acceder a la propuesta curricular regular. (Citado por Romano, S. & Sánchez, M. 2012, pp.23-24).

2.4 Definición de términos básicos

Actividad motora.- El concepto de nivel hace referencia a los procesos que determinan el grado de relación, interacción y delimitación del movimiento humano como sistema complejo y el entorno.

Aprendizaje.- Es todo aquel conocimiento que se va adquiriendo a través de las experiencias de la vida cotidiana, en la cual el alumno se apropia de los conocimientos que cree convenientes para su aprendizaje.

Atención.- Habilidad perceptiva básica de tipo efectiva y selectiva de recepción de los estímulos ambientales relevantes (discriminación, concentración) que son transferidos a la memoria de corto o largo plazo, medida por el nivel de ejecución que presentan los sujetos. Focalización u orientación de la energía hacia un lugar, espacio o situación determinada, con la intención consciente o inconsciente de lograr un objetivo.

Comportamiento.- Manera de portarse o actuar.

Hiperactividad.- La hiperactividad es un trastorno de la conducta en niños, descrito en 1902 por Still. Se trata de niños que desarrollan una intensa actividad motora, que se mueven continuamente, sin que toda esta actividad tenga un propósito. Van de un lado para otro, pudiendo comenzar alguna tarea, pero que abandonan rápidamente para comenzar otra que, a su vez, vuelven a dejar inacabada.

Impulsividad.- Impulsividad es la reacción sin reflexión, de forma inmediata, sin tener en cuenta las consecuencias. Tendencia a reaccionar, tomar decisiones, etc., de forma inmediata y sin reflexión, es decir, sin tomar en consideración las consecuencias.

Clásicamente, se asocian con la impulsividad tres conceptos básicos que se entrelazan en la comprensión del comportamiento impulsivo: El actuar sin pensar, la velocidad incrementada en la respuesta y la impaciencia. Al estudiar tal unión conceptual, vemos que surgen otros indicadores estrechamente relacionados: Un bajo control de sus impulsos y poca tolerancia a la frustración.

La reunión de estos cinco aspectos concurrentes, hace que un niño impulsivo, aún sin proponérselo, llame la atención desfavorablemente. Puede convertirse en el centro de las observaciones negativas del docente; los padres comenzarán a quejarse y a evitarlo de distintas formas ya que no disfrutarán de sentarse con él o de realizar actividades escolares conjuntas dentro o fuera de la escuela y, eventualmente, los padres de sus compañeros no se mostrarán deseoso de que sus hijos se vinculen con un niño que presenta tales características.

Tipos de atención.- Los tipos de atención son tres: selectiva, ávida y sostenida. Los niños reflexivos cometen menos errores en la lecto-escritura y cálculo, las respuestas relacionadas y contextuales guardan relación con la lectura, escritura y creatividad.

Déficit de atención.- Comportamiento perturbador padecido por niños en edad escolar. Dicho trastorno se caracteriza por tres grupos de síntomas fundamentales: Déficit en atención, Comportamiento perturbador o hiperactivo y Personalidad impulsiva. Al ser evaluados con el Test de Toulouse-Pierrot, alcanzan puntajes por debajo del promedio esperado para su edad.

2.5 Hipótesis de investigación

2.5.1 Hipótesis general

La hiperactividad guarda relación con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.

2.5.2 Hipótesis específicas

La impulsividad guarda relación con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.

La actividad motora guarda relación con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.

El comportamiento guarda relación con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.

El aprendizaje guarda relación con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.

La desobediencia guarda relación con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.

La estabilidad emocional guarda relación con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.

2.6 Operacionalización de las variables

En este trabajo de investigación se identifican dos variables:

Variable 1: hiperactividad

Variable 2: déficit de atención.

Tabla 1

Operacionalización de Variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Hiperactividad	Impulsividad	-Impresiones impredecibles. -Riñe con sus compañeros. -Reacciona airadamente.	De 0 a 10 puntos El niño no presenta dificultades en el aula
	Actividad motora	-Excesiva inquietud motora. -Siempre en movimiento.	De 11 a 20 puntos El niño es hiperactivo situacional
	Comportamiento	-Molesta frecuentemente. -Aspecto enfadado. -No participa en grupo.	De 21 a 30 puntos
	Aprendizaje	-Se distrae. -Se frustra fácilmente. -Poca atención.	El niño es muy hiperactivo
	Desobediencia	-No termina la tarea. -No cumple con las reglas. -No colabora para el logro de los objetivos	
	Estabilidad emocional	-Cambia de estado de ánimo. -Es impulsivo. -Se deprime.	

VARIABLE	INDICADOR	ESCALA
Déficit de atención	Nivel de atención	<ul style="list-style-type: none"> - El número de cuadrados bien tachados debe ser superior a 100. - Fracaso del punto 1 (El número de aciertos por debajo de lo señalado) demuestra por lo general una inhibición anímica. Un puntaje alto de aciertos con muchos errores y omisiones (ejecución precipitada) puede indicar un estado de ansiedad generalizada. - El número de las fallas (omisiones + errores) no debe sobrepasar el 10% de los aciertos. - Fracaso del punto 2 (errores + omisiones por encima del 10 % de los aciertos), podemos considerarlo una falla de concentración, que será profunda en el caso de que superen el 20 %. - Los errores no deben sobrepasar las dos quintas partes de las omisiones. - Fracaso del punto 3 (proporción de errores sobre omisiones), podemos interpretarlo como falta de inteligencia, cotejándolo con otras técnicas de inteligencia.

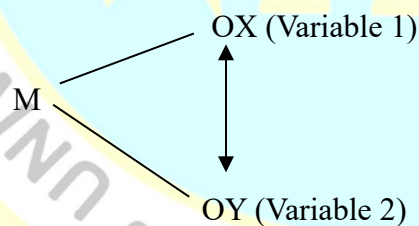
Fuente: Elaboración Propia

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 Diseño metodológico

Cada tipo de diseño posee características particulares por lo que cada uno es diferente a cualquier otro y “no es lo mismo seleccionar un tipo de diseño que otro” (Hernández, Fernández y Baptista, 1998, p.185). No experimental, transeccional, correlacional.

Gráfico del diseño de investigación



M = Muestra

OX = Observación de la variable X, en una sola oportunidad.

OY= Observación de la variable Y, en una sola oportunidad.

X = Hiperactividad.

Y = Déficit de atención.

3.1.1. Tipo de investigación

3.1.1.1. De acuerdo al fin que persigue

Aplicada.

3.1.1.2. De acuerdo al diseño de investigación

El presente estudio es de tipo observacional, prospectivo, transversal y analítico.

3.1.2. Estrategias o procedimientos de contrastación de hipótesis o cumplimiento de objetivos.

Para encontrar la relación entre la hiperactividad y el déficit de atención se procederá a entregar a los profesores para la respectiva evaluación de la guía de observación para medir la hiperactividad y test para medir el déficit de atención.

Se procesarán los datos que se obtengan de la observación y percepción del estudiante, para obtener los puntajes de cada niño con el código respectivo, obteniéndose resultados parciales de las dimensiones investigadas, luego estos resultados se relacionarán con sus respectivas dimensiones y se forma una base de datos, utilizando para ello el paquete estadístico SPSS V 21, y para encontrar la relación y su significancia estadística se aplicará el Coeficiente de correlación de Pearson. También se formará tablas descriptivas con frecuencias, porcentajes y su respectivo gráfico de barras.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

Población

La población está conformada por los niños del 4^{to} y 5^{to} y 6^{to} grado de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014, la misma que

consta de 166 alumnos, distribuidos en 6 secciones, 2 secciones por grado, cuya distribución se muestra:

	Aula A	Aula B	Total
4 ^{to} grado	26	28	54
5 ^{to} grado	30	25	55
6 ^{to} grado	30	27	57
		Total	166

3.2.2 Muestra

En vista que este trabajo tiene una población finita, se aplica la siguiente fórmula definida por Fisher (1996) para la determinación de la muestra.

FORMULA INICIAL:

$$N = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

N = Población

Z = 1,96 Nivel de confianza

p = 0,5 Probabilidad de ocurrencia

q = 0,5 Probabilidad de no ocurrencia

E = 0,05 Error sistemático

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5 \cdot 166}{0,05^2 \cdot (166 - 1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

n = 116 alumnos

TAMAÑO FINAL DE MUESTRA (n) CORREGIDA POR KISH:

$$\{n\} = \{n_0\} / \{1 + \{n_0\} / N\}$$

$$(n) = \frac{116}{(1 + (116 / 166))}$$

$$(n) = 68 \text{ alumnos}$$

3.3 Técnicas de recolección de datos

3.3.1. Descripción de los instrumentos

Existen muchos procedimientos para recoger la información, entre los cuales el investigador debe elegir los que se adapten a las circunstancias o al tipo de investigación. Entre las técnicas más usadas tenemos:

- Observación.
- Entrevista.
- Cuestionario.
- Tests.
- Análisis de contenido, etc.

Técnicas:

En la presente investigación solo se utilizó la técnica de la observación y la percepción.

La Observación.

Consiste en el uso sistemático de nuestros sentidos orientados a la captación de la realidad que queremos estudiar.

Se hará uso de la técnica llamada *observación estructurada* donde estableceremos de antemano una pauta de observación explícita en que se detallará que datos habremos de recoger. Aquí la ventaja principal es que recogemos datos que pueden cuantificarse más fácilmente, debido a su homogeneidad, y que podemos tener la certeza de no haber olvidado registrar ninguno de los aspectos principales del problema en estudio.

Instrumentos

Un **instrumento de recolección de datos** es cualquier recurso de que se vale el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información.

Los instrumentos seleccionados fueron: la ficha de observación de conners que se entregará a las docentes en el aula para evaluar la variable hiperactividad del niño y la prueba de Toulouse – Pieron que será aplicada a los niños con la finalidad de obtener información sobre la atención de los niños.

- a) Ficha de Observación en el aula de Conners para evaluar la conducta hiperactiva del niño en el colegio

Ficha Técnica

Autor: Conners

Adaptación: Shirley Juana Calla Colana

Año: 2008

Muestra: 40 alumnos

Aplicación: Alumnos del I E Cristo Rey de Ventanilla.

El puntaje máximo del Test de Conners es de 30 puntos.

3.3.2. Procedimientos de validación

La validez se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir.

La evidencia sobre la validez de contenido surgirá cuando el instrumento contenga ítems referidos a cada una de las variables que se pretende medir. En esta validación, el instrumento reflejará un dominio específico de contenido de lo que se mide y la medición representa el concepto medido. También se obtendrá evidencia sobre la validez concurrente cuando se

correlacionen las variables. Se calculará, además, el coeficiente de correlación de Pearson entre las variables.

La validez de constructo, que propone una validación indirecta, se obtendrá por el análisis de factores de los componentes principales del test.

Validez Total = Validez de Contenido + Validez de Criterio + Validez de Constructo

Validación del instrumento

Para determinar la validez de la ficha de observación se sometió ésta a una evaluación, proporcionándoles a reconocidos profesionales de trayectoria universitaria en el campo de la investigación sobre la ficha de observación a aplicarse a las profesoras emitiendo su respectiva calificación de cada alumno.

Nivel de validez de la encuesta según el juicio de expertos

La validez del instrumento de la ficha de observación presentada por los expertos corresponde a 87.4%.

3.3.3. Confiabilidad de los instrumentos

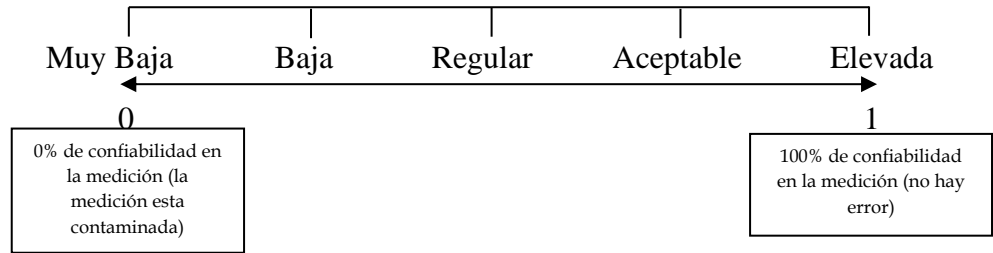
La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados.

La Confiabilidad del instrumento de medición constituye el criterio fundamental para evaluar su calidad y adecuación. En esencia la confiabilidad de un instrumento es el grado de congruencia con la que mide el atributo que se supone evalúa. Cuanta menor variación produzca un instrumento de mediciones repetidas de un atributo, mayor será su confiabilidad de este modo, la confiabilidad puede equiparse con la estabilidad congruencia o confiabilidad de un instrumento de medición.

Calculo de la confiabilidad

Un coeficiente de confiabilidad puede oscilar entre 0 y 1. Donde un coeficiente de 0 (cero) significa nula confiabilidad y 1 (uno) representa un máximo de confiabilidad.

CONFIABILIDAD



Para la determinación de la confiabilidad del instrumento se aplicó el alfa de Crombach que se muestra el siguiente resultado de:

Tabla 2
Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Crombach	N° de elementos
0.928	16

Fuente: Elaboración Propia

Se entiende que el nivel de confiabilidad mayor a 0,60 es confiable, y este resultado está en el rango 0,72 a 0,99 que demuestra excelente confiabilidad.

La puntuación:

El puntaje máximo del Test de Connors es de 30 puntos de 0 a 30 puntos por preguntas.

Tabla 3

La Puntuación

De 0 a 10 puntos	<ul style="list-style-type: none"> - El niño no presenta dificultades en la sala de clase - El niño es Normoactivo - El niño es Hipoactivo
De 11 a 20 puntos	<ul style="list-style-type: none"> - El niño es Hiperactivo situacional - El niño es Normoactivo pero inmaduro de temperamento
De 21 a 30 puntos:	<ul style="list-style-type: none"> - El niño es muy Hiperactivo - El niño es Disruptivo

Fuente: Elaboración Propia

De hiperactividad y déficit de atención

El trastorno de hiperactividad y déficit de atención, en español (TDAH) es un trastorno en el cual una persona tiene grados inapropiados de desatención, impulsividad e hiperactividad.

Los síntomas de este trastorno pueden incluir lo siguiente, cuando ocurren más a menudo de lo que es usual para la edad dada:

- Estar inquieto(a) o retorciéndose.
- Dificultad para permanecer sentado(a).
- Ser fácilmente distraído(a).
- Dificultad con esperar su turno.
- Decir abruptamente las respuestas.
- Dificultad con seguir instrucciones.
- Dificultad con prestar atención por cualquier período de tiempo.
- Dificultad para terminar las cosas.
- Dificultad para jugar tranquilamente.
- Dificultad para escuchar a otros.
- Participar en actividades peligrosas.
- Autoestima baja.
- Cambios rápidos en el estado de ánimo.

- Explosiones de genio.
- Problemas de percepción-motor.

Se piensa que el trastorno de hiperactividad y déficit de atención tiene una base física en la mayoría de los casos. El trastorno en los niños puede estar relacionado con:

- Daño cerebral causado por lesiones o infecciones.
- Herencia genética.
- Desarrollo más lento que lo normal en partes del cerebro.
- Toxinas encontradas durante el embarazo.
- Alergias o hipersensibilidad a ciertos alimentos o colorantes.
- Aprendiendo de comportamientos impulsivos o hiperactivos.

La hiperactividad y déficit de atención es diferente en los estudiantes. Los síntomas se presentan generalmente antes de la edad de siete años. En la mayoría de los casos, el problema persiste a través de la niñez y los síntomas continúan hasta la edad adulta en algunos casos.

El tratamiento de hiperactividad y déficit de atención en algunos casos consiste de estimulantes u otros medicamentos, también de apoyo, de orientación o terapia, de la determinación de límites de disciplina, reglas uniformes de la educación especial, de entrenamiento en las aptitudes para congeniar con otros, de la modificación de comportamientos, de terapia ocupacional, y de grupos de apoyo en educación.

Para posibilitar una recuperación completa, la persona con TDAH debe:

- Asistir a la terapia o sesiones de orientación.
- Identificar qué situaciones aumentan la ansiedad.
- Hablar de los sentimientos en vez de actuar sobre ellos.
- Descubrir y utilizar maneras de calmarse uno mismo(a).
- Fijar metas.
- Participar en las tareas y actividades físicas que proporcionan una salida para la energía.
- Aprender cómo conversar con otras personas.
- Desarrollar un calendario diario, uniforme y predecible.

- Encontrar maneras sanas de obtener placer.
- Aprender maneras para congeniar con otras personas.
- Comer una dieta bien balanceada.

b) Prueba perceptiva y de atención de Toulouse-Pieron

Ficha Técnica

- a) Autor: E. Toulouse – H. Pieron
- b) Adaptación en el Perú: Carmen Rosa Tang Lévano, Lima
- c) Aplicación en el Callao: Shirley Juana Calla Colana
- d) Año: 2008
- e) Muestra: 40 alumnos
- f) Aplicación: Alumnos del I E Cristo Rey de Ventanilla.

Esta prueba evalúa las actitudes perceptivas y de atención. Fue adaptada en el Perú por M. Yela, con una confiabilidad del 95% o un error de 05%. Se puede administrar en forma individual y colectiva, tiene una duración de 10 minutos para el examen y 05 minutos para la corrección y valoración. Se aplica a niños y niñas a partir de 9 años de edad.

Manual con las normas de aplicación, corrección e interpretación.

- Ejemplar de prueba.
- Plantilla para la corrección manual.
- Material auxiliar: cronómetro, lapiceros y borradores.

3.4 Técnicas para el procesamiento de la información

Básicamente el estudio comprende tres etapas:

Primera, destinada a la recolección de información general, revisión rápida de estudios realizados, textos, publicaciones oficiales, informes estadísticos, búsquedas por Internet de publicaciones electrónicas, visita a bibliotecas de instituciones relacionadas con el tema. Esta etapa debe concluirse con la aprobación del Proyecto de Investigación por la Universidad.

Segunda, consiste en la preparación de materiales y equipos para la recopilación de datos en campo. Entre éstas el diseño, elaboración del cuestionario y aplicación de encuestas a una muestra representativa de la población objeto de estudio.

Tercera, consiste en el procesamiento e interpretación de los datos recopilados.



CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1 Análisis de resultados

Tabla 4
Impulsividad

	Frecuencia	Porcentaje
Poco	15	22.1
Bastante	38	55.9
Mucho	15	22.1
Total	68	100.0

Fuente: Elaboración Propia

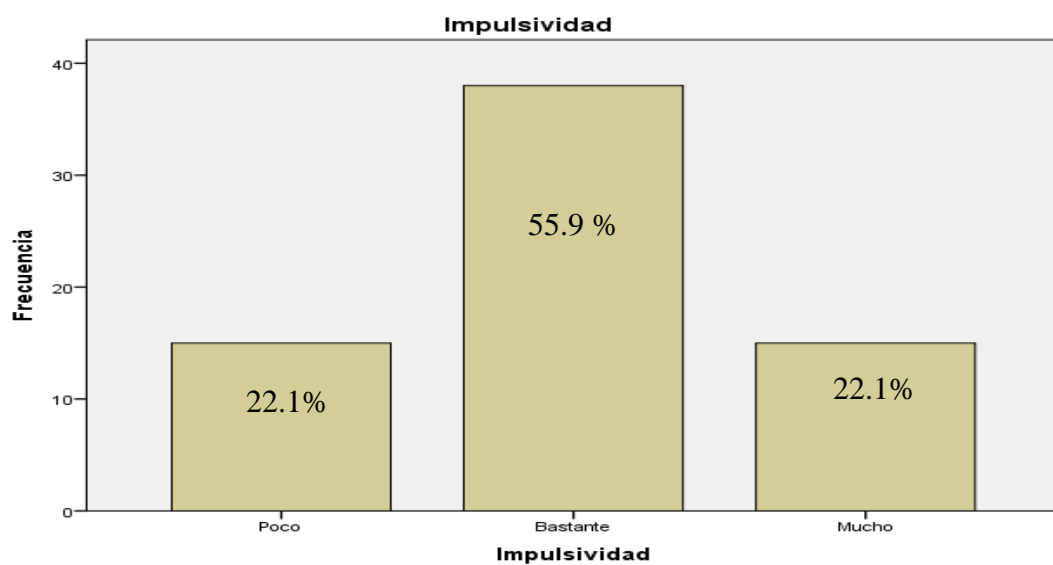


Figura 1

Tabla 5

Actividad motora

	Frecuencia	Porcentaje
Poco	68	100.0

Fuente: Elaboración Propia

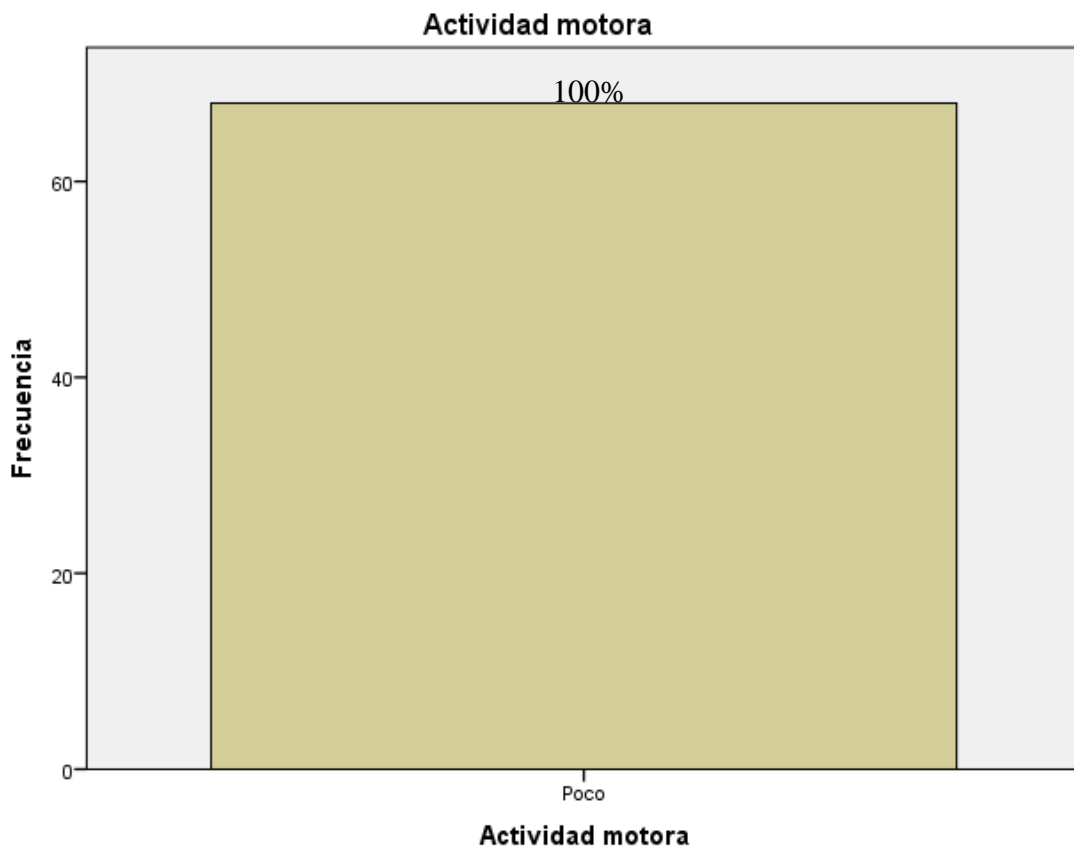


Figura 2

Tabla 6

Comportamiento

	Frecuencia	Porcentaje
Poco	7	10.3
Bastante	49	72.1
Mucho	12	17.6
Total	68	100.0

Fuente: Elaboración Propia

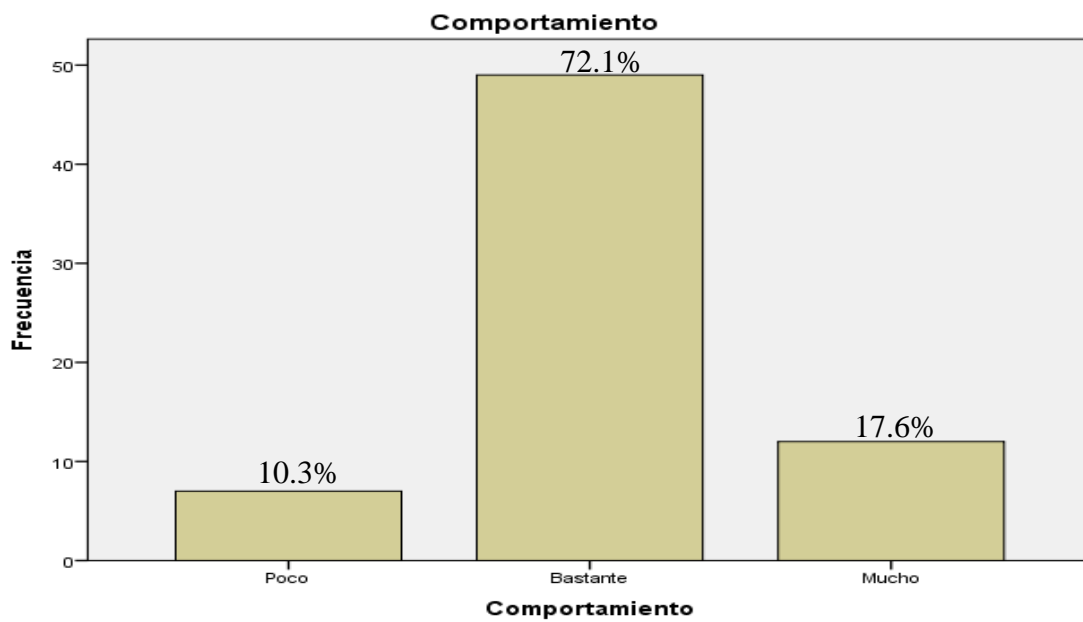


Figura 3

Tabla 7

Aprendizaje

	Frecuencia	Porcentaje
Poco	17	25.0
Bastante	39	57.4
Mucho	12	17.6
Total	68	100.0

Fuente: Elaboración Propia

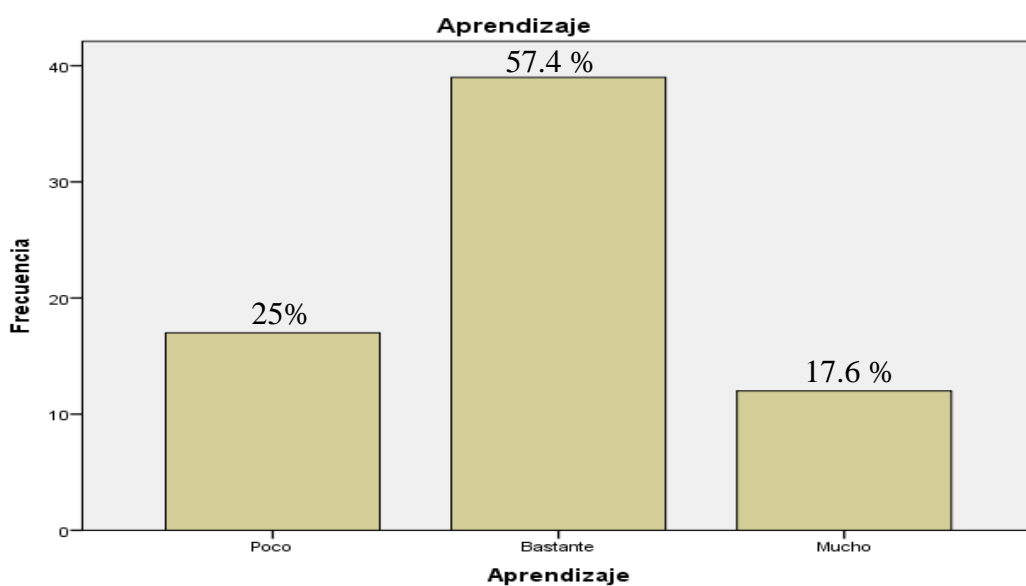


Figura 4

Tabla 8
Desobediencia

	Frecuencia	Porcentaje
Poco	3	4.4
Bastante	34	50.0
Mucho	31	45.6
Total	68	100.0

Fuente: Elaboración Propia

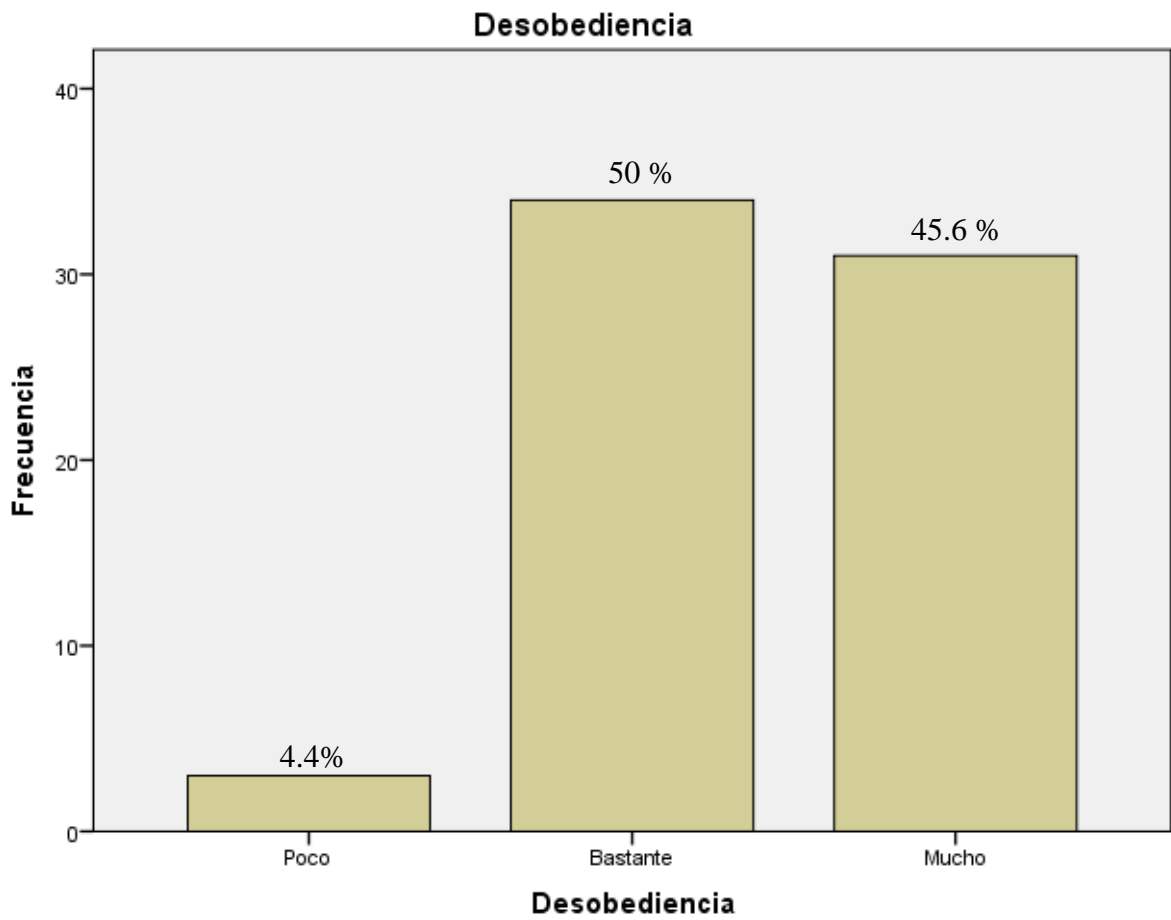


Figura 5

Tabla 9
Estabilidad Emocional

	Frecuencia	Porcentaje
Poco	27	39.7
Bastante	28	41.2
Mucho	13	19.1
Total	68	100.0

Fuente: Elaboración Propia

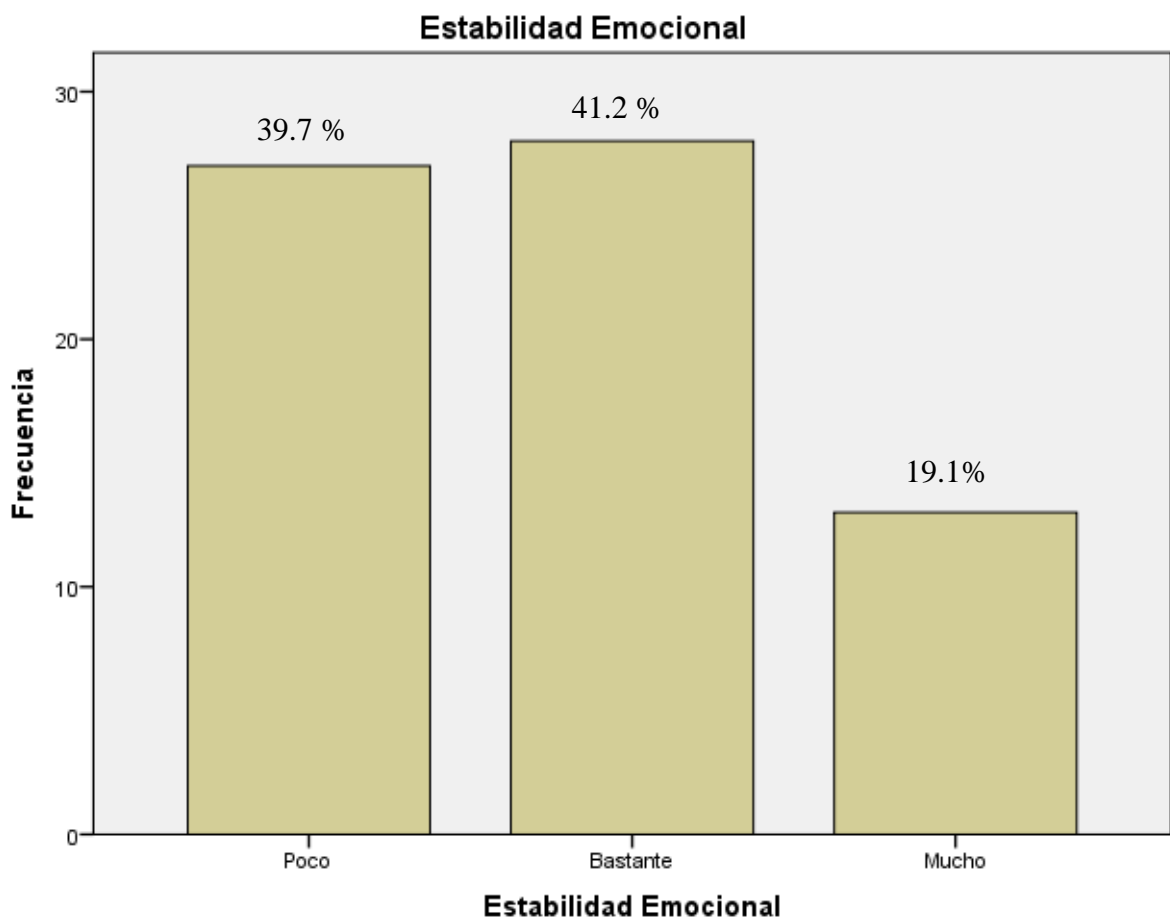


Figura 6

HUACHO

Tabla 10

Año de estudios del estudiante*Conducta hiperactiva del estudiante

			Conducta hiperactiva del estudiante			Total
			No presenta dificultades en el aula	Es hiperactivo situacional	Es muy hiperactivo	
Año de estudios del estudiante	Cuarto grado de primaria	Recuento	13	5	4	22
		% dentro de Año de estudios del estudiante	59.1%	22.7%	18.2%	100.0%
		% dentro de Conducta hiperactiva del estudiante	39.4%	27.8%	23.5%	32.4%
	Quinto grado de primaria	Recuento	11	5	7	23
		% dentro de Año de estudios del estudiante	47.8%	21.7%	30.4%	100.0%
		% dentro de Conducta hiperactiva del estudiante	33.3%	27.8%	41.2%	33.8%
Sexto grado de primaria	Recuento	9	8	6	23	
	% dentro de Año de estudios del estudiante	39.1%	34.8%	26.1%	100.0%	
	% dentro de Conducta hiperactiva del estudiante	27.3%	44.4%	35.3%	33.8%	
Total	Recuento	33	18	17	68	
	% dentro de Año de estudios del estudiante	48.5%	26.5%	25.0%	100.0%	
	% dentro de Conducta hiperactiva del estudiante	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Elaboración Propia

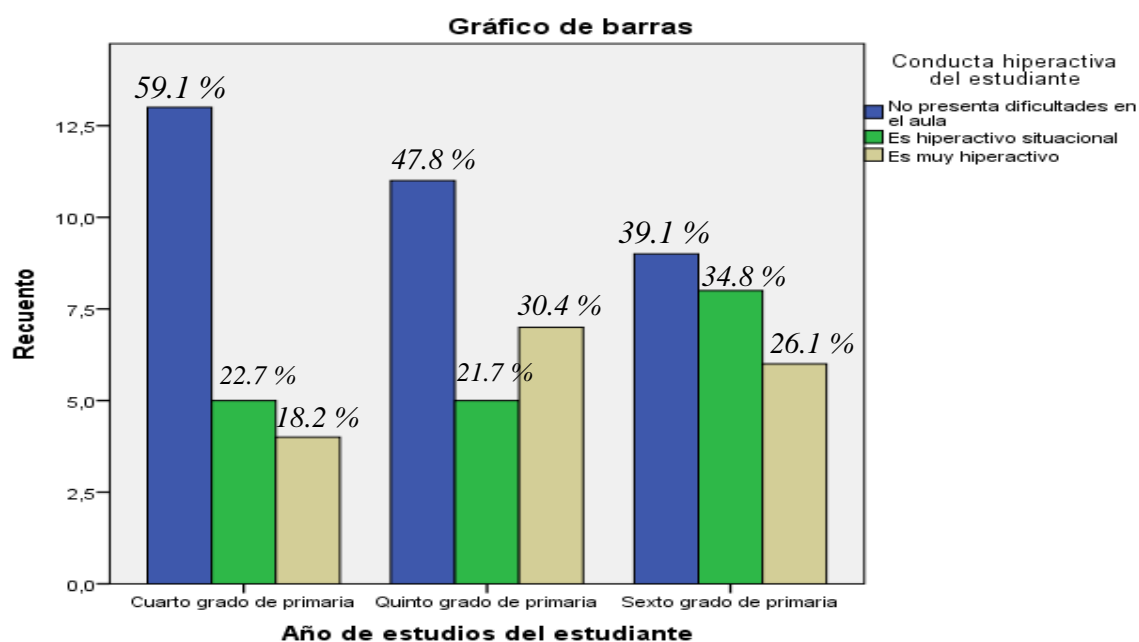


Figura 7

Tabla 11***Año de estudios del estudiante*Impulsividad***

		Impulsividad			Total	
		Nada	Poco	Bastante		
Año de estudios del estudiante	Cuarto grado de primaria	Recuento	7	13	2	22
		% dentro de Año de estudios del estudiante	31.8%	59.1%	9.1%	100.0%
		% dentro de Impulsividad	46.7%	34.2%	13.3%	32.4%
	Quinto grado de primaria	Recuento	4	11	8	23
		% dentro de Año de estudios del estudiante	17.4%	47.8%	34.8%	100.0%
		% dentro de Impulsividad	26.7%	28.9%	53.3%	33.8%
Total	Sexto grado de primaria	Recuento	4	14	5	23
		% dentro de Año de estudios del estudiante	17.4%	60.9%	21.7%	100.0%
		% dentro de Impulsividad	26.7%	36.8%	33.3%	33.8%
		Recuento	15	38	15	68
	% dentro de Año de estudios del estudiante	22.1%	55.9%	22.1%	100.0%	
	% dentro de Impulsividad	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Elaboración Propia

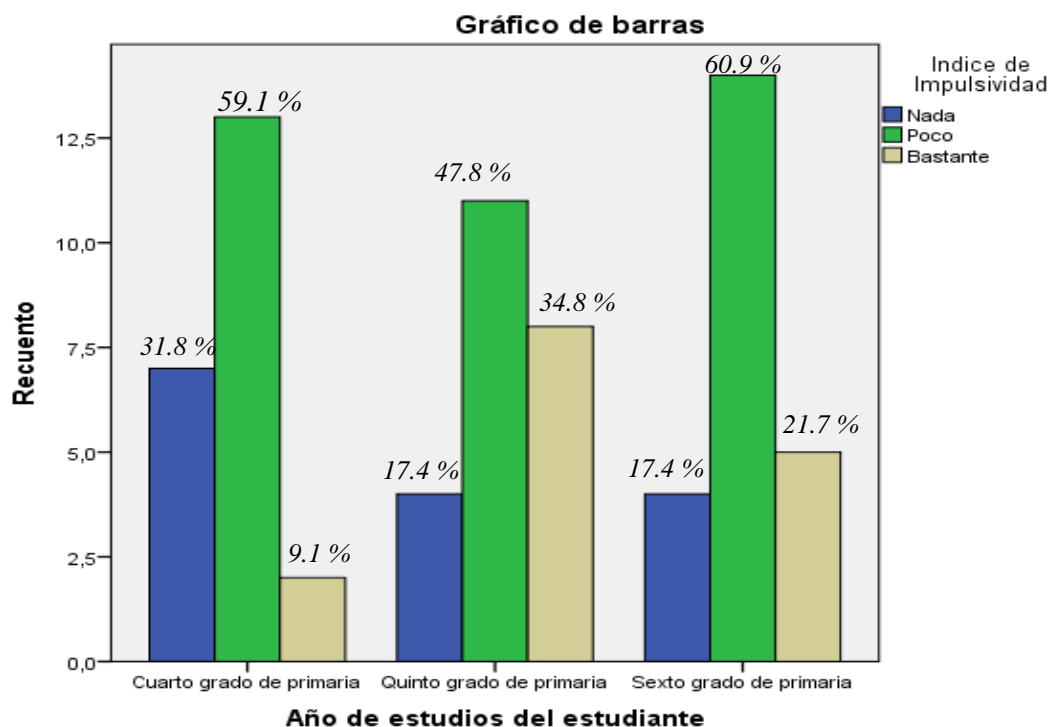


Figura 8

Tabla 12
Año de estudios del estudiante*Actividad Motora

		Actividad motora		Total
		Nada		
Cuarto grado de primaria	Recuento	22		22
	% dentro de Año de estudios del estudiante	100.0%		100.0%
	% dentro de Actividad motora	32.4%		32.4%
Quinto grado de primaria	Recuento	23		23
	% dentro de Año de estudios del estudiante	100.0%		100.0%
	% dentro de Actividad motora	33.8%		33.8%
Sexto grado de primaria	Recuento	23		23
	% dentro de Año de estudios del estudiante	100.0%		100.0%
	% dentro de Actividad motora	33.8%		33.8%
Total	Recuento	68		68
	% dentro de Año de estudios del estudiante	100.0%		100.0%
	% dentro de Actividad motora	100.0%		100.0%

Fuente: Elaboración Propia

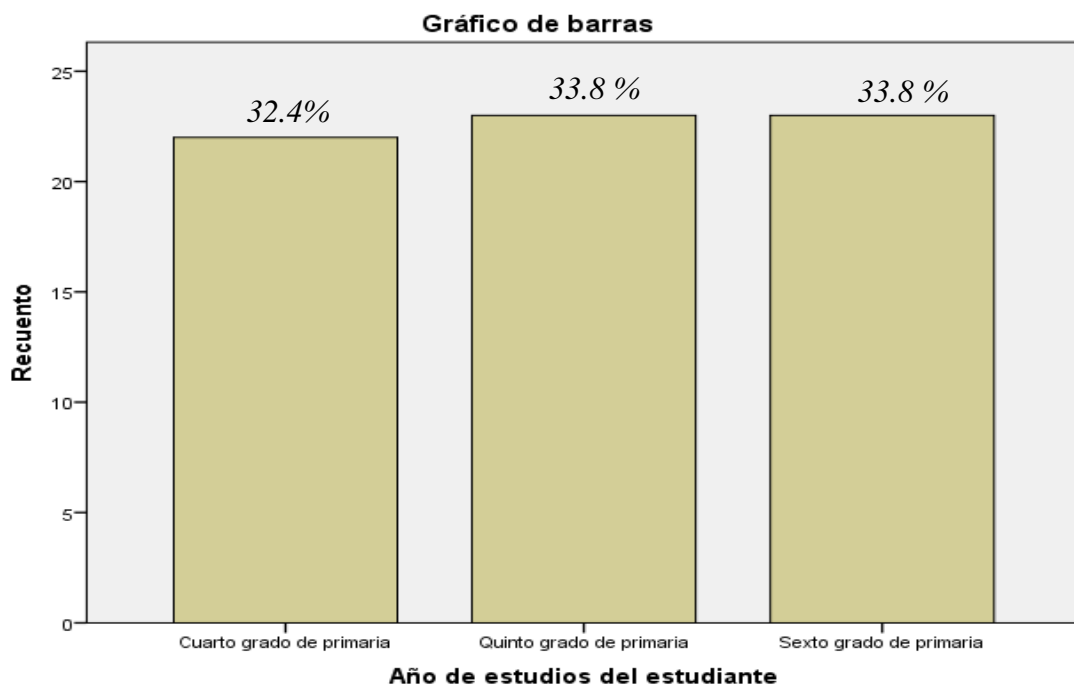


Figura 9

Tabla 13

Año de estudios del estudiante*Comportamiento

		Comportamiento			Total	
		Nada	Poco	Bastante		
Año de estudios del estudiante	Cuarto grado de primaria	Recuento	5	16	1	22
		% dentro de Año de estudios del estudiante	22.7%	72.7%	4.5%	100.0%
		% dentro de comportamiento	71.4%	32.7%	8.3%	32.4%
	Quinto grado de primaria	Recuento	1	17	5	23
		% dentro de Año de estudios del estudiante	4.3%	73.9%	21.7%	100.0%
		% dentro de comportamiento	14.3%	34.7%	41.7%	33.8%
	Sexto grado de primaria	Recuento	1	16	6	23
		% dentro de Año de estudios del estudiante	4.3%	69.6%	26.1%	100.0%
		% dentro de comportamiento	14.3%	32.7%	50.0%	33.8%
Total	Recuento	7	49	12	68	
	% dentro de Año de estudios del estudiante	10.3%	72.1%	17.6%	100.0%	
	% dentro de comportamiento	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Elaboración Propia

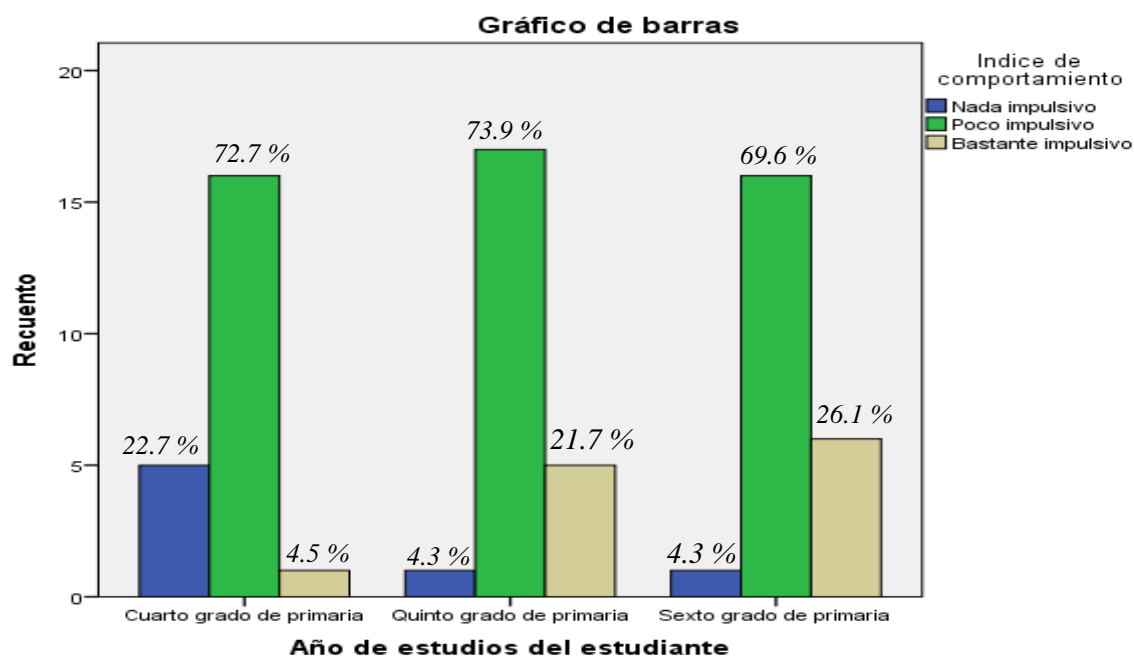


Figura 10

Tabla 14
Año de estudios del estudiante Aprendizaje*

		Índice de Aprendizaje			Total
		Nada	Poco	Bastante	
Cuarto grado de primaria	Recuento	9	11	2	22
	% dentro de Año de estudios del estudiante	40.9%	50.0%	9.1%	100.0%
	% dentro de Aprendizaje	52.9%	28.2%	16.7%	32.4%
Quinto grado de primaria	Recuento	4	15	4	23
	% dentro de Año de estudios del estudiante	17.4%	65.2%	17.4%	100.0%
	% dentro de Aprendizaje	23.5%	38.5%	33.3%	33.8%
Sexto grado de primaria	Recuento	4	13	6	23
	% dentro de Año de estudios del estudiante	17.4%	56.5%	26.1%	100.0%
	% dentro de Aprendizaje	23.5%	33.3%	50.0%	33.8%
Total	Recuento	17	39	12	68
	% dentro de Año de estudios del estudiante	25.0%	57.4%	17.6%	100.0%
	% dentro de Aprendizaje	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración Propia

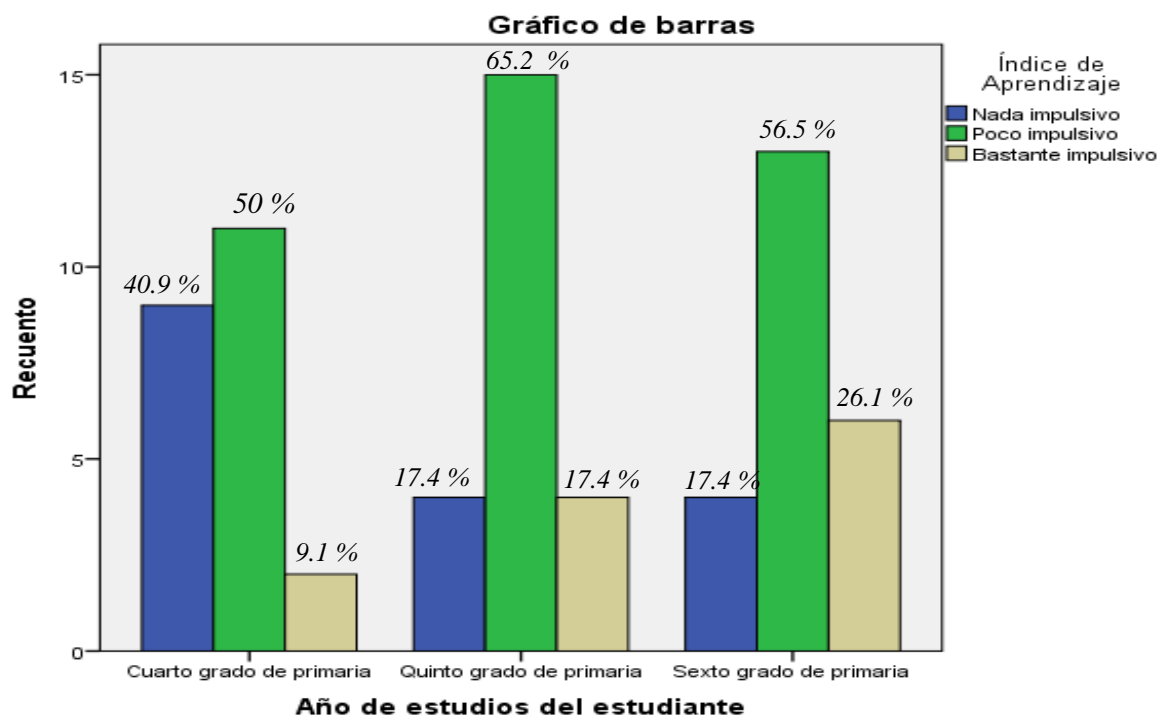


Figura 11

Tabla 15

Año de estudios del estudiante*Desobediencia

		Desobediencia			Total	
		Nada	Poco	Bastante		
Año de estudios del estudiante	Cuarto grado de primaria	Recuento	1	13	8	22
		% dentro de Año de estudios del estudiante	4.5%	59.1%	36.4%	100.0%
	Quinto grado de primaria	% dentro de desobediencia	33.3%	38.2%	25.8%	32.4%
		Recuento	1	12	10	23
	Sexto grado de primaria	% dentro de Año de estudios del estudiante	4.3%	52.2%	43.5%	100.0%
		% dentro de desobediencia	33.3%	35.3%	32.3%	33.8%
Total	Cuarto grado de primaria	Recuento	1	9	13	23
		% dentro de Año de estudios del estudiante	4.3%	39.1%	56.5%	100.0%
	Quinto grado de primaria	% dentro de desobediencia	33.3%	26.5%	41.9%	33.8%
		Recuento	3	34	31	68
	Sexto grado de primaria	% dentro de Año de estudios del estudiante	4.4%	50.0%	45.6%	100.0%
		% dentro de desobediencia	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración Propia

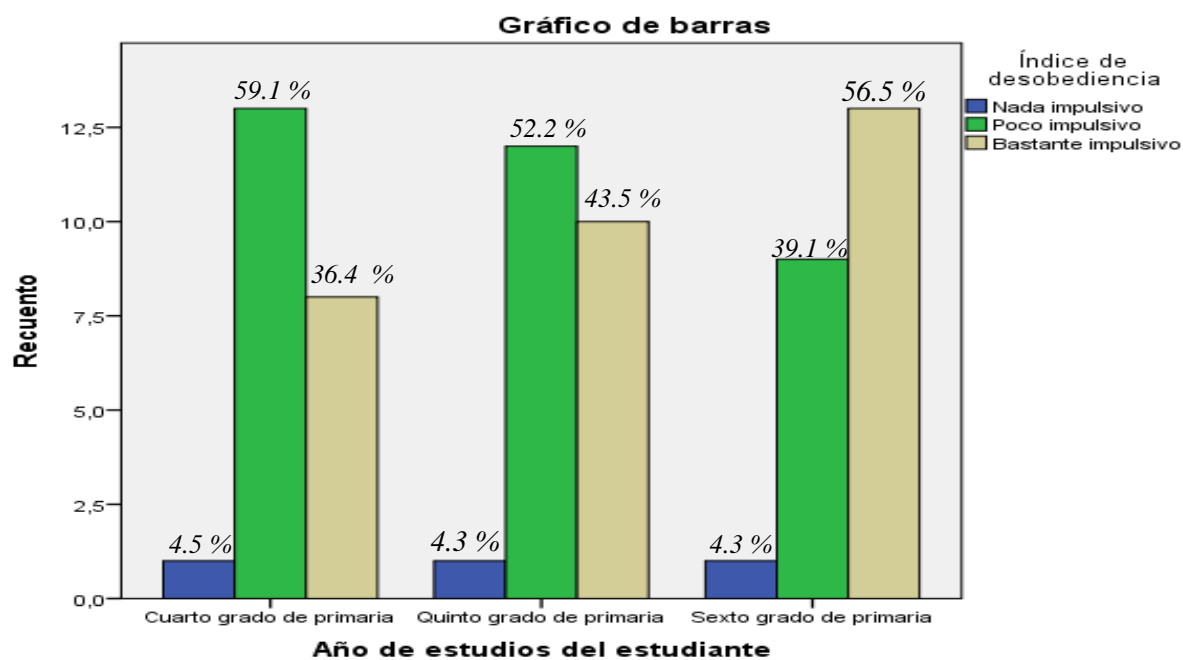


Figura 12

Tabla 16

*Año de estudios del estudiante*Estabilidad Emocional*

		Estabilidad Emocional			Total	
		Nada	Poco	Bastante		
Año de estudios del estudiante	Cuarto grado de primaria	Recuento	12	10	0	22
		% dentro de Año de estudios del estudiante	54.5%	45.5%	0.0%	100.0%
	Quinto grado de primaria	% dentro de Estabilidad Emocional	44.4%	35.7%	0.0%	32.4%
		Recuento	9	8	6	23
	Sexto grado de primaria	% dentro de Año de estudios del estudiante	39.1%	34.8%	26.1%	100.0%
		% dentro de Estabilidad Emocional	33.3%	28.6%	46.2%	33.8%
Total	Cuarto grado de primaria	Recuento	6	10	7	23
		% dentro de Año de estudios del estudiante	26.1%	43.5%	30.4%	100.0%
	Quinto grado de primaria	% dentro de Estabilidad Emocional	22.2%	35.7%	53.8%	33.8%
		Recuento	27	28	13	68
	Sexto grado de primaria	% dentro de Año de estudios del estudiante	39.7%	41.2%	19.1%	100.0%
		% dentro de Estabilidad Emocional	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración Propia

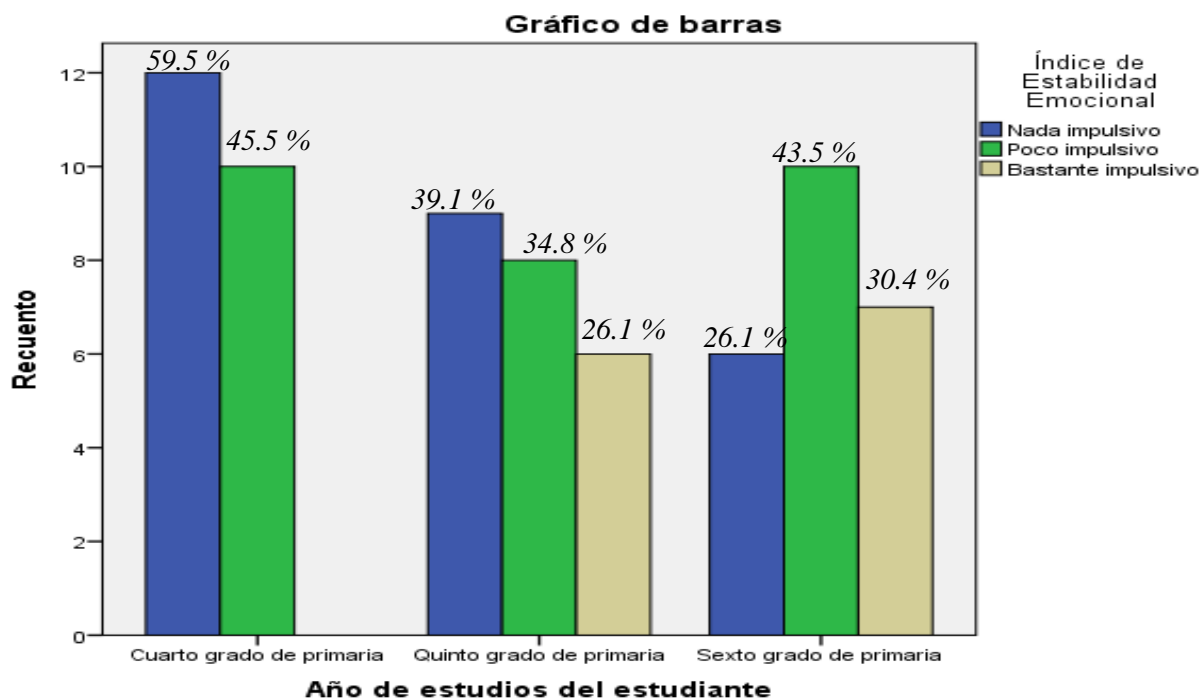


Figura 13

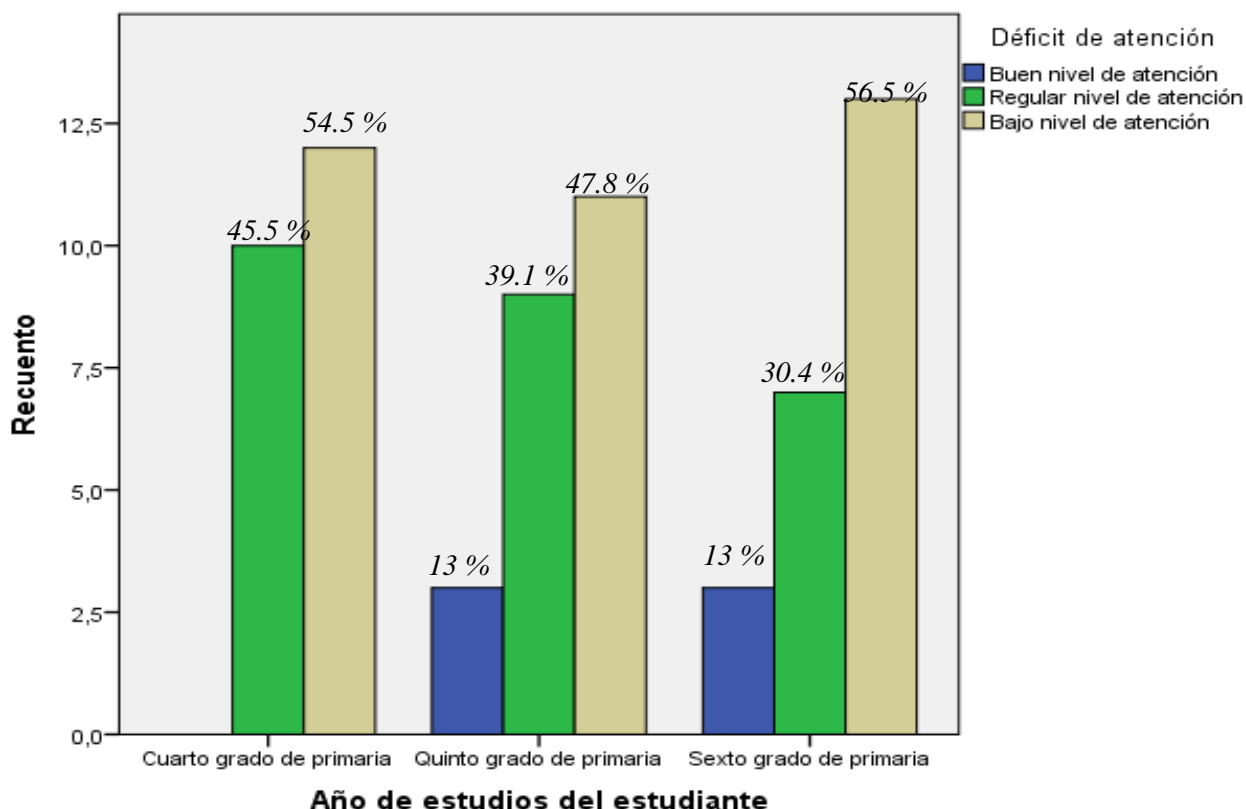
Tabla 17

*Año de estudios del estudiante*Déficit de atención*

			Déficit de atención			Total
			Buen nivel de atención	Regular nivel de atención	Bajo nivel de atención	
Año de estudios del estudiante	Cuarto grado de primaria	Recuento	0	10	12	22
		% dentro de Año de estudios del estudiante	0.0%	45.5%	54.5%	100.0%
	Quinto grado de primaria	% dentro de Déficit de atención	0.0%	38.5%	33.3%	32.4%
		Recuento	3	9	11	23
	Sexto grado de primaria	% dentro de Año de estudios del estudiante	13.0%	39.1%	47.8%	100.0%
		% dentro de Déficit de atención	50.0%	34.6%	30.6%	33.8%
Total	Total	Recuento	3	7	13	23
		% dentro de Año de estudios del estudiante	13.0%	30.4%	56.5%	100.0%
	Total	% dentro de Déficit de atención	50.0%	26.9%	36.1%	33.8%
		Recuento	6	26	36	68
	Total	% dentro de Año de estudios del estudiante	8.8%	38.2%	52.9%	100.0%
		% dentro de Déficit de atención	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración Propia

Grafico 15 Año de estudios del estudiante*Déficit de atención



4.2 Contrastación de hipótesis

CONDUCTA HIPERACTIVA vs DÉFICIT DE ATENCIÓN

HIPÓTESIS NULA (H₀): Independencia de las dos variables: La hiperactividad **no guarda relación** con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.

HIPÓTESIS ALTERNA (H₁): Dependencia de las dos variables: La hiperactividad **guarda relación** con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.

Si $p \leq 0,05$ entonces rechazo H₀

Tabla 18**Correlación entre Conducta hiperactiva del estudiante y Déficit de atención**

		Conducta hiperactiva del estudiante	Déficit de atención
Conducta hiperactiva del estudiante	Correlación de Pearson	1	-.026
	Sig. (bilateral)		.835
	N	68	68
Déficit de atención	Correlación de Pearson	-.026	1
	Sig. (bilateral)	.835	
	N	68	68

Fuente: Elaboración Propia

Cómo el valor de $p = 0,835$ (Sig. bilateral), y $p > 0,05$, entonces se acepta la hipótesis nula, vale decir que la hiperactividad **no guarda relación** con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014. Además, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es igual a $-0,026$ presentando una correlación negativa débil.

DÉFICIT DE ATENCIÓN vs IMPULSIVIDAD

HIPÓTESIS NULA (H₀): Independencia de las dos variables: La impulsividad **no guarda relación** con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.

HIPÓTESIS ALTERNA (H₁): Dependencia de las dos variables: La impulsividad **guarda relación** con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.

Si $p \leq 0,05$ entonces rechazo H₀

Tabla 19***Correlación entre Déficit de Atención e Impulsividad***

		Déficit de atención	Impulsividad
Déficit de atención	Correlación de Pearson	1	-.102
	Sig. (bilateral)		.407
	N	68	68
Índice de Impulsividad	Correlación de Pearson	-.102	1
	Sig. (bilateral)	.407	
	N	68	68

Fuente: Elaboración Propia

Cómo el valor de $p = 0,407$ (Sig. bilateral), y $p > 0,05$, entonces se acepta la hipótesis nula, vale decir que la impulsividad **no guarda relación** con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014. Además, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es igual a $-0,102$ presentando una correlación negativa débil.

DÉFICIT DE ATENCIÓN vs ACTIVIDAD MOTORA

HIPÓTESIS NULA (H_0): Independencia de las dos variables: La actividad motora **no guarda relación** con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.

HIPÓTESIS ALTERNA (H_1): Dependencia de las dos variables: La actividad motora **guarda relación** con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.

Si $p \leq 0,05$ entonces rechazo H_0

Tabla 20***Correlación entre Déficit de Atención y Actividad Motora***

		Déficit de atención	Actividad motora
Déficit de atención	Correlación de Pearson	1	. ^a
	Sig. (bilateral)		.
	N	68	68
Índice de Actividad motora	Correlación de Pearson	. ^a	. ^a
	Sig. (bilateral)	.	.
	N	68	68

a. No se puede calcular porque, como mínimo, una de las es constante.

Fuente: Elaboración Propia

La actividad motora **no guarda relación** con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.

DÉFICIT DE ATENCIÓN vs COMPORTAMIENTO

HIPÓTESIS NULA (H₀): Independencia de las dos variables: El comportamiento **no guarda relación** con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.

HIPÓTESIS ALTERNA (H₁): Dependencia de las dos variables: El comportamiento **guarda relación** con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.

Si $p \leq 0,05$ entonces rechazo H₀

Tabla 21
Correlación entre Déficit de Atención y Comportamiento

		Déficit de atención	Comportamiento
Déficit de atención	Correlación de Pearson	1	.077
	Sig. (bilateral)		.530
	N	68	68
Índice de comportamiento	Correlación de Pearson	.077	1
	Sig. (bilateral)	.530	
	N	68	68

Fuente: Elaboración Propia

Cómo el valor de $p = 0,530$ (Sig. bilateral), y $p > 0,05$, entonces se acepta la hipótesis nula, vale decir que el comportamiento **no guarda relación** con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014. Además, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es igual a **0,077** presentando una correlación positiva débil.

DÉFICIT DE ATENCIÓN vs APRENDIZAJE

HIPÓTESIS NULA (H_0): Independencia de las dos variables: El aprendizaje **no guarda relación** con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.

HIPÓTESIS ALTERNA (H_1): Dependencia de las dos variables: El aprendizaje **guarda relación** con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.

Si $p \leq 0,05$ entonces rechazo H_0

Tabla 22

Correlación entre Déficit de Atención y Aprendizaje

		Déficit de atención	Aprendizaje
Déficit de atención	Correlación de Pearson	1	.077
	Sig. (bilateral)		.533
	N	68	68
Índice de Aprendizaje	Correlación de Pearson	.077	1
	Sig. (bilateral)	.533	
	N	68	68

Fuente: Elaboración Propia

Cómo el valor de $p= 0,533$ (Sig. bilateral), y $p>0,05$, entonces se acepta la hipótesis nula, vale decir que el aprendizaje no guarda relación con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014. Además se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es igual a $0,077$ presentando una correlación positiva débil.

DÉFICIT DE ATENCIÓN vs DESOBEDIENCIA

HIPÓTESIS NULA (H_0): Independencia de las dos variables: La desobediencia **no guarda relación** con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.

HIPÓTESIS ALTERNA (H_1): Dependencia de las dos variables: La desobediencia **guarda relación** con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.

Si $p \leq 0,05$ entonces rechazo H_0

Tabla 23
Correlación entre Déficit de Atención y desobediencia

		Déficit de atención	Desobediencia
Déficit de atención	Correlación de Pearson	1	.065
	Sig. (bilateral)		.600
	N	68	68
Índice de desobediencia	Correlación de Pearson	.065	1
	Sig. (bilateral)	.600	
	N	68	68

Fuente: Elaboración Propia

Cómo el valor de $p = 0,600$ (Sig. bilateral), y $p > 0,05$, entonces se acepta la hipótesis nula, vale decir que la desobediencia **no guarda relación** con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014. Además, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es igual a **0,065** presentando una correlación positiva débil.

DÉFICIT DE ATENCIÓN vs ESTABILIDAD EMOCIONAL

HIPÓTESIS NULA (H_0): Independencia de las dos variables: La estabilidad emocional **no guarda relación** con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.

HIPÓTESIS ALTERNA (H_1): Dependencia de las dos variables: La estabilidad emocional **guarda relación** con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.

Si $p \leq 0,05$ entonces rechazo H_0

Tabla 24***Correlación entre Déficit de Atención y Estabilidad Emocional***

		Déficit de atención	Estabilidad Emocional
Déficit de atención	Correlación de Pearson	1	.005
	Sig. (bilateral)		.965
	N	68	68
Índice de Estabilidad Emocional	Correlación de Pearson	.005	1
	Sig. (bilateral)	.965	
	N	68	68

Fuente: Elaboración Propia

Cómo el valor de $p = 0,985$ (Sig. bilateral), y $p > 0,05$, entonces se acepta la hipótesis nula, vale decir que la estabilidad emocional **no guarda relación** con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014. Además se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es igual a **0,005** presentando una correlación positiva débil.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1 Discusión de resultados

Con respecto al déficit de atención de los estudiantes; nos dice que el 8.8 % presentó poco déficit de atención, el 38.2 % tiene bastante déficit de atención y el 52.9% tienen mucho déficit de atención. Al igual con la conducta hiperactiva del estudiante, el 48,5% no presenta dificultades en el aula, mientras que el 26, 5% es hiperactivo situacional y el 25% es muy hiperactivo, estos porcentajes encontrados se contradicen con los mencionados por Brown (1991), quien manifiesta que el 4% de la población en edad escolar es hiperactiva; Olfson (1992) Shaywitz (1998) indicaron que de un 4 a 8% de la población general refería a niños y adolescentes presenta trastorno de déficit de atención con hiperactividad, siendo más frecuente y con mayor prevalencia en los niños; Hoza, Pelhama y Carlson (1992) estiman que este problema de déficit de atención e hiperactividad se presenta del 3 al 5% en los niños que asisten a escuelas populares y Barkley (1990) que señala que el déficit de atención e hiperactividad es de dos a tres veces más frecuente en varones que en niñas.

Con respecto a la dimensión Impulsividad del estudiante del nivel primario de la Institución Educativa Estatal San Bartolomé de Santa María, el 22.1% presenta poca hiperactividad, el 55.9% presenta bastante hiperactividad; 22.1 % presenta mucha hiperactividad. Con respecto a la dimensión actividad motora del estudiante del nivel primario de la Institución Educativa Estatal San Bartolomé de Santa María, el 100% no presenta nada de hiperactividad. Con respecto a la dimensión Comportamiento del estudiante del nivel primario de la Institución Educativa Estatal San Bartolomé de Santa María, el 10.3% no presenta hiperactividad, el 72.1% presenta poca hiperactividad y el 17.6% presenta bastante hiperactividad. Con respecto a la dimensión Aprendizaje del estudiante del nivel primario de la Institución Educativa Estatal San Bartolomé de Santa María, el 25 % no presenta hiperactividad, el 57.4 %

presenta poca hiperactividad y el 17.6% presenta bastante hiperactividad. Con respecto a la dimensión Desobediencia del estudiante del nivel primario de la Institución Educativa Estatal San Bartolomé de Santa María, el 25 % no presenta hiperactividad, el 57.4 % presenta poca hiperactividad y el 17.6% presenta bastante hiperactividad. Con respecto a la dimensión Estabilidad Emocional del estudiante del nivel primario de la Institución Educativa Estatal San Bartolomé de Santa María, el 39.7 % no presenta hiperactividad, el 41.2 % presenta poca hiperactividad y el 19.1 % presenta bastante hiperactividad. Canales (2013), identificó que el problema de TDAH es más frecuente en varones. A menudo, los niños con este trastorno eran incapaces de prestar atención a una tarea concreta durante un período prolongado, solían ser hiperactivos o inquietos y, en general son desorganizados e impulsivos. Algunos niños con TDAH presentaban sobre todo problemas para mantener la atención, otros son primordialmente hiperactivos e impulsivos y otros tenían problemas en ambas áreas. En ocasiones, sacaban malas notas en la escuela y eran lentos para desarrollar habilidades sociales. Por su parte García (2009), detectó a niños que presentan el trastorno del déficit de la atención con o sin Hiperactividad en las escuelas primarias de Hermosillo, se observaron diferencias por grado escolar. En cuanto al sexo de los alumnos, existe una proporción de 4 a 1, donde los niños resultaron ser más detectables con respecto a las niñas. Finalmente, se concluye que la detección de niños con TDAH resulta importante su valoración en las escuelas primarias; sin embargo, resulta más significativa su valoración en el nivel preescolar.

Cuando se realiza una tabulación cruzada entre el año de estudios y conducta hiperactiva del estudiante del nivel primaria de la Institución Educativa Estatal San Bartolomé - Santa María, en los tres grados de estudios, los mayores porcentajes se dieron en que los estudiantes no presentan dificultad en el aula, 59.1 % en estudiantes del cuarto, el 47.8 % en estudiantes del quinto grado y el 39.1% de los estudiantes del sexto grado. Cuando se realiza una tabulación cruzada entre el año de estudios y la dimensión impulsividad del estudiante del nivel primaria de la Institución Educativa Estatal San Bartolomé - Santa María, en los tres grados de estudios, los mayores porcentajes se dieron en que los estudiantes presentan poca hiperactividad en el aula, 59.1 % en estudiantes del cuarto, el 47.8 % en estudiantes del quinto grado y el 60.9% de los estudiantes del sexto grado. Cuando se realiza una tabulación cruzada entre el año de estudios y la dimensión actividad motora del estudiante del

nivel primaria de la Institución Educativa Estatal San Bartolomé - Santa María, en los tres grados de estudios, los mayores porcentajes se dieron en que los estudiantes presentan poca hiperactividad en el aula, 59.1 % en estudiantes del cuarto, el 47.8 % en estudiantes del quinto grado y el 60.9% de los estudiantes del sexto grado. Cuando se realiza una tabulación cruzada entre el año de estudios y la dimensión comportamiento del estudiante del nivel primaria de la Institución Educativa Estatal San Bartolomé - Santa María, en los tres grados de estudios, los mayores porcentajes se dieron en que los estudiantes presentan poca hiperactividad en el aula, 72.7 % en estudiantes del cuarto, el 73.9 % en estudiantes del quinto grado y el 69.6% de los estudiantes del sexto grado. Cuando se realiza una tabulación cruzada entre el año de estudios y la dimensión aprendizaje del estudiante del nivel primaria de la Institución Educativa Estatal San Bartolomé - Santa María, en los tres grados de estudios, los mayores porcentajes se dieron en que los estudiantes presentan poca hiperactividad en el aula, 50.0 % en estudiantes del cuarto, el 65.2 % en estudiantes del quinto grado y el 56.5% de los estudiantes del sexto grado. Cuando se realiza una tabulación cruzada entre el año de estudios y la dimensión desobediencia del estudiante del nivel primaria de la Institución Educativa Estatal San Bartolomé - Santa María, en dos grados de estudios, los mayores porcentajes se dieron en que los estudiantes presentan poca hiperactividad en el aula, 59.1 % en estudiantes del cuarto, el 56.5 % en estudiantes del quinto grado y los estudiantes del sexto grado presentaron bastante hiperactividad con un 69.6%. Cuando se realiza una tabulación cruzada entre el año de estudios y la dimensión estabilidad emocional del estudiante del nivel primaria de la Institución Educativa Estatal San Bartolomé - Santa María, en dos grados de estudios, los mayores porcentajes se dieron en que los estudiantes no presentan hiperactividad en el aula, 59.5 % en estudiantes del cuarto, el 39.1 % en estudiantes del quinto grado y los estudiantes del sexto grado presentaron poca hiperactividad con un 43.5%. Bazán (2013), plantea de ejecutar programas curriculares dirigido a los docentes para la detección y tratamiento de TDAH en las aulas; asimismo la intervención de los padres de familia en la mediación para modificar su conducta de los niños en la casa, así como la convivencia de los docentes y padres, lo cual conlleva a un tratamiento multimodal de intervención pedagógica, psicológica y administración de medicamentos para regular los desajustes hiperactivos. Martínez (2008) exploró las causas que ocasionaron el trastorno de déficit de atención en las féminas. Encontrando que la prevalencia en varones fue 66% y en las féminas de

37%. Concluyó que las personas con trastorno de déficit de atención e hiperactividad dependiendo de su género, edad, cultura y ambiente tienen diferentes necesidades y retos. Es muy importante que las niñas y féminas reciban un tratamiento adecuado para que puedan valorarse a sí mismas. Entendiendo su condición, y comprendiendo las causas de sus dificultades cambian su visión sobre la vida.

La correlación entre conducta hiperactiva y déficit de atención, tuvo como valor $p=0,835$ y como $p>0,05$, entonces se acepta la hipótesis nula, vale decir que la hiperactividad **no guarda relación** con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María. Además, el coeficiente de correlación de Pearson es igual a $-0,026$ presentando una correlación negativa débil. La correlación entre déficit de atención e impulsividad, tuvo como valor $p=0,407$ y como $p>0,05$, entonces se acepta la hipótesis nula, vale decir que la impulsividad **no guarda relación** con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María. Además, el coeficiente de correlación de Pearson es igual a $-0,102$ presentando una correlación negativa débil. La actividad motora **no guarda relación** con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María. La correlación entre déficit de atención y comportamiento, tuvo como valor $p=0,530$ y $p>0,05$, entonces se acepta la hipótesis nula, vale decir que el comportamiento **no guarda relación** con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María. Además, el coeficiente de correlación de Pearson es igual a $0,077$ presentando una correlación positiva débil. La correlación entre déficit de atención y aprendizaje, tuvo como valor $p=0,533$ y $p>0,05$, entonces se acepta la hipótesis nula, vale decir que el aprendizaje no guarda relación con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María. Además, el coeficiente de correlación de Pearson es igual a $0,077$ presentando una correlación positiva débil. La correlación entre déficit de atención y desobediencia, tuvo como valor $p=0,600$ y como $p>0,05$, entonces se acepta la hipótesis nula, vale decir que la desobediencia **no guarda relación** con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María. Además, el coeficiente de correlación de Pearson es igual a $0,065$ presentando una correlación positiva débil. La correlación entre déficit de atención y estabilidad emocional, tuvo

como valor de $p= 0,985$ y $p>0,05$, entonces se acepta la hipótesis nula, vale decir que la estabilidad emocional **no guarda relación** con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María. Además, el coeficiente de correlación de Pearson es igual a **0,005** presentando una correlación positiva débil.



CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

La hiperactividad **no guarda relación** con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.

El coeficiente de correlación de Pearson es igual a $-0,026$ presentando una correlación negativa débil.

La impulsividad **no guarda relación** con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.

El coeficiente de correlación de Pearson es igual a $-0,102$ presentando una correlación negativa débil.

La actividad motora **no guarda relación** con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.

El comportamiento **no guarda relación** con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.

El coeficiente de correlación de Pearson es igual a $0,077$ presentando una correlación positiva débil.

El aprendizaje **no guarda relación** con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014. El coeficiente de correlación de Pearson es igual a $0,077$ presentando una correlación positiva débil.

La desobediencia **no guarda relación** con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014. El coeficiente de correlación de Pearson es igual a **0,065** presentando una correlación positiva débil.

La estabilidad emocional **no guarda relación** con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014. El coeficiente de correlación de Pearson es igual a **0,005** presentando una correlación positiva débil.

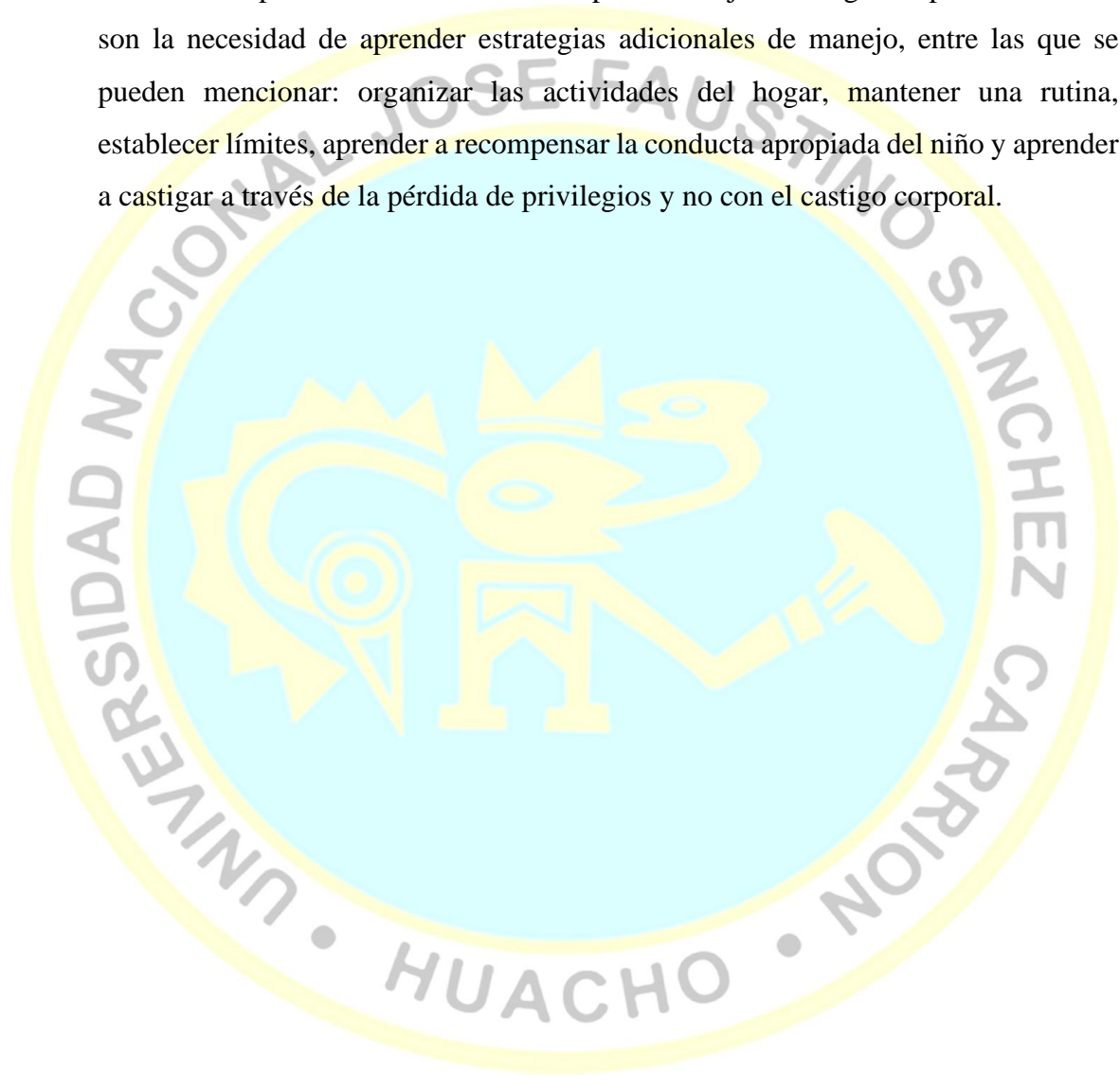
6.2 Recomendaciones

Se recomienda preparar a los profesores en temas relacionados con el déficit de atención e hiperactividad, para que puedan reconocer de forma inmediata las necesidades especiales de estos niños y poder hacer las modificaciones apropiadas para su atención dentro del aula y que puedan alcanzar los objetivos establecidos, sin que por ello deban atravesar por un fracaso escolar. Dentro de esta preparación conllevaría la formación en técnicas de modificación de conducta, tanto para potenciar comportamientos positivos como para reducir los comportamientos inadecuados. Formación en el uso de estrategias dirigidas a la organización y autodirección y procedimientos de manejo instruccional educativo. La intervención del profesor es vital, ya que es en la escuela donde de manera más clara se va a manifestar este trastorno. Por ello es fundamental que el profesorado conozca perfectamente los síntomas o características que lo acompañan y de qué manera debe usar los medios para resolver los problemas.

Aunque a los niños con déficit de atención e hiperactividad se les hace más difícil que a los demás autorregular su conducta, se les deben enseñar a asumir la responsabilidad sobre los actos cometidos, a mejorar su comportamiento y obtener autocontrol. Los padres y maestros por su lado tienen que mostrar actitudes positivas y mejorar su comunicación entre sí, poner en práctica los conocimientos adquiridos, poner en vigor las consecuencias positivas y negativas por los actos y comportamientos del niño. Muchos estudiosos de la conducta humana sostienen que la aceptación de la condición por parte de los padres contribuye en gran medida a que los sentimientos de culpa se aparten. Sólo de esta forma su pueden lograr las metas

propuestas, ya que podemos centrarnos en el niño y cómo podemos ayudarlo, librándolo de que se le estigmatice.

Los padres y maestros deben entrar en una seria y profunda reflexión sobre las prácticas de crianzas usuales, ya que puede que estas no sean las más efectivas cuando se trata de disciplinar y manejar el comportamiento del niño con déficit de atención e hiperactividad. Este análisis podría arrojar hallazgos importantes como son la necesidad de aprender estrategias adicionales de manejo, entre las que se pueden mencionar: organizar las actividades del hogar, mantener una rutina, establecer límites, aprender a recompensar la conducta apropiada del niño y aprender a castigar a través de la pérdida de privilegios y no con el castigo corporal.



REFERENCIAS

7.1 Fuentes bibliográficas

Alessi, E.N., Magen, J. (1988). *Comorbidity of other psychiatric disturbance in depressed, psychiatrically hospitalized children*. Am J Psychiatry. 145, 1582-1584.

Anderson JC, Williams S, and McGee R, Silva PA (1987) DSM-III disorders in preadolescent children: prevalence in a large sample from the general population, *Arch Gen Psychiatry* 44: 69-76.

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2th ed.)*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3 rd. ed., rev)*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.

Anderson, LW, Burns, RB. (1989). *Research in Classrooms. The study of teachers, teaching, and instruction*. New York: Pergamon Press.

Anderson, J.C., Williams, S., Mc Gee R., Et al. (1987). *DSM- III Disorder in Preadolescent children*. *Arch. Gen Psychiatry*, 44,69-76.

Barkley, R. (1985), The social interactions of hyperactive children: *Developmental changes, drug effects y situational variation*. In Mc Mahon and Peters (Eds), *Childhood disorders: Behavioral-developmental approaches*, 218-243. New York, Brunner and Mazel.

- Barkley, R y Anastopoulos A. et al. (1992). Adolescents with attention déficit hyperactivity disorder: Mother-adolescent interactions, family beliefs and conflicts, and maternal psychopathology. *J of Abnormal Chile Psychology*, 20: 263-287.
- Barkley, R y Guevremont D. et al. (1992). A comparison of three familia therapy progmas for treating family conflicts in adolescents with attention déficit hyperactivity disorder. *J of Consulting and Clinical Psychology*, 60:450-462.
- Barkley, RA. (a) (1990). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. Guilford Press: New York; 16: 77-105
- Barkley, RA. Diagnosis and assessment of attention deficit hyperactivity disorde. *Compr Ment Health Care* 1: 27-43.
- Barkely, RA. ,DuPaul, G.J., MacMurray, M.D. (1990) Comprehenive evaluation of Atten tion Deficit Disorder with and without hyperactivity as defined by research critierial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 58: 775-799
- Bird; HR; Canino, G; Rubio-Stipec, M; et al. (1988). Estimates of the prevalence of chidhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry*, 44, 69-76.
- Biederman, J. Faraone S. et al. (1992). *Further evidence for familygenetic risk factors in attention psychiatrically and pediatically referred simples*. *Arch Gen Psychiatry* 49: 728-738.
- Bricklin B, Bricklin P. (1008). *Causas psicológicas del bajo rendimiento escolar*. México: Pax.
- Cantwell D.P.; Bader, L. (1991). Issues in the classification of children and adolescent psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 27, 521-533.

Conners' C. K. (1994). Conners' continuous performance test. User's Manual. Toronto: Multi-health Systems.

Carlson CL., William EP., Milichi, R. Y Di, J. (1992). Single and combined effects of methylphenidate and behavior therapy on the classroom performance of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 20(2), 213-232

Carlson A.G. (1996) *Compared to Attention Deficit Hyperactivity Disorder Am. J. Psychiatry* 153:9 1128-1130.

Carlson CL., William EP., milichi, R. Y Dixon, J. (1992). Single and combined effects of methylphenidate and behavior therapy on the classroom performance of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of abnormal Child Psychology*, 20(2), 213-232.

Conners CK. The Conners Rating Scales (1994). Use in clinical assessment, treatment planning and research. En M. Maruish editores. *Use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum Associates; p. 550-578.

Hoza B, Pelham WE, Sams SE, Carlson C. (1992). *An examination of the "dosage" effects of booth behavior therapy and methylphenidate on the classroom performance of two ADHD children. Behavior Modification*; 16: 164-192.

Jansen J. Burke N. Et al. (1988). Depression and symptoms of attention deficit disorder with hyperactivity. *J Am Acad Child and Adol Psychiatry*, 27: 742. 747

Loney, J; Kramer; Milich, RS. (1981). *the hyperactive Child grows up: predictors of symptoms, delinquency and achievement at follow up, in psychosocial aspects of drugs treatment for hyperactivity*. Edited by Gadow DdD, Money J. Boulder. Co. Westview Prees.

- Michanie C. Marques M. Et al (1993). *El Trastorno del déficit de atención con hiperactividad. Criterios actuales- Estudio de comorbilidad. Archivos Argentinos de Pediatría*, 4: 231-237.
- Olfson M (1992) *Diagnosing mental disorders in office-based pediatric practice. J Dev Behav Pediatr* 13: 363-365.
- Pelhma W. Greensdlae K. et al. (1990). Relative efficacy of long- actino stimulants on children with attention déficit-hyperactivity disorder: *A comparison of standard methylphenidate sustained-release methyklphenidate, sustained-release dextroamphetamine, and pemo.ine. Pediatrics*, 86: 226-237.
- Pelhma WE., G nagy Em, Greenslade Ke, Milich R (1992). *Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorders. J. Am Acad Chil Adolesc Psychiatry* 312: 210- 218.
- Robins LN, Rutter M. (1990). *Straight and Devious Pathways from childhood to adulthood*. Cambridge, England: Cambridge University Prees. 182- 204.
- Safer DJ, Allen RP. *Hyperactive Children (1976). Diagnosis and management*. Universal Park, Baltimore.
- Shaywitz, BA, Shaywitz. SE. (1988). *Attention Deficit Disorder: current perspectives. In: Learning Disabilities: proceedings of the National Conference, Kavanagh JF, and Truss Tj; eds Pardton, Md: York Press, 369.*
- Shaywitz, SE, Shaywitz BA. (1991). *Introduction to the special series on attention-deficit disorder. Journal of Learning Disabilities*, 24, 68-71.
- Shea TM, Bauer AM.(1999). *Aprendices identificados con trastornos emocionales/conductuales. Cap. 7. En: Educación especial. Un enfoque ecológico. 2da. P.D. México: McGraw-Hill. p. 129-157.*
- Staton, RD, Brumback, RA. *Non-specificity of motor hyperactivity as a diagnostic Percept Mot Skills*, 1981, 52 323-332.

Weinberg WA; McLean, A; Snider, RL, et al. *Depression, learning disability and school behavior problem. Psychol Rep.*, 1989, 64, 275-283.

Woolston, JL; Rosenthal, SL, Riddle, MA; et al. *Childhood comorbidity of anxiety/affective disorder and behavior disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1989, 28, 707-713.

Zimmerman M.L. *Attention Deficit hyperactivity Disorders: Nursing clinics of north America* 2003, Vol 38 Iss 1, pp 55.

7.3 Fuentes hemerográficas

Bazán (2013). *Las estrategias de prevención educativa y el trastorno por déficit de la atención con hiperactividad en niños del distrito de Paramonga* 2011 (Tesis). Universidad San Martín de Porres. Lima, Perú.

Besa A. Bernardita, Fuentes Á. Camila (2011). *Aportes teóricos al psicoterapéutico de inspiración psicoanalítica con niños y niñas diagnosticados con trastornos de déficit de atención con o sin hiperactividad en el dominio de la salud pública* (Tesis). Universidad de Chile, Santiago.

Bugueño V. Madel, Pardo L. Jennifer (2007). *Comprensión del trastorno por déficit atencional con hiperactividad: una mirada desde el psicoanálisis* (Tesis). Universidad Academia de Humanismo Cristiano - Santiago.

Canales, Sheyla. (2013). *La hiperactividad y el déficit de atención en estudiantes de 5 años de Educación Inicial de la Institución Educativa Cristo Rey del distrito de Ventanilla* (Tesis). Universidad La Cantuta. Callao – Perú.

Cordero, Óscar (2015) *El Autoconcepto en estudiantes de Educación General Básica con bajo Rendimiento Académico. Tesis para la obtención del título de*

Licenciado en Psicología Educativa en la especialización Orientación Profesional. Universidad de Cuenca. Ecuador.

García (2009). Trastorno de déficit de atención en escuelas primarias (Tesis). Universidad de Sonora. México.

Lara, (2013) *Asesoramiento desde el modelo integrativo Ecuatoriano para padres de niños con trastorno de déficit de atención e hiperactividad*. (Tesis). Universidad Central del Ecuador. Quito.

Maldonado, M. (2016) *Adaptación del BRIEF (Behavior Rating Inventory of Executive Function) a población española y su utilidad para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención-hiperactividad subtipos inatento y combinado*. Tesis para optar el grado de Doctor en Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Madrid.

Montañez, (2014). *Programa de intervención en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y familia*. Tesis para optar el grado de Doctor. Universidad de Extremadura.

Octavio (2015) *Hiperactividad en niñas. Comportamientos y funcionamiento académico y social en la adolescencia*. (Estudio longitudinal de 9 años de seguimiento). (Tesis Doctoral) Universidad Complutense de Madrid. España.

Orozco S. Martha (2012). *El déficit de atención de la hiperactividad como síntoma: una mirada psicoanalítica* (Tesis) Universidad de San Buenaventura Cali.

Reátegui, D., y Vargas, H. (2006). *Síntomas depresivos en pacientes con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Rev Med Hered, 19(3), 96-101.

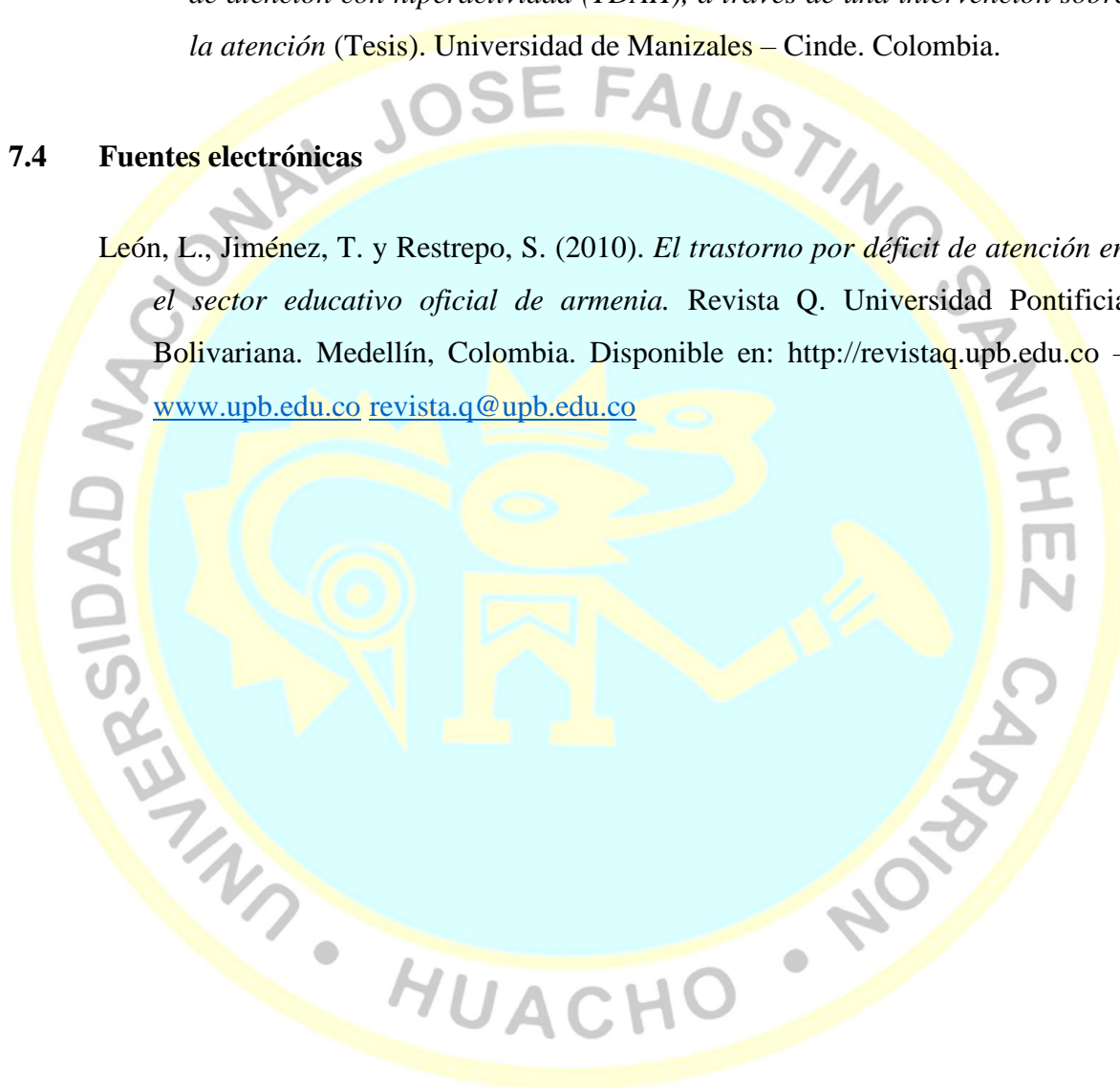
Rodríguez O. Briseida, Sivira P. Vilmery (2011). *Guía didáctica dirigida a docentes de educación primaria para niños y niñas con déficit de atención hiperactividad* (Tesis). Universidad Central de Venezuela –Barquisimeto.

Siegenthaler, Rebeca (2009). *Intervención multicontextual y multicomponente en niños con trastorno por déficit con hiperactividad subtipo combinado*. (Tesis). Universidad Jaume I Castellón. España.

Zuluaga, Juan. (2007). *Evolución en la atención, los estilos cognitivos y el control de la hiperactividad e niños y niñas con diagnóstico de trastorno deficitario de atención con hiperactividad (TDAH), a través de una intervención sobre la atención* (Tesis). Universidad de Manizales – Cinde. Colombia.

7.4 Fuentes electrónicas

León, L., Jiménez, T. y Restrepo, S. (2010). *El trastorno por déficit de atención en el sector educativo oficial de armenia*. Revista Q. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia. Disponible en: <http://revistaq.upb.edu.co> – www.upb.edu.co revista.q@upb.edu.co





ANEXO N°1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN EN ESTUDIANTES DEL NIVEL PRIMARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESTATAL SAN BARTOLOMÉ - SANTA MARÍA 2014

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿En qué medida la hiperactividad se relaciona con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>a) ¿En qué medida la impulsividad se relaciona con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014?</p> <p>b) ¿En qué medida la actividad motora se relaciona con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014?</p> <p>c) ¿En qué medida el comportamiento se relaciona con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014?</p> <p>d) ¿En qué medida el aprendizaje se relaciona con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014?"</p> <p>e) ¿En qué medida la desobediencia se relaciona con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014?</p> <p>f) ¿En qué medida la estabilidad emocional se relaciona con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la hiperactividad en relación con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>a) Determinar la impulsividad en relación con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.</p> <p>b) Determinar la actividad motora en relación con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.</p> <p>c) Determinar el comportamiento en relación con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.</p> <p>d) Determinar el aprendizaje en relación con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.</p> <p>e) Determinar la desobediencia en relación con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.</p> <p>f) Determinar la estabilidad emocional en relación con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>La hiperactividad guarda relación con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>a) La impulsividad guarda relación con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.</p> <p>b) La actividad motora guarda relación con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.</p> <p>c) El comportamiento guarda relación con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.</p> <p>d) El aprendizaje guarda relación con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.</p> <p>e) La desobediencia guarda relación con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.</p> <p>f) La estabilidad emocional guarda relación con el déficit de atención en estudiantes del nivel primaria de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014.</p>	<p>TIPO Y NIVEL DE ESTUDIO</p> <p>Se realizará un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal y analítico.</p> <p>Nivel correlacional.</p> <p>POBLACIÓN Y MUESTRA</p> <p>La población está conformado por los niños del 4^{to} y 5^{to} y 6^{to} grado de la institución educativa estatal San Bartolomé – Santa María 2014, la misma que consta de 166 alumnos.</p> <p>En vista que este trabajo tiene una población finita, se aplica la fórmula definida por Fisher (1996) para la determinación de la muestra, la cual da como resultado final n= 68 alumnos.</p> <p>Técnicas e Instrumentos de recolección de datos</p> <p>Técnica: La observación y Percepción.</p> <p>Instrumento: Guía de observación y Test.</p>

ANEXO N°2

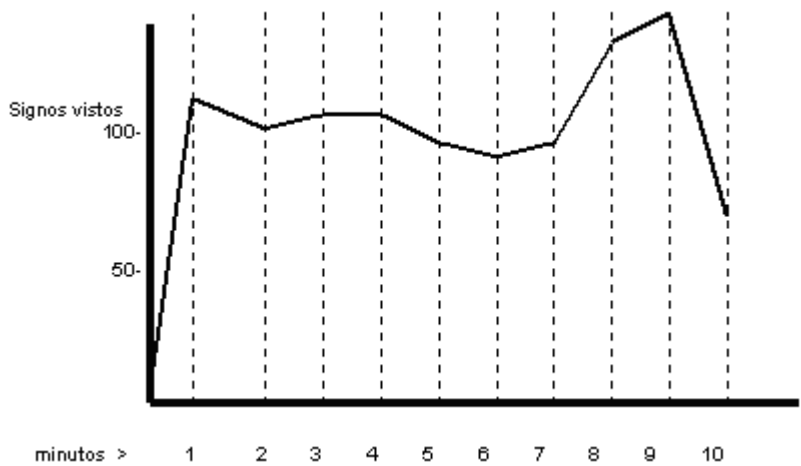
FICHA DE OBSERVACIÓN DE CONNERS PARA ALUMNOS DE CUARTO, QUINTO Y SEXTO GRADO

HIPERACTIVOS(A COMPLEMENTAR POR LOS PROFESORES)

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD				
Responda con una cruz valorando en qué grado el alumno/a presenta cada una de las conductas de la columna de la izquierda.	NADA 0	POCO 1	BASTANTE 2	MUCHO 3
Impulsividad				
1. ¿Tiene explosiones impredecibles de mal genio?				
2. ¿Riñe constantemente con sus compañeros?				
3. ¿Reacciona airadamente ante las cosas que no le gusta?				
Actividad Motora				
4. ¿Tiene excesiva inquietud motora?				
5. ¿Intranquilo, siempre en movimiento?				
6. ¿Molesta constantemente a sus compañeros con acción motora?				
Comportamiento				
7. ¿Molesta frecuentemente a otros niños?				
8. ¿Tiene aspecto enfadado, huraño?				
9. ¿No quiere participar en forma grupal?				
Aprendizaje				
10. ¿Se distrae fácilmente, tiene escasa atención?				
11. ¿Sus esfuerzos se frustran fácilmente?				
12. Nivel de atención por debajo del promedio				
Desobediencia				
13. ¿No termina las tareas que empieza?				
14. ¿No cumple las reglas del aula de clases?				
15. ¿Colabora esporádicamente en logro de objetivos de aprendizaje?				
Estabilidad Emocional				
16. ¿Cambia bruscamente sus estados de ánimo?				
17. ¿Es impulsivo e irritable?				
18. ¿Se deprime fácilmente?				
Total				

ANEXO N° 3

El test de Toulouse Piéron para un chico de hasta 12 años



¿Para qué sirve?:

Mide los niveles de atención en una persona de hasta 12 años, y la capacidad de concentración a lo largo de una tarea.

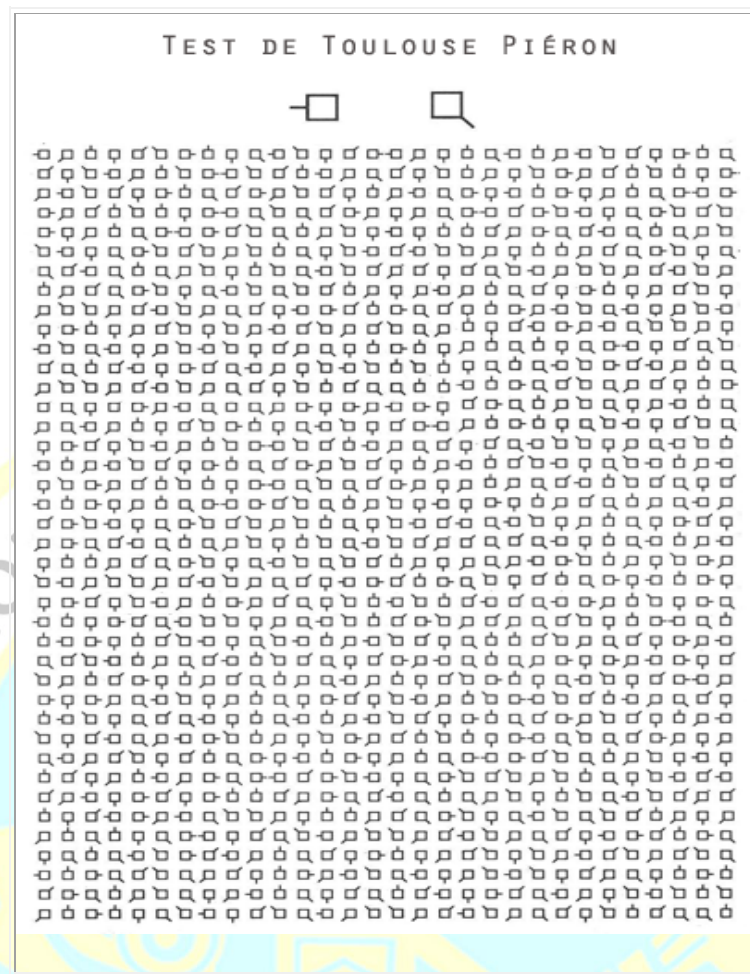
El Gráfico

El gráfico es una típica curva de la atención medida con el test de Toulouse Piéron. En cada minuto (medido en forma horizontal en el gráfico) se indica un valor de signos vistos (medido en forma vertical). Casi siempre el del primer minuto es uno de los más altos y corresponde a una comprensión buena de la prueba por parte del sujeto, una acomodación eficaz y un impulso notorio de voluntad. Luego se nota una baja, generalmente en meseta dañado indicio de valor normal de energía de atención. A un valor continuo en meseta hasta el final corresponde una muy alta firmeza en el sostenimiento de la concentración de la atención, particularmente si sobrepasa los 80/100 signos vistos. Luego aparece una curva de cansancio. Si esta se produce antes de los 3 minutos puede denotar poca habilidad en la concentración. Hacia el 8º minuto sobreviene el impulso final. A pesar del cansancio, “se echa el resto” antes de caer, al final, en la extenuación.

Cómo se toma el test de Toulouse Piéron

Se le da al sujeto el instrumento con los cuadritos (los hay de diversos tipos y de más de 2 símbolos). Se le indica que debe marcar leyéndolos de arriba hacia abajo y de izquierda a derecha los que coinciden con los dos símbolos señalados como modelo arriba de la hoja. Lo debe hacer lo más rápido que pueda prefiriendo no equivocarse. Señalará cada vez que el que toma el test lo anuncie que ha pasado un minuto con una nítida barra vertical en el lugar en que se halle en la lectura. El instrumentador, con un cronómetro lo dirá en voz clara y alta. Al final del test que dura 10 minutos, se harán las correcciones de las omisiones y errores. Muchos errores indican imperfección del trabajo en voluntad de cumplir con la premisa de la voluntad de cantidad en detrimento del error, lo que es un índice pobre con respecto a la consideración general.

ESTE ES EL INSTRUMENTO:



Factores que favorecen la atención y concentración.

1. Interés y voluntad a la hora de estudiar
2. Planifica el estudio de un capítulo o del desarrollo de un problema de forma muy concreta, para un espacio de tiempo corto, no más de 30 minutos.
3. Transcurridas dos horas de estudio descansa brevemente para relajarte de la concentración mantenida hasta ese momento. Cambia la materia de estudio: así podrás mantener por más tiempo la concentración. Si dedicas una hora a una asignatura haciendo dos descansos de 5 minutos puedes dedicar otras dos horas a asignaturas distintas, con descansos un poco más prolongados de 8-10 minutos sin que descienda tu concentración
4. Tomar apuntes: Si durante las explicaciones del profesor está atento a sintetizar mentalmente y por escrito en frases cortas los detalles de interés, ejercitarás la atención.

Mg. Ángel Hugo CAMPOS DÍAZ
ASESOR

Oscar Ruperto Ezequiel YANAPA ZENTENO
PRESIDENTE

Mg. Juan Ernesto RAMOS MANRIQUE
SECRETARIO

Mg. Ángel HUAMAN TENA
VOCAL

