

**MODELO DE INTERVENCIÓN PEDAGÓGICA
Y TERAPÉUTICA PARA NIÑOS CON TDAH**

**Melissa García Sánchez
Paula Andrea Velásquez Alvarez**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE EDUCACIÓN
Centro de Servicios Pedagógicos
Medellín
1998**

**MODELO DE INTERVENCIÓN PEDAGÓGICA
Y TERAPÉUTICA PARA NIÑOS CON
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON
HIPERACTIVIDAD (TDAH)**

**Melissa García Sánchez
Paula Andrea Velásquez Alvarez**

**Trabajo de Grado presentado como requisito para optar por el título de:
LICENCIADO EN EDUCACIÓN INFANTIL ESPECIAL**

Asesores:

**Doris Adriana Ramírez S.
Psicopedagoga
Mariela Rodríguez A.
Lic. Educación Infantil Especial**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE EDUCACIÓN
Centro de Servicios Pedagógicos
Medellín
1998**

DEDICATORIA

A Dios, por darnos la vida

A mis padres, por su amor y apoyo incondicional.

A mis hijas Katherine y Marilyn, porque necesítandome, permitieron mi ausencia.

Melissa

A mi familia, el pilar de mi existencia.

Paula Andrea

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todas aquellas personas que de una u otra forma nos acompañaron, apoyaron y asesoraron durante el proceso de elaboración de este modelo:

A nuestras familias, por el apoyo y el afecto.

A nuestros alumnos, por permitirnos compartir y aprender.

A las Madres, por sus enseñanzas y su confianza.

A nuestros amigos y compañeros, por su colaboración y respaldo.

A las personas que nos asesoraron, nos brindaron sus conocimientos y nos guiaron oportunamente, en especial a aquellas que lo hicieron voluntariamente, atendiendo nuestras solicitudes y contribuyendo al fin parcial de este trabajo.

Melissa - Paula Andrea

TABLA DE CONTENIDO

Introducción

1. Objetivo General
2. Objetivos Específicos
3. Justificación
4. Marco Conceptual
 - 4.1 Recorrido histórico sobre la conceptualización de la Hiperactividad
 - 4.2 Etiología
 - 4.2.1 Causas Prenatales
 - 4.2.2 Causas Perinatales
 - 4.2.3 Causas Postnatales
 - 4.3 Principales hipótesis en torno a la Etiología de la Hiperactividad
 - 4.4 Características generales
 - 4.4.1 Hiperactividad o Hiperquinesia
 - 4.4.2 Déficit atencional
 - 4.4.3 Impulsividad
 - 4.4.3.1 Otras características que pueden asociarse al TDDAH
 - 4.4.3.1.1 Irritabilidad
 - 4.4.3.1.2 Incoordinación muscular o inmadurez motora
 - 4.4.3.1.3 Perseveración
 - 4.4.3.1.4 Dificultad para seguir instrucciones
 - 4.4.3.1.5 Baja Autoestima
 - 4.4.3.1.6 Dificultades de Aprendizaje

- 4.4.3.1.7 Dificultades en el Autocontrol
- 4.5 Aspectos positivos de los niños hiperactivos
- 4.6 Detección de características y predominio en las diferentes etapas de la vida
- 4.7 Prevalencia
- 4.8 Principales modelos sobre el estudio e intervención de la Hiperactividad infantil
 - 4.8.1 Modelo Cognitivo-Comportamental
 - 4.8.2 Modelo Psicofisiológico
 - 4.8.3 Modelo Neurofisiológico
- 4.9 Identificación del TDAH
 - 4.9.1 Diagnóstico Diferencial
 - 4.9.1.1 De tipo Físico
 - 4.9.1.2 De tipo Educativo
 - 4.9.1.3 De tipo Psicológico
 - 4.9.2 Técnicas más utilizadas para el diagnóstico Psicopedagógico
 - 4.9.2.1 La Observación
 - 4.9.2.1.1 Tipos de Observación
 - 4.9.2.1.2 Procedimiento de la Observación
 - 4.9.2.2 La Entrevista
 - 4.9.2.2.1 Tipos de Entrevista
 - 4.9.3 Cuestionarios de Conducta
- 5. Propuesta de Intervención Pedagógica y Terapéutica
 - 5.1 Estructura del Programa de TDAH
 - 5.1.1 Definición de los Niveles
 - 5.1.1.1 Hiperactividad 1.
 - 5.1.1.1.1 Objetivos generales del Nivel Hiperactividad 1.
 - 5.1.1.2 Hiperactividad 2.
 - 5.1.1.2.1 Objetivos generales del Nivel Hiperactividad 2.
 - 5.1.2 Criterios de Ingreso, Promoción y Egreso
 - 5.1.2.1 Criterios de Ingreso
 - 5.1.2.2 Criterios de Promoción
 - 5.1.2.3 Criterios de Egreso
 - 5.1.3 Flujograma

- 5.1.4 Tipos de intensidad de Apoyo Pedagógico
- 5.2 Propuesta de Evaluación Pedagógica
- 5.2.1 Recomendaciones para la Evaluación Pedagógica
- 5.3 Intervención de los diferentes Profesionales que conforman el
Equipo Interdisciplinario
- 5.3.1 Intervención Psicológica
- 5.3.2 Intervención de Fonoaudiología
- 5.3.3 Intervención de Terapia Ocupacional

6. Evaluación general del Proyecto

7. Recursos

7.1 Humanos

7.2 Institucionales

Materiales

7.3

Recomendaciones

8.

Conclusiones

9.

Glosario

Anexos

Bibliografía

INTRODUCCIÓN

Es incómodo y desconcertante para los padres escuchar las quejas de los vecinos o recibir una nota de la escuela en la que se les informa que su hijo "no tuvo buen comportamiento", que "no presta atención a la maestra" o que, "causa problemas en la clase". En estas y otras situaciones los niños se convierten en verdaderos protagonistas. Esta escena y muchas otras se han convertido en una vivencia cotidiana al interior de las familias de niños con TDAH.

Por eso este modelo además de tener un amplio y actualizado marco conceptual en el que se abordan aspectos fundamentales de TDAH tales como: historia del concepto, definición más reciente, factores etiológicos, prevalencia, características generales y asociadas, entre otros.

Cuenta también con una propuesta de evaluación pedagógica que permitirá realizar una intervención pedagógica y terapéutica efectiva en grupos

conformados por niños con TDAH y específicamente con los alumnos del proyecto de estimulación adecuada del CSP en convenio con el HUSVP.

Así mismo, este modelo señala las posibilidades y algunos de los aspectos que pueden tenerse en cuenta para la intervención pedagógica con estos niños, tanto a nivel grupal como individual. Aclarando que la hiperactividad actualmente no es considerada como patología, sino más bien como un trastorno que permite enfocar el trabajo pedagógico hacia la disminución y/o canalización de las características desfavorables.

Es importante considerar que este modelo es sólo una propuesta y por tal motivo está sujeta a las modificaciones que se le puedan hacer, de acuerdo a las nuevas teorías, a la implementación del modelo y a todo tipo de datos significativos que contribuyan a la actualización y optimización del mismo.

De allí que, este modelo brinda elementos teórico-prácticos sobre un asunto que poco a poco se ha puesto de moda, "la hiperactividad".

1. OBJETIVO GENERAL

Hacer una revisión teórica del TDAH y sistematizar los datos obtenidos por medio de la labor docente para plantear aspectos relevantes en torno a la intervención pedagógica y terapéutica; con el fin de satisfacer las necesidades e intereses de los niños que han sido médica y/o psicológicamente diagnosticados con TDAH y que asisten a los grupos de hiperactividad del CSP de la Facultad de Educación de la U de A en convenio con HUSVP.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Brindar apoyo pedagógico y terapéutico al niño que está diagnosticado con TDAH y su edad cronológica oscila entre 4 y 8 años, para potenciar todas sus habilidades a través de la intervención grupal e individual.

Proponer un instrumento de evaluación basado tanto en elementos teóricos, como en la experiencia directa, características y necesidades de los niños con TDAH, para ser ubicados en los diferentes niveles de intervención.

Definir los aportes de cada una de las disciplinas que intervienen en el proceso de desarrollo integral de los niños con TDAH, considerando la importancia de la participación activa de la familia.

3. JUSTIFICACIÓN

En 1996 el CSP estableció un convenio con el HUSVP, por medio del cual se pretendía brindar un apoyo pedagógico y terapéutico a niños con TDAH.

Dicha idea surgió como respuesta al aumento de niños que año tras año llegaban al aula regular y poco a poco eran catalogados por los educadores como "niños problema".

Desde ese entonces, el CSP y el HUSVP han prestado sus servicios por medio de intervenciones periódicas en las que participa un equipo interdisciplinario conformado por psicólogo, médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, educadores especiales y padres de los alumnos. Sin embargo, este apoyo se ha realizado de forma empírica ; ya que, no se había estructurado un compendio teórico que sustente esta práctica; ni mucho menos se habían puntualizado los aspectos que posibilitan una intervención pedagógica y terapéutica que contribuya a la identificación y tratamiento del trastorno que se ha abordado.

Es por esto que ha sido necesario concretar aspectos relevantes y elaborar un modelo de intervención basado en una amplia y actualizada recopilación teórica y en la experiencia directa con dicha población, que permita convertir este modelo en un apoyo teórico que sustente y sistematice la labor pedagógica y terapéutica que actualmente se desarrolla en los grupos de niños que han sido diagnosticados médica y/o psicológicamente con TDAH.

Seguidamente se encuentra la propuesta de intervención pedagógica y terapéutica; en ésta se sugiere una estructuración del programa de TDAH del HUSVP y del CSP en la cual se consideran aspectos como la definición de los niveles o grupos de intervención, objetivos, criterios de ingreso y egreso, flujograma, acción del equipo interdisciplinario y tipos e intensidad del apoyo pedagógico. También se anexa una propuesta de evaluación psicopedagógica que permitirá la ubicación de los niños en los niveles y será un instrumento de consulta y un recurso importante para la intervención pedagógica con ésta población.

En síntesis, este modelo no sólo condensa aspectos fundamentales para la intervención pedagógica y terapéutica ; sino que, plantea una propuesta de evaluación psicopedagógica, reconociendo la necesidad del apoyo familiar y la importancia de la interdisciplinariedad en el proceso de formación de estos niños.

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1 RECORRIDO HISTÓRICO SOBRE LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA HIPERACTIVIDAD

A través del tiempo, la hiperactividad ha sido abordada desde diferentes disciplinas como la psicología, la medicina y la pedagogía; debido a su alta tasa de prevalencia en la comunidad y a ser uno de los problemas más característicos de la moderna psicopatología del desarrollo. Sin embargo y pese a la importancia de este asunto, la conceptualización de la hiperactividad ha sufrido cambios y se ha enriquecido gracias a su largo trayectoria histórica.

De allí que, es importante detenernos un poco en las transformaciones que su conceptualización ha tenido y en los grandes aportes que han hecho las diferentes investigaciones realizadas en varios contextos.

En 1844 un médico alemán, Heinrich Hoffmann, escribió un cuento en el que hace la primera descripción de un niño hiperactivo, refiriéndose a éste como un niño inquieto, que no se acostumbró a estar sentado, se mueve mucho, se ríe entre dientes, tiene algunos balanceos e inclina su asiento como si fuera una mecedora o un caballo.

Irelan en 1877 hace nuevas descripciones, hablando de un niño con padres ansiosos que salía rápidamente de su casa y en la de los vecinos rompía y destrozaba cualquier cosa de la que pudiera apoderarse.

A finales del s. XIX se dieron al menos dos definiciones. Una dada por Tuke D. H. En 1882 que define la hiperactividad como un "síntoma de la enfermedad impulsiva" y otra de Clouston, sir T.S. en 1892 en la que señala que el exceso de actividad conduce a estados de "defectuosa inhibición", con lo que lo identifica con la psicokinesia, hiperkinesia, enfermedad impulsiva, enfermedad motivacional e impulso incontrolable.

En 1902 se dio un paso definitivo en la definición del trastorno gracias a Georges Still un pediatra inglés quien describió una serie de problemas conductuales denominados "defectos del control moral", explicando que estos problemas se referían a la hiperactividad, dificultades en el aprendizaje, trastornos de conducta,

deficiente atención; probablemente causados por factores orgánicos, reconociendo que los ambientales podían incidir.

Al principio predominó el enfoque médico organicista, pero poco a poco la conceptualización fue abriéndose camino a otras orientaciones como la psicológica, haciendo énfasis en aspectos comportamentales y cognitivos.

En la década de 1930 se vio que los niños que eran víctimas de una encefalitis letárgica presentaban unas secuelas conductuales lo cual permitió sospechar que la conducta desinhibida y el exceso de actividad eran debidos a una disfunción cerebral. En 1937 Bradley descubre la mejoría del niño hiperactivo tanto a nivel académico como conductual mediante el tratamiento con benzedrine, la cual fue determinante para que posteriormente aparecieran los términos "Síndrome de Lesión Cerebral Humana" y luego Disfunción Cerebral Mínima (DCM), este último dado a través de los trabajos de Strauss y Werner quienes diferenciaron un grupo de niños deficientes con lesión cerebral y otro grupo sin lesión, encontrando diferencias significativas entre ambas en cuanto a percepción, formación de conceptos, lenguaje, emoción y conducta. Los niños retrasados con lesión cerebral fueron descritos como hiperactivos (desinhibición motora), distraídos, impulsivos, escasamente perseverativos y con importantes déficits cognitivos.

Entre los años 40 y 50 Strauss resalta la importancia de reconocer dicho trastorno tan rápidamente como sea posible, con el fin de tratarlo debidamente, tanto a nivel psicológico como desde la educación especial.

A finales de la década de los 50 Layfer y Dentreff usaron un nuevo término "Hyperkinetic Impulsive Disorder" y en su trabajo propusieron corregir las teorías psicoanalíticas que atribuían la responsabilidad a los padres por los problemas conductuales de sus hijos.

Stella Shess (1960) definió la hiperactividad como "El niño hiperactivo realiza actividades a una tasa normal de velocidad del niño promedio o está constantemente en movimiento o ambos aspectos a la vez". Esto fue históricamente significativo por:

1. Nivel de actividad como característica definitoria del trastorno.
2. Le dio importancia a la necesidad de considerar la evidencia objetiva del síntoma más allá de los reportes subjetivos de los padres o maestros.
3. Separó el concepto de un síndrome de hiperactividad del concepto de un síndrome de daño cerebral.

"Se admitía que la hiperactividad era un síndrome conductual que podía originarse a partir de una patología orgánica pero que también podía ocurrir en su ausencia".

En esta misma década se acentuó el término DCM (Disfunción Cerebral Mínima) al hablarse de lesión cerebral como factor etiológico.

En 1968 la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) publicó su segunda edición del manual de clasificación de las enfermedades mentales en el que se definía la hiperkinesia como un trastorno caracterizado especialmente en la adolescencia por exceso de actividad, inquietud, distracción y escasa duración de la atención.

Con la aparición del ICD-9 (9ª Edición de la clasificación internacional de enfermedades de la OMS) en 1978 el denominado "Síndrome Hiperquinético Infantil" queda definido como un trastorno caracterizado por el acortamiento en el tiempo de atención y la distraibilidad. Se señalan como síntomas relevantes la desinhibición, la pobreza organizativa y una descontrolada sobreactividad motora, impulsividad, agresividad y variabilidad del estado anímico.

En 1980 aparece la 3ª. edición del Manual Diagnóstico Estadístico (DSM III), en el que se proporcionan algunos criterios para el diagnóstico de la hiperactividad y se introduce un nuevo término para referirse a este trastorno: déficit de atención con o sin hiperactividad.

De igual forma Barkley en 1983 propuso una nueva definición en la que afirma que la hiperactividad o el déficit de atención consiste en una "deficiencia significativa de la apropiada atención en función de la edad; deficiencia que se extiende al control impulsivo y al autogobierno de la propia conducta (obediencia, autocontrol y solución de problemas), que surge de la infancia, es significativamente molesta para su entorno y no es el resultado inmediato del retraso intelectual, de las alteraciones severas del lenguaje, de las perturbaciones emocionales o del desajuste sensorial o motor".

Posteriormente, en 1986 Clemens define la DCM como un "Trastorno de la Conducta y del Aprendizaje, asociado a disfunciones del SNC en niños de inteligencia normal". En este mismo año se afirma que los síntomas nucleares del trastorno son la actividad excesiva, la falta de atención y la impulsividad.

El DSM III-R (APA, 1987) habla de la hiperactividad en "Trastornos de Hiperactividad con déficit de Atención"; en esta propuesta se considera la

persistencia de los síntomas durante seis meses, teniendo en cuenta que dichas manifestaciones deben presentarse antes de los siete años. Propone como indicadores el incremento del comportamiento motor, la inatención y la impulsividad.

Así, han aparecido muchos términos para hablar de hiperactividad y con cada uno de ellos una perspectiva desde la cual se define y se contempla el asunto.

Actualmente se nota una creciente tendencia a conceptualizar la hiperactividad como un trastorno conductual, al no haberse podido demostrar convincentemente la existencia de una lesión orgánica como la base etiológica.

Para citar una definición más reciente se puede mencionar la del DSM IV, 1995, en la cual se dice que la hiperactividad infantil es un "Trastorno cognitivo comportamental de frecuente aparición en la infancia que genera numerosas consecuencias en el ámbito personal, escolar y social".

Según el DSM IV El déficit de atención (DA) es una condición neurobiológica que se puede presentar en niños y adultos, hombres y mujeres de todos los estratos socioeconómicos, niveles de educación o grados de inteligencia. Todos de alguna manera podemos identificarnos con muchos de los síntomas del DA.

La diferencia, sin embargo radica en la intensidad, la duración y la manera como esos síntomas interfieren con el desenvolvimiento normal de la vida de las personas. Se creía que era un desorden de la infancia que se superaba en la adolescencia. Hoy sabemos que la mayoría de las personas que lo sufren no lo superan totalmente y persiste con diferentes manifestaciones en la vida adulta.

Según el DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana), la característica esencial del DA es una inatención persistente acompañada o no de hiperactividad o de impulsividad.

4.2 ETIOLOGIA

A continuación se enuncian las causas más frecuentes en la aparición del TDAH, considerando que éstas pueden dividirse en: prenatales, perinatales y postnatales. También se consideran algunas de las hipótesis que han surgido en torno a su etiología.

4.2.1 Causas prenatales:

- Padecimientos infecciosos de la madre (rubéola y toxoplasmosis).
- Anoxia del producto inutero, producida generalmente por alguna de las siguientes situaciones: aspiración de monóxido de carbono de la madre, anemia grave, hipertensión severa, infartos placentarios, hemorragia severa.
- Hemorragia cerebral en el feto, generalmente microhemorragias producidas por toxemia en el embarazo, por trauma directo, etc.

- Exposición excesiva a rayos X.
- Disturbios metabólicos, especialmente diabetes mellitus.
- Incompatibilidad del factor RH.
- Tabaquismo, alcoholismo o farmacodependencia de los padres.
- Prematurez
- Desarrollo más lento de lo normal en partes del cerebro.

4.2.2 Causas Perinatales:

- Anoxia neonatal, producida generalmente en las siguientes situaciones:
obstrucción mecánica respiratoria: atelectasias, mal uso de sedantes y anestésicos administrados a la madre, placenta previa e hipotensión pronunciada.

- Todas la distocias capaces de producir sufrimiento de neonato: utilización deficiente de fórceps, maniobra de extracción expulsión demasiado rápida, parto prolongado, cesárea, inducción con ocitócicos, bajo peso al nacer.

4.2.3 Causas postnatales:

- Enfermedades infecciosas durante los primeros meses, especialmente la tosferina, el sarampión; la escarlatina y las neumonías; encefalitis y meningitis.
- Traumatismos craneales.
- Secuelas debidas al factor RH.
- Neoplasias cerebrales.
- Anoxias accidentales o pasajeras.
- Alergias o hipersensibilidad a ciertos alimentos o colorantes.
- Accidentes.

Otro aspecto que puede incidir en el aumento de los niños hiperactivos en los últimos años, ha sido la reducción de los espacios físicos en los que permanece el niño, los cuales impiden la movilidad libre y espontánea, y los obliga a mantener una actitud pasiva, no apta para cualquier niño.

Entre las causas se pueden plantear también aquellas que obedecen a aspectos genéticos o que responden a factores ambientales.

El papel de la herencia ha sido considerado, ya que este trastorno es cuatro veces más frecuente en las familias donde existe un miembro afectado ; si el padre lo sufre, existe el 30% y el 35% de probabilidad de que el niño herede ésta condición; mientras que si los dos padres tienen TDA/H hay un 50% de probabilidades.

Entre los factores ambientales podemos considerar, la sobre estimulación a la que se ven sometidos algunos niños, la forma acelerada de vivir los procesos y participar en experiencias que "bombardean" al niño de estímulos sin permitirle asimilar aquellos que son acordes a su edad.

4.3 PRINCIPALES HIPÓTESIS EN TORNO A LA ETIOLOGÍA DE LA HIPERACTIVIDAD

En los años 30 se habla de DCM (Disfunción Cerebral Mínima) cuando Strauss y Werner encontraron que la percepción, la formación de conceptos, el lenguaje, la emoción y la conducta de un grupo de niños deficientes con lesión cerebral era diferente a la de otro grupo de niños sin lesión lo cual permitió describir en los primeros conductas propias de la hiperactividad.

Al terminar la década de los 50; Laufer, Denhoff y Solomons, suponen que la principal falla ocurre en los centros diencefálicos que cumplen su función de primer escalón de organización de los estímulos externos y viscerales; sosteniendo que debido a la deficiencia en la organización de los estímulos, la corteza cerebral se ve "bombardeada" por ellos y produce a su vez un exceso de respuestas mal integradas. Otras explicaciones incluyen estudios más recientes hechos por el Instituto Nacional de Salud de Bethesda, Maryland USA (1994) que dicen que en la persona con TDAH hay menor actividad en las áreas del cerebro que controlan la atención y la concentración (subcorteza cerebral).

Loreta Bender señala que "La Disfunción Cerebral Mínima o el daño que le antecede, disminuyen la calidad del desarrollo general del niño, interfiriendo con los procesos de maduración y limitando al organismo como un todo, más que produciendo trastornos específicos de carácter motor o sensorial".

De igual forma se ha planteado la existencia de un estado de baja alertabilidad que se correlaciona con trastornos de las vías cerebrales de la dopamina y la noradrenalina (Shaywitz 1978, Rapoport 1981, Rebollo 1980, Porges 1984, Raskin 1984, Wnder 1987). Como también se habló de alteraciones en otras sustancias como serotonina y catecolamina, las cuales regulan la atención, y de la glucosa (principal fuente de energía del cerebro), sustancia que el cerebro metaboliza a un ritmo inferior al normal, produciendo dificultades de hiperactividad e impulsividad.

Gracias a las dos hipótesis anteriormente anotadas, Mattes en 1980 afirma: "los lóbulos frontales están implicados en el proceso de concentración, demostrando una intensa actividad intelectual y el papel del lóbulo frontal en la atención, inhibiendo o interfiriendo estímulos irrelevantes y permitiendo dar una respuesta altamente selectiva". Este autor sostiene que las lesiones frontales pueden tener el efecto de desinhibir el comportamiento y de reemplazar los actos de acción complejos por acciones rudimentarias y estereotipadas, así mismo ha dicho que el

lugar probable del déficit cortical inhibitorio puede ser la corteza frontal y sus conexiones límbicas.

Las hipótesis de la "Disfunción Cerebral Mínima" ha sido acogida debido a que permite explicar tres características típicas del TDAH: inatención, hiperactividad e impulsividad; ya que, desde las investigaciones de Luria y Livanov se ha tenido evidencia empírica de que los lóbulos frontales están involucrados en el proceso de concentración, demostrando una intensa actividad intelectual. Así mismo, permitieron comprobar la alteración en la atención en pacientes con lesión prefrontal, demostrando así, el papel del lóbulo frontal en la atención.

Otras investigaciones verificaron que el lóbulo frontal interviene en la planeación, la resolución de problemas y el control del comportamiento, al verse que las lesiones frontales también afectaban estos procesos. Aunque actualmente no hay datos verificados sobre los cambios que ocurren en el cerebro, están de acuerdo en afirmar que la causa de la hiperactividad es de origen biológico y responde a alteraciones cerebrales.

4.4 CARACTERÍSTICAS GENERALES

Para abordar las características, es necesario tener en cuenta que ninguna de ellas tiene valor patognomónico ; es decir, ninguna asegura el diagnóstico por si sola.

4.4.1 HIPERACTIVIDAD O HIPERQUINESIA:

Taylor (1986) define la hiperactividad como una "conducta caótica y desorganizada caracterizada por el resultado de combinar la inquietud y la intención que son impropias para la edad del niño".

Este es el más aparente de los trastornos de conducta, se trata de un verdadero estado de movilidad casi permanente que los padres reportan como algo que el niño muestra desde pequeño. Hay razones para suponer que el hambre, la sed y otros estímulos internos tienen mayor intensidad en el niño hiperactivo y le exigen una satisfacción inmediata so pena de alterar la conducta, si la gratificación no ocurre.

La hiperactividad se origina desde el interior, es en parte una respuesta al ambiente y por esto se manifiesta permanentemente, en cualquier momento o lugar.

Con frecuencia el niño juega con las manos y los pies, se retuerce en el asiento, le cuesta quedarse sentado cuando lo debe hacer, come o se trepa en momentos inapropiados, le es difícil jugar o participar en actividades de entrenamiento tranquilamente, actúa como "movido por un motor".

Existen dos conductas que se pueden derivar de la hiperactividad: destructividad y agresividad. La primera se reconoce en el hogar porque todo lo destruye con sus manos, pies o utensilios. La agresividad se demuestra de diferentes formas en conductas agresivas hacia otras personas o animales.

4.4.2 DEFICIT ATENCIONAL:

Entendido como el conjunto de conductas que reflejan cambios frecuentes de actividad e impersistencia, junto a un trastorno en el procesamiento central de la información (Taylor 1986).

Es producto de la distractibilidad del niño, que impide centrar su atención obstaculiza el aprendizaje. La atención está relacionada con la hiperactividad sensorial, parece como si el niño se viera forzado a reaccionar a todos los estímulos, mostrándose atraído por detalles irrelevantes, lo que puede generar incapacidad para organizar jerárquicamente los preceptos y las ideas que adquieren un importancia uniforme porque el niño presta la misma atención a lo principal y a lo secundario. Dentro de la atención cabe distinguir los siguientes aspectos: concentración, búsqueda, división de la atención, atención selectiva, flexibilidad de la atención y vigilancia; dichos aspectos hacen referencia a la selección de información y a la habilidad para sostener la focalización de la atención durante un tiempo suficiente, por ende, estos procesos también pueden verse disminuidos o alterados.

4.4.3 IMPULSIVIDAD:

Entendida como pérdida de la capacidad para inhibir la conducta; el niño hace lo que su impulso le indica sin pensar en sus consecuencias; da la impresión de no poder tolerar la menor demora en la satisfacción de sus demandas. Puede ser componentes secundarios la encopresis y enuresis (esto después de descartar otras causas que las originen).

4.4.3.1 OTRAS CARACTERÍSTICAS QUE PUEDEN ASOCIARSE AL TDAH

4.4.3.1.1 IRRITABILIDAD:

Tanto los estímulos placenteros como frustrantes provocan respuestas exageradas de júbilo o de enojo, en consecuencia se presentan dos hechos que pueden considerarse como derivados de la irritabilidad: escaso control sobre su conducta y baja tolerancia a las frustraciones que suelen manifestar por medio de rabietas incontrolables. Su estado de ánimo cambia repentinamente del enojo al gozo, de la risa al llanto.

4.4.3.1.2 INCOORDINACIÓN MUSCULAR O INMADUREZ MOTORA:

Algunos tienen un desarrollo motor aceptable pero lo habitual es que muestren torpeza general tanto en movimientos gruesos como finos (caídas frecuentes, golpes contra la mesa, poca fuerza para sostener objetos, dificultad para amarrarse y abotonarse).

4.4.3.1.2 PERSEVERACIÓN:

Obsesividad de la conducta, la demanda de atención de estos niños se traduce en una conducta repetitiva, estereotipada y a veces compulsiva.

4.4.3.1.3 DIFICULTAD PARA SEGUIR INSTRUCCIONES:

Incapacidad de comprender órdenes verbales. Su actitud ante las reglas y limitaciones establecidas por la autoridad es la de quien no ha comprendido la prohibición, su significado y justificación, ni mucho menos la necesidad de acatarla. El niño puede cometer en repetidas ocasiones la falta, sin ocultarla ni entender porque se le castiga. Se muestra sorprendido ante los llamados de atención y se siente injustamente tratado.

4.4.3.1.4 BAJA AUTOESTIMA:

En el estudio de Hechtman, Wiss, Periman, Hopkins y Wener (1979) se puede observar que las autoevaluaciones de los hiperactivos adultos demuestran una menor autoestima que la de los demás adultos, entendiendo la autoestima como la "forma de sentirse bien, la capacidad de adquirir responsabilidades, socialización, autocontrol, buenas impresiones y eficiencia intelectual" (Hechtman 1979).

Dicha situación puede redundar en:

- Ausencia de autoestímulo y autoreconocimiento positivo.
- Dificultad en la relación con otros.
- Asumir posición defensiva frente a los demás.
- Reconocimiento y/o rechazo a su propio esquema corporal.
- Baja tolerancia a sus errores y fracasos.
- Poca motivación frente a las tareas académicas por subvaloración de su propio trabajo.
- Desconocimiento de sus propias capacidades.
- Depresiones constantes.
- Autocondemación.
- Fallas en el autocuidado.
- Necesidad de estímulo y aprobación constante.

La autoestima de los niños con TDAH es variable y depende en gran medida de las percepciones, comentarios y apreciaciones que las demás personas hacen sobre él. Por eso, es importante utilizar un lenguaje adecuado al referirse al niño, así como emplear mecanismos acertados para confrontarlo, reprenderlo o castigarlo cuando sea necesario y de felicitarlo cuando se lo merezca, sin caer en el error de exagerar la valoración de todo lo que el niño realice o de llegar al maltrato físico.

4.4.3.1.6 DIFICULTADES DE APRENDIZAJE:

Luego de hacer la revisión general de los síntomas primarios es importante tener en cuenta y clarificar que de éstos pueden subyacer otros que redundan en dificultades a nivel familiar, personal, social y escolar.

Al iniciar el trabajo con los niños con TDAH, es indispensable corroborar que no poseen retardo mental asociado y que las dificultades de aprendizaje no son inherentes al trastorno; sino que, generalmente son producto de factores diferentes a las características propias de TDAH.

Los niños con TDAH tienen un coeficiente intelectual normal, inferior o superior al promedio; sin embargo, un alto porcentaje de estos alumnos presentan problemas con sus tareas escolares, ya sea porque no logran concentrarse, decodificar y comprender la información, ejecutar las actividades planteadas, etc; lo cual puede reflejarse en dificultades de aprendizaje.

Rourke define las dificultades de aprendizaje como un "término genérico referido a un grupo heterogéneo de trastornos que se manifiestan por dificultades significativas en el dominio de una o más habilidades y aptitudes que tradicionalmente se han denominado académicas". Este término se utiliza

también para hablar de personas que muestran dificultades significativas en el dominio social y otras aptitudes y habilidades adaptativas.

Las dificultades pueden obedecer a factores como los institucionales, originados en el contexto del aprendizaje, considerando desde las condiciones materiales en que se dan los procesos escolares, hasta el maestro y la metodología empleada.

Pueden encontrarse también, las dificultades para el aprendizaje, las cuales responden básicamente a factores neurológicos que consideran desde una disfunción cerebral mínima, hasta factores genéticos.

Es importante tener en cuenta que las dificultades más frecuentes se presentan en las áreas de lectoescritura y logicomatemática, las cuales son detectadas por cobrar mayor relevancia en el medio educativo.

4.4.3.1.7 DIFICULTADES EN EL AUTOCONTROL:

El Doctor Melvin D. Levine, ha observado que algunos niños con TDAH muestran ser incapaces de controlar y planear su comportamiento. Ellos pueden decir y hacer cosas sin tener en consideración las consecuencias sociales y personales de sus acciones ; a veces, sus conductas pueden ser agresivas, autolesivas, sin

miedo al peligro y perder el control total de sí mismos. A la menor provocación actúan de manera agresiva.

Estos niños incluso llegan a asombrarse de sus propios actos y reacciones, la mayoría de los cuales no son premeditados, pero surgen de una gran dificultad para autocontrolarse e inhibir sus impulsos.

La incapacidad para predecir las consecuencias y mirar las acciones con anticipación también afectan la organización y la manera como se desempeñan académicamente. Los jóvenes con TDAH a menudo tienen dificultad con las tareas que requieren reflexión ya que tienden a decir lo primero que se les viene a la cabeza, su estilo de aprendizaje se basa en el acierto-error.

Estos niños prefieren hacer las cosas rápidamente, tomando el riesgo de que este malo, en lugar de hacerlo bien pero lentamente. Como a menudo actúan precipitadamente, sus trabajos son descuidados, poco precisos.

Los niños con TDAH poseen un estilo altamente impulsivo que les impide precisión en la ortografía, la lectura, las matemáticas, a pesar de una buena comprensión de los conceptos básicos y de las operaciones.

4.5 ASPECTOS POSITIVOS DE LOS NIÑOS HIPERACTIVOS

Los niños diagnosticados con TDAH tienen muchas cualidades que hacen parte de sus características o rasgos propios de personalidad. Es de vital importancia que todas las personas que rodean al niño puedan descubrirlas y estimularlas.

Entre estas características pueden encontrarse:

- Tienen mayor cantidad de energía.
- Son arriesgados, ensayan cosas nuevas.
- Se llevan bien con algunos adultos.
- Siempre están listos a hablar o actuar.
- Poseen buen sentido del humor.
- Pueden hacer varias cosas a la vez.
- Son talentosos y espontáneos.
- Saben cuidar a los pequeños e indefensos.
- Entienden a los demás, no rechazan al rechazado.
- No se cansan rápidamente y necesitan dormir menos.
- Son serviciales, ofrecen su ayuda a otros.
- Tienen buena capacidad de expresión.

- Se preocupan por la familia.
- Son sensibles, pueden ver ciertos detalles que los demás no ven.
- ¿ Piensan de forma diferente y novedosa.

"¡Son intuitivos, valientes y entusiastas; divertidos, cariñosos y amorosos; definitivamente tienen un encanto especial!"

4.6 DETECCIÓN DE CARACTERÍSTICAS Y PREDOMINIO EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA

La forma, frecuencia e intensidad de las características del TDAH suelen variar dependiendo de la etapa de desarrollo.

En la etapa preescolar (3 a 5 años aproximadamente) o en general el ingreso a la escuela, es el momento en el cual se ponen de manifiesto y se incrementan los comportamientos que pueden llevar a sospechar o detectar la existencia del TDAH. Los niños pasan a una nueva etapa de su vida, la escuela, en ella es donde el niño se encuentra con situaciones diferentes que le exigen mayor capacidad de adaptación e introyección de normas que le permitan relacionarse favorablemente con todas las personas que lo rodean.

Esta nueva experiencia genera en el alumno reacciones diversas que poco a poco van haciendo evidentes las características de los niños diagnosticados con TDAH.

Sin embargo, se reconoce que algunos niños que posteriormente se diagnostican con TDA/H, cuando están bebés presentan un temperamento difícil (altos niveles de actividad, irritabilidad, reacciones intensas y poco adaptables, etc.).

En la etapa andante (1-3 años aproximadamente), algunos continúan demostrando éstas características temperamentales y se evidencia un patrón de actividad e impulsividad, de rabietas o "pataletas" constantes y duraderas, dañan objetos y sufren golpes, lesiones o envenenamientos con medicinas, lo que implica que el adulto tenga mayor cuidado del que tendría con cualquier otro niño.

Después de la etapa preescolar o inicio de la escolaridad, puede considerarse la niñez intermedia (6-12 años), al alumno le es difícil respetar turnos y normas, planificar, compartir con los demás, concluir las actividades escolares y cumplir las funciones que se le asignan. Puede mostrarse hostil, testarudo y desafiante.

Esta situación genera en la familia sentimientos de dolor, preocupación, angustia y hasta desesperación.

Las relaciones intrafamiliares se tornan tensas y a nivel social es frecuentemente rechazado por sus compañeros y regañado por padres y otras figuras de autoridad.

Al final de la niñez intermedia y preadolescencia estos niños suelen empezar a mostrar conductas que parecen ser síntomas de trastornos de conducta.

En la adolescencia persisten las características anteriormente mencionadas y se mezclan con los cambios psicológicos propios del adolescente, generalmente se da un cuestionamiento de la autoridad y la adopción de conductas inadecuadas para ganar reconocimiento. De igual forma puede verse aumentada la vulnerabilidad a ser influenciados por las demás personas, especialmente por sus compañeros.

En la adultez se considera que un 50 a 60 % continúan presentando inatención, impulsividad y sobreactividad; aproximadamente un 66% al terminar sus estudios logran inhibir impulsos y mantener la atención.

Frecuentemente son personas que trabajan incansablemente hasta horas extras, son olvidadizos, desorganizados, distraídos, inestables emocionalmente, explosivos y muy estrictos en el manejo de la disciplina con sus hijos.

4.7 PREVALENCIA

Cantwell, 1975; Barkley, 1982 y Biederman et al, 1991 afirman que la hiperactividad infantil es el mayor problema clínico y de salud pública en términos de morbilidad y disfuncionalidad de niños, adolescentes y adultos.

Sin embargo, la ausencia de criterios claros y unívocos de diagnóstico hacen que no se tengan cifras concluyentes sobre la incidencia y prevalencia de la hiperactividad infantil en nuestro medio. De todas formas, lo que si está claro es que éste trastorno es uno de los más frecuentes en la infancia, y su número año tras año va aumentando.

Algunos estudios epidemiológicos han encontrado una mayor incidencia de el TDAH en personas del sexo masculino.

4.8 PRINCIPALES MODELOS SOBRE EL ESTUDIO E INTERVENCIÓN DE LA HIPERACTIVIDAD INFANTIL

El interés sobre el estudio de la hiperactividad infantil ha sido de gran atención especialmente después de los años 60, aunque fue fenómeno clínico desde los años 20. Actualmente se puede resaltar el desarrollo de tres modelos básicos en el estudio y tratamiento de la hiperactividad.

4.8.1 MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL:

Parte de investigaciones en el ámbito de la Teoría del Aprendizaje Social, las cuales resaltan la importancia de las estrategias de tipo cognitivo en el desarrollo de tareas que exigen el autocontrol. Así como también reconoce la utilización del recurso verbal como mediador en la ejecución de actividades.

Los psicólogos rusos Luria (1961) y Vigotsky (1962), hipotetizaron que "el autocontrol conductual se desarrolla a través de un proceso configurado de tres estadios". En el inicial, la conducta del niño está controlada y mediada por otros. En el segundo el niño aprende a controlarse pero requiere apoyo externo y en el tercero, el lenguaje interno asume la función de autorregulación.

En los últimos años, muchos de los especialistas suscribieron estos modelos de autocontrol (Polaino-Lorente 1981) para explicar y modificar el comportamiento hiperactivo. Las técnicas que ya han sido aplicadas con cierto éxito son:

- Entrenamiento en autorregistro (Heins et al, 1986, Blick y Test, 1987).
- Autoevaluación (Blick y Test, 1987, Chirstie et al, 1984, Manhoney, 1977).
- Autoatribución (Reis y Borkowski, 1987).
- Autorrefuerzo - autocastigo (Chase y Clement, 1985), etc.

El Modelo Cognitivo Comportamental dio elementos vitales en el abordaje de los niños hiperactivos, hizo posible el ensayo de diversas técnicas de intervención encontrando en algunas gran utilidad y eficacia. Esto se convirtió en un complemento oportuno y adecuado al tratamiento farmacológico y aumentó la esperanza de una óptima educación de los niños con TDAH.

4.8.2 MODELO PSICOFISIOLÓGICO

El modelo psicofisiológico pretende explicar el TDAH desde la perspectiva de conductas interpretadas como expresión de una determinada fisiopatología.

Para esto se ha partido del análisis de la relación entre el organismo y el mundo circundante; lo que permite experimentar una diversa gama de estímulos, para de este modo hacer que el organismo produzca respuestas de acuerdo a su singular susceptibilidad al estímulo.

De acuerdo con este planteamiento, se han desarrollado dos teorías psicofisiológicas con interpretaciones contrapuestas:

- Estado de infraactivación o hipoalerta del sistema nervioso central, acompañado de un déficit en las funciones de inhibición. Al no haber suficiente control inhibitorio sobre las entradas sensoriales y las respuestas motoras se ocasiona un desbordamiento de señales manifestadas como inatención, exceso de actividad motora y/o impulsividad (Satterfield 1975).
- El excesivo grado de estímulos impide un adecuado filtro y selección de información, generando dificultad en la jerarquización y clasificación de estímulos relevantes e irrelevantes; lo que se traduce en una excesiva actividad motora, inatención e impulsividad en las respuestas (Hastings y Barkley 1978).

De igual forma, se han llegado a afirmar que los niños hiperactivos en determinadas situaciones tienen niveles de activación diferentes a los de niños "normales"; por lo tanto, se sugiere que los niños con TDAH tienen dificultades en la consecución de los niveles de estimulación adecuado a los requerimientos, explicando así la teoría de la "Estimulación óptima" como la presencia de umbrales diferentes o de fluctuaciones frente a los estímulos.

La teoría de la estimulación óptima señala la necesidad de estímulos adecuados teniendo en cuenta intensidad y cualidad con el fin de promover respuestas adecuadas.

En conclusión, desde el modelo neurofisiológico las personas con TDAH presentan dificultades para alcanzar la estimulación óptima en diferentes circunstancias, dando como consecuencia la hiperactividad.

4.8.3 MODELO NEUROPSICOLÓGICO

Este modelo aborda el trastorno desde una óptica disfuncional del sistema nervioso central, tiene puntos en común con el modelo psicofisiológico, pero es de orientación más localizacionista.

La evaluación neuropsicológica permite correlacionar datos conductivo-comportamentales con la funcionalidad de los diferentes sistemas neuronales encargados del procesamiento de información.

Se plantea que en los niños hiperactivos hay dificultades para ajustar respuestas ante un cambio de tarea, para inhibir procesos de alerta frente a una señal que deja de estar presente o evitar respuestas exageradas. Se afirma que este tipo de respuestas están vinculadas al lóbulo frontal, es por esto que se dice que este lóbulo juega un importante papel en la etiología de la hiperactividad infantil.

Otros estudios han correlacionado datos de la exploración neurológica y neuropsicológica, han permitido considerar un subtipo dentro de la hiperactividad infantil, caracterizado por descoordinación motora o retraso motor dado por afección de las áreas premotoras y de asociación frontal, responsables del

desarrollo de los esquemas motores voluntarios y por un déficit en las funciones del hemisferio derecho.

En síntesis, el modelo neuropsicológico al abordar el TDAH, pone de manifiesto la existencia de déficits en algunas funciones superiores del sistema nervioso central que poseen una "localización dinámica" (según Luria 1973), en la corteza cerebral. Así mismo se ha observado una alteración visoespacial propia del hemisferio derecho, trastornos anímicos, labilidad afectiva o irritabilidad y alteración en la integración visomotora, esta última se encuentra vinculada a las áreas premotoras y de asociación frontal.

Estos modelos han dado aportes valiosos en cuanto al tema. Sin embargo, los conocimientos actuales apuntan hacia una visión más integradora del TDAH; la cual involucre la participación activa e integrada de las personas que conforman el equipo interdisciplinario.

4.9 IDENTIFICACIÓN DEL TDA/H

Un diagnóstico apropiado es siempre el primer paso para un tratamiento efectivo. Hacerlo a tiempo permite la intervención oportuna, ayuda a evitar otras posibles anomalías y genera la adopción de mecanismos de acción tendientes a mejorar la calidad de vida del sujeto.

El niño es un individuo en proceso de crecimiento tanto a nivel físico como en su desarrollo mental, emocional y social; no es un ser pasivo impulsado sólo a la acción en respuesta a estímulos externos; por el contrario, es activo y todo su comportamiento está organizado, siente y se expresa de diferentes maneras de acuerdo a su edad y características individuales, las cuales están influenciadas por su entorno ya sea familiar, social y/o escolar.

Por tanto se debe tener en consideración estas múltiples variables en el momento de evaluar e intervenir a un niño con TDAH ya que puede relacionarse o confundirse con otros problemas, neuropsiquiátricos, físico, biológicos, afectivos, escolares y socio - culturales, los cuales causan alteraciones del comportamiento, similares a las manifestaciones que consideramos dentro del TDAH.

Las ayudas diagnósticas de laboratorio son útiles para descartar enfermedades sistémicas o metabólicas que causan cambios en la actividad motora o en el estado de alerta (anemias, hipertiroidismo, feocromocitoma).

El encefalograma puede descartar trastorno epilépticos no convulsivos que pueden confundirse con inatención.

Los potenciales evocados ponen en evidencia déficits sensoriales sutiles (hipoacusias, y trastornos a nivel visual), que pueden provocar comportamientos hiperactivos o desinterés de tipo reactivo o situacional.

La Tomografía Axial Computarizada del cerebro (TAC) es útil para descartar lesiones estructurales del cerebro que desencadenen síntomas semejantes al TDAH.

4.9.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL :

Dentro del diagnóstico diferencial podemos considerar los siguientes factores:

4.9.1.1 De tipo físico: todas aquellas enfermedades que afectan de forma directa el comportamiento del niño, anemias, hipertiroidismo, epilepsia, tics motores o verbales, farmacodependencia, respuesta obsesiva por ciertas drogas suministradas.

4.9.1.2 De tipo educativo: trastornos del aprendizaje agresividad por rechazo a la norma algunos niños que poseen un CI muy alto y cuya hiperactividad obedece generalmente a factores ambientales, y por lo tanto, el niño utiliza los comportamientos hiperactivos como mecanismos de manipulación, pero sin transgredir ciertos límites. Obedece más bien a su ansiedad de aprender y requieren una atención especializada por parte de su maestro. De lo contrario, se pueden generar reacciones aversivas contra la escuela y/o hasta dificultades en el aprendizaje.

4.9.1.3 De tipo psicológico: son situaciones propias del entorno familiar o de la estructura personal que pueden afectar al niño de forma directa en su comportamiento, dichas situaciones pueden ser a nivel de relaciones familiares tales como: el abandono, falta de afecto, depresiones ante situaciones fuertes

para el niño por ejemplo: separaciones de los padres, muerte de algún ser querido y abuso sexual.

De igual forma es necesario diferenciar algunas patologías, trastornos o déficits específicos que pueden presentarse en comorbilidad con el TDAH y tener algunas características parecidas, pero que en última instancia hacen parte de otro cuadro clínico, más no del TDAH como tal. Entre éstos se encuentran:

Retardo Mental: Según la AARM (Asociación Americana Sobre las Personas con Retardo Mental) 1992, una persona con retardo mental posee un funcionamiento intelectual general inferior al normal que no le permite generar comportamientos adecuados en su relación con el medio ambiente y se manifiesta antes de los 18 años. Plantea un CI de 70-75 como promedio normal.

La persona muestra deficiencias en dos o más áreas de habilidades de adaptación, estas áreas se concretan en 10 habilidades: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo.

En algunas ocasiones pueden encontrarse asociadas algunas características del TDAH como dificultades en la atención o aumento de la actividad motora. En este caso prevalece el diagnóstico de retardo mental.

Autismo: En algunas formas leves de autismo, en las que se ponen de manifiesto características como sobreactividad, dificultades en la atención, se hace necesario resaltar aspectos a nivel de comunicación y de interacción social, lo cual facilitará el diagnóstico acertado y evitará confusiones con el TDAH.

Limitación Sensorial: Pérdida total o parcial de la capacidad de escucha. Se relaciona con el TDAH en tanto que el individuo no ejecuta las instrucciones dadas y muestra inquietud e inestabilidad, debido a que no logra escuchar y por ende interpretar y ejecutar las órdenes verbales la revisión médica y los exámenes como las audiometrías permitirán aclarar el diagnóstico.

Psicosis: En la psicosis se observa inatención, distractibilidad e inquietud, así como también ideas raras, miedos exagerados, movimientos extraños, visiones, delirios y distanciamiento de la realidad. Las últimas características mencionadas serán determinantes para descartar el TDAH.

Depresión: Entendida como un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo marcado por la disminución del disfrute, apatía, pérdida de interés, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. Se encuentra relacionado con la baja autoestima y la labilidad afectiva, características que pueden asociarse al TDAH. La escasez o disminución de actividad motora serán elementos claves para la correcta identificación.

Ansiedad: Puede simular el TDA/H en tanto que el sujeto se nota inquieto, preocupado y desatento, pero se diferencia porque puede ser un estado pasajero, y porque no manifiesta conductas impulsivas.

No existe una prueba única que por si sola permita hacer un diagnóstico exclusivo y confiable. Hay una variedad de procedimientos de diagnóstico que en forma conjunta sustentan la presencia o ausencia del trastorno.

La evaluación debe incluir:

- Examen médico completo: realizado para evaluar la salud general de niño.

Evaluación psicológica: debe ser efectuada por un psicólogo profesional para tener una idea clara de la condición emocional del niño y de su salud mental.

- Evaluación del entorno familiar: para la que se utilizan las escalas de comportamiento en las que se le solicita a los padres cuantificar los síntomas, se utilizan también la entrevista, observación y el diálogo informal con el fin de recoger datos que den cuenta del desempeño del niño en diferentes ambientes.
- Evaluación pedagógica: esta debe incluir un resumen de la historia académica y comportamental, además de la descripción cualitativa de los repertorios manejados por el niño, esto con el fin de realizar un tratamiento pedagógico acorde a sus necesidades y posibilidades.

El trabajo conjunto de un grupo interdisciplinario hará un compendio de todos los datos obtenidos para lograr un diagnóstico global.

4.9.2 TECNICAS MÁS UTILIZADAS PARA EL DIAGNÓSTICO PSICOPEDAGÓGICO

4.9.2.1 LA OBSERVACIÓN:

Técnica diagnóstica que requiere la participación del observador que interpreta en función del marco referencial teórico, equivale a percepción más interpretación del contenido de la observación. Esta técnica es eminentemente subjetiva.

4.9.2.1.1 Tipos de Observación:

- **Pasiva vs activa:** se diferencia por la intensidad del observar. El científico y el evaluador marcan la observación activa.
- **Natural vs laboratorio:** observación como técnica, existe manipulación de la situación, se provoca la conducta a observar. La natural registra la conducta tal y sin previa manipulación.
- **No sistematizada vs sistematizada:** la sistematización afecta el grado de control y estructuración de todo el proceso de observación y muy especialmente el registro de datos, el tipo de muestreo con repercusión en el

tratamiento. La no sistematización se define como una descripción simple y un estilo que recoge todas las características de la conducta, evento, esencia o situación.

4.9.2.1.2 Procedimiento de la Observación:

- **Narraciones:** descripción de acciones y conductas, incluyendo rasgos del contexto, además de interpretaciones y valoraciones de las conductas. No esta sujeto a control de validez y confiabilidad, el observador esta activo.
- **Lista de central:** registra la conducta modificada en listas de acciones. Permite control de validez y confiabilidad. El rol del observador es pasivo.
- **Escala de estimación:** procedimientos adaptativos a la situación de observación sistematizada por la previa determinación de las conductas a registrar.

4.9.2.2 **La Entrevista:** relación directa entre las personas (entrevistador y entrevistado) que establecen una vía de comunicación. Tiene unos objetivos

preestablecidos y conocidos (al menos por el entrevistador), con asignación de roles en la que quien entrevista debe tener el control.

4.9.2.2.1 Tipos de Entrevista

- **De investigación:** su objetivo es la investigación, son conocidos también como encuestas, es de carácter impersonal.
- **De intervención:** se destaca la entrevista diagnóstica y terapéutica con la cual se pretende obtener información útil para elaborar programas de tratamiento. Es interpersonal.
- **La entrevista diagnóstica:** lleva consigo un momento modificador o terapéutico. Una entrevista terapéutica lleva a su vez un momento diagnóstico para una acción futura.

Entre las Entrevistas diagnósticas se distinguen:

- **De recepción:** permite conocer al individuo, suministrando la información que va desde las quejas y problemas, hasta la exploración de comportamientos inadecuados y sus posibles determinantes funcionales.
- **Anamnéstica:** su objetivo es obtener información acerca de áreas más amplias de la vida actual y pasada.
- **De planificación:** se plantean en ésta los objetivos, prioridades, estrategias, cronograma, recursos, etc.
- **Más o menos estructuradas:** de acuerdo al grado de estructuración se distinguen:
 - **Estructuradas:** se caracterizan porque llevan un cuestionario preelaborado.
 - **Abiertas:** el entrevistador lleva el curso de la conversación de acuerdo con el ritmo y temas presentados por el entrevistador.

- **Semiestructuradas:** se ejecuta teniendo en cuenta esquemas o pautas y las preguntas son abiertas.

4.9.3 CUESTIONARIOS DE CONDUCTA

Existen diversos cuestionarios estandarizados, confiables y validados para el diagnóstico del TDA/H.

Para efectos de este trabajo es conveniente reseñar los siguientes:

- Cuestionario Conners para padres y maestros (Conners 1979a, 1979b), incluye ítems de evaluación para la hiperactividad (ver anexo 1)
- DSM IV (Manual Diagnóstico Estadístico, 1995), señala los criterios de diagnóstico del TDAH (Ver anexo 2).
- Behavior Assessment System for Children, BASC (Reynolds & Kamphous, 1992; Sandoval y Echandía, 1994). Esta escala considera tres grupos de edad (4 a 5 años, 6 a 11 años y 12 a 17 años). Contiene criterios de evaluación de hiperactividad (ver anexo 3).

- Cuestionario de Conducta Infantil (Child Behavior Check List, CBCL) (Achenback, 1978; Kirby & Grimley, 1992).
- Child Attention Problems (CAP) (Barkley 1990).
- Cuestionario de Conductas hiperactivas de Werry Weis & Peters (1972).
- Cuestionario de Vallet para maestros (Vallet, 1980).

Para el desarrollo de este modelo se anexan las tres primeras escalas mencionadas por considerarse de mayor funcionalidad y actualidad, teniendo en cuenta que en el BASC se incluirán los dos primeros grupos por responder a los objetivos y contemplar las edades abordadas en este modelo.

5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PEDAGÓGICA Y TERAPÉUTICA

5.1 ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE TDAH

5.1.1 DEFINICIÓN DE LOS NIVELES

Teniendo en cuenta la experiencia obtenida desde 1996, momento de inicio del programa de TDA/H del CSP y el HUSVP, se proponen básicamente dos niveles de intervención pedagógica y terapéutica; los cuales atenderán a niños diagnosticados con TDA/H entre los cuatro y ocho años de edad cronológica aproximada, considerando sus necesidades educativas especiales, intereses, características y procesos de desarrollo.

Cada nivel estará conformado por ocho o diez alumnos como máximo.

Los niños irán acompañados por un acudiente quien asistirá con el fin de conocer el proceso, capacitarse, dar continuidad al trabajo en el hogar y convertirse en un canal de comunicación efectiva entre la familia y todas las personas que de una u otra forma interactúan con el niño.

Cada profesional determinará la participación (pasiva o activa) o la ausencia del acudiente durante su intervención.

Se recomienda que cada niño reciba apoyo de integración escolar siempre que se considere necesario.

5.1.1.1 HIPERACTIVIDAD 1.

Este nivel estará conformado por niños cuya edad cronológica oscila entre los cuatros y seis años. Se recomienda que estén escolarizados en preescolar y en algunos casos hasta iniciar el grado primero.

5.1.1.1.1 OBJETIVOS GENERALES DEL NIVEL HIPERACTIVIDAD 1:

Habilidades cognitivo-comportamentales:

- Lograr la atención, concentración y memoria para mejorar el desenvolvimiento personal al interior del medio social.
- Reconocer instrucciones para promover la introyección paulatina de normas básicas, considerando la importancia y necesidad de las mismas.
- Utilizar estrategias de autocontrol, basadas en la autoreflexión de sus propios actos.
- Fomentar la autoestima positiva, partiendo del reconocimiento del esquema corporal.
- Explorar el entorno familiar y social, teniendo en cuenta la participación del niño en el nivel.
- Reflexionar sobre la función que se tiene al interior de los grupos sociales en los que se desenvuelve, resaltando el respeto por el otro.

Habilidades Académicas:

- Realizar actividades que conlleven a la asimilación de nociones básicas del pensamiento lógico-matemático; tales como, conservación, clasificación, seriación y correspondencia.
- Iniciar el proceso de lecto-escritura, reconociendo su funcionalidad en el medio social.

Habilidades Comunicativas:

- Comprender textos orales sencillos; tales como, descripciones, narraciones y cuentos breves.
- Escuchar, interpretar y ejecutar de instrucciones simples.
- Expresar libremente pensamientos, necesidades, o sentimientos a través de lenguaje gestual o verbal.
- Identificar algunos medios convencionales de comunicación.

Habilidades Motrices:

- Realizar actividades que impliquen motricidad fina.
- Ejecutar movimientos finos siguiendo instrucciones con presencia del modelo.
- Fijar colectivamente pautas que conlleven al manejo adecuado de útiles escolares, materiales didácticos y utensilios del hogar.
- Controlar voluntariamente los movimientos del cuerpo, implementando estrategias para la canalización de la excesiva actividad motora.
- Reconocer las partes de su cuerpo y las funciones elementales de cada una, relacionando su corporalidad con la del otro y aceptándolo con sus semejanzas y diferencias.
- Explorar las habilidades y destrezas posibilitando el desarrollo de la creatividad por medio de actividades lúdicas.
- Lograr relajarse en actividades grupales e individuales.

5.1.1.2 HIPERACTIVIDAD 2.

Este nivel será integrado por niños de seis, siete u ocho años de edad cronológica aproximada. Se requiere que estén integrados al aula regular en el grado primero, e incluso al iniciar el grado segundo. Ya que el programa pedagógico está diseñado teniendo en cuenta lo planteado en el currículo. De no ser así se dará todo tipo de apoyo, para escolarizar al niño, se buscarán los recursos y se harán las gestiones necesarias o se solicitará apoyo al programa de Integración Escolar que funciona al interior del proyecto de Estimulación Adecuada o al de Integración Escolar. Ambos pertenecientes al CSP.

5.1.1.2.1 OBJETIVOS GENERALES DEL NIVEL HIPERACTIVIDAD 2:

Habilidades Cognitivo-Comportamentales:

- Elevar los niveles de atención concentración y memoria para desenvolverse adecuadamente y solucionar problemas, tanto en las situaciones de aprendizaje como en la vida cotidiana.
- Incitar permanentemente al autocontrol, autorregulación y control ejecutivo de sus actos; motivando la reflexión sobre estos.
- Aumentar la autoestima positiva por medio de actividades que permitan el autorreconocimiento, el autocuidado y la autovaloración de sus actos.
- Posibilitar la identificación del entorno familiar, social y escolar, teniendo en cuenta el rol y la función que desempeña al interior de cada uno de ellos.
- Fomentar el respeto por el otro y por los turnos por medio del juego colectivo, el trabajo cooperativo y la inhibición de conductas agresivas.

- Promover el seguimiento de órdenes, normas e instrucciones, conociendo y respetando la intencionalidad, necesidad e importancia de las mismas.

Habilidades Académicas:

- Reforzar repertorios académicos propios del grado en el que se encuentra escolarizado el niño (primero o segundo según el caso), articulándolas con la cotidianidad.
- Establecer coherencia entre los repertorios académicos presentados, jerarquizando conceptos e ideas.

Habilidades Comunicativas:

- Escuchar atentamente narraciones, lecturas o relatos hasta que concluyan, utilizando técnicas de autocontrol.
- Afianzar la escucha, interpretación y ejecución de instrucciones de más de dos acciones dadas oralmente o por escrito, controlando impulsos exagerados.

- Expresar pensamientos y sentimientos, utilizando un lenguaje claro, coherente, articulado y un tono de voz acorde a las necesidades del contexto.
- Realizar producciones escritas, procurando la autoconfrontación y autocorrección.

Habilidades Motrices:

- Realizar actividades de afianzamiento de la motricidad fina.
- Ejecutar adecuadamente movimientos finos siguiendo instrucciones sin presencia del modelo.
- Usar adecuadamente útiles escolares, materiales presentados y demás objetos encontrados en el medio.
- Canalizar actividades motoras, evitando los excesos y movimientos innecesarios.

- Experimentar alternativas del movimiento del cuerpo en relación con el tiempo y el espacio.
- Desarrollar la creatividad seleccionando experiencias motoras de preferencia individual y/o grupal.
- Mantener la relajación por minutos.

5.1.2 CRITERIOS DE INGRESO, PROMOCIÓN Y EGRESO

5.1.2.1 **Criterios de Ingreso**

- A. Poseer un diagnóstico médico y/o psicológico que certifique el TDAH.
- B. Tener una edad cronológica que oscile entre los cuatro y ocho años.
- C. Compromiso familiar, lo cual implica asistir puntualmente a las sesiones de intervención a citas, charlas, reuniones y demás actividades propuestas en la dinámica de trabajo y cumplir a cabalidad con las recomendaciones y

sugerencias dadas por los diferentes profesionales (tratamiento, droga, aplicación de estrategias, desarrollo de planes caseros, etc.)

D. No tener compromiso a nivel mental o sensorial que se encuentre asociado al trastorno; es decir, debe predominar al TDAH.

E. Ser evaluado por los profesionales que conforman el equipo interdisciplinario del HUSVP.

F. Diligenciar oportunamente la papelería requerida y pagar en el momento indicado el costo por los servicios recibidos.

G. Encontrarse escolarizado o estar próximo a hacerlo.

H. Presentar la constancia de la seguridad social (ISS, Sisben, etc.) o diligenciar el pago de las intervenciones, considerando los requisitos del HUSVP.

5.1.2.2 Criterios de Promoción

Haber logrado la mayoría de los objetivos propuestos para el nivel en el que se encuentra.

De acuerdo a los resultados de la evaluación se plantea haber logrado el 80% de los ítems propuestos por habilidades, representados así:

Habilidades cognitivo-comportamental mínimo 17 ítems.

Habilidades académicas mínimo 15 ítems.

Habilidades comunicativas mínimo 4 ítems.

Habilidades motrices mínimo 8 ítems.

Así mismo, se tendrán en cuenta los datos recopilados en la descripción cualitativa.

5.1.2.3 Criterios de Egreso

- A. Replanteamiento diagnóstico por imprecisión o error del diagnóstico inicial.
- B. Tener una edad cronológica que no corresponda a la planteada en los criterios de ingreso.

- C. Desinterés o incumplimiento de la familia frente a las responsabilidades y compromisos asumidos con el programa.
- D. Encontrarle al niño algún trastorno sensorial y/o compromiso mental predominante.
- E. Haber logrado los objetivos propuestos para el nivel de hiperactividad 2.

5.1.3 FLUJOGRAMA

Los niños que llegan al CSP o al HUSVP para conformar los niveles son remitidos de:

- a) La comunidad: generalmente son detectados en consulta al interior del HUSVP.
- b) Centros de salud y hospitales.
- c) Escuela regular.

d) Personas que conocen el programa.

Inicialmente a estos niños se les hará evaluación psicológica y médica, la cual permitirá la corroboración o identificación del diagnóstico y determinará la participación o no en el programa. Todo esto se hará teniendo en cuenta los criterios de ingreso.

Así mismo, se efectuará la evaluación pedagógica que permitirá la ubicación de los niños en los niveles de intervención.

Posteriormente cada profesional podrá evaluar y determinar los criterios básicos para su intervención o para hacer las remisiones pertinentes.

Cada niño será promovido de acuerdo a los logros obtenidos durante el proceso, teniendo en cuenta tanto la observación como la evaluación.

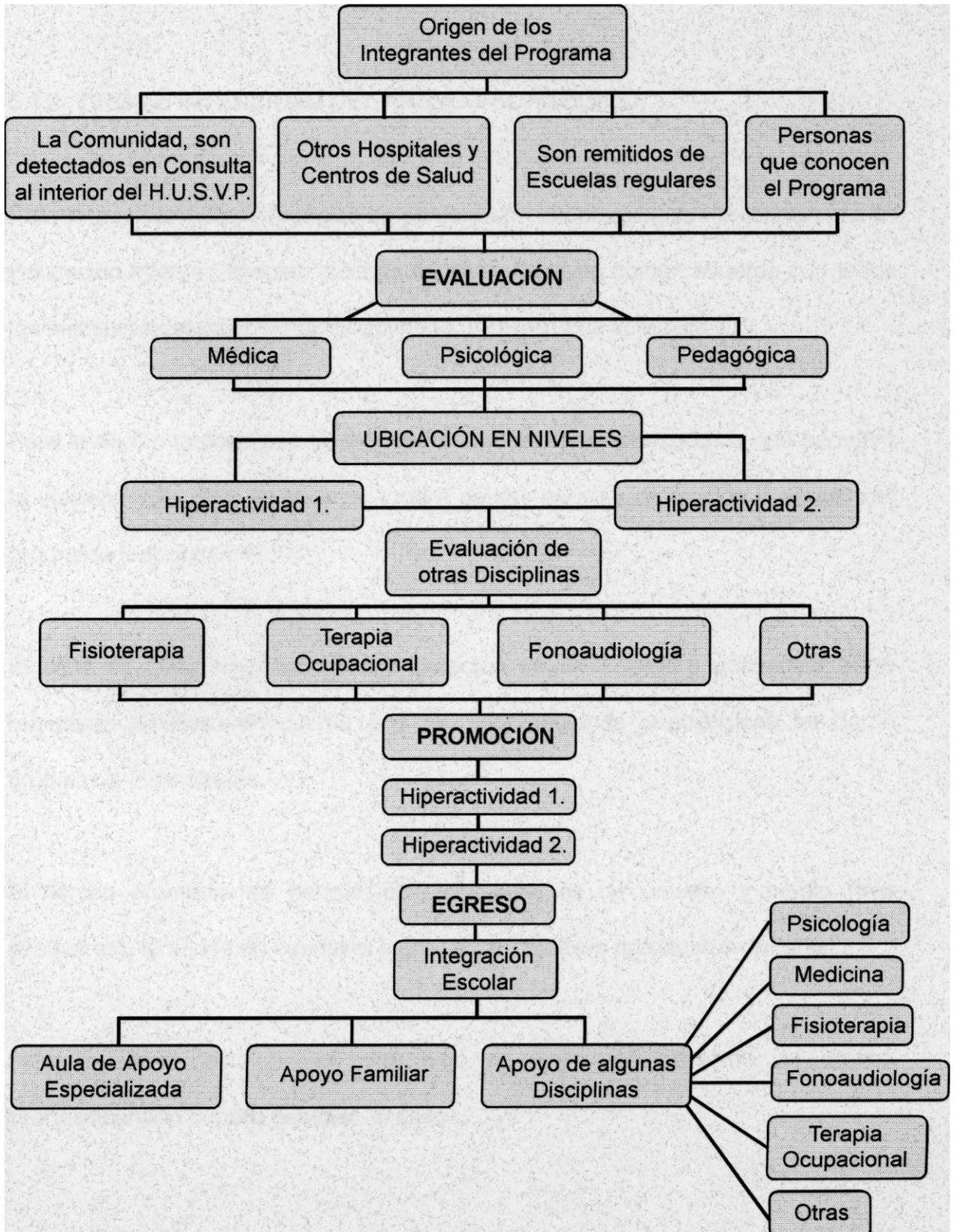
Para el egreso se considerarán los criterios planteados en este modelo y se buscará la continuidad del alumno en escuela regular, atendiendo a las leyes de integración escolar y brindándole el o los apoyos requeridos así:

Apoyo familiar: capacitación a la familia para el manejo del niño y la utilización de estrategias adecuadas.

Apoyo pedagógico: Se asesorará en el área o las áreas que requieran refuerzo, para esto se buscará la colaboración del Aula de Apoyo Especializada.

Apoyo de alguna(s) disciplina(s): De psicología, medicina, fisioterapia, fonoaudiología, terapia ocupacional o cualquier otra que los profesionales creen necesaria para la continuidad al desarrollo integral del niño.

FLUJOGRAMA



5.1.4 TIPOS E INTENSIDAD DEL APOYO PEDAGÓGICO:

Para la intervención pedagógica se contará con los practicantes o licenciados en Educación Infantil Especial, quienes harán su labor de común acuerdo con todos los miembros del equipo interdisciplinario, incluyendo a la familia.

Para la acción pedagógica se propone un modelo psicopedagógico que permitirá la ubicación del niño en un nivel y dará pautas para su promoción y egreso del programa (ver anexo 4).

El ciclo de cada nivel tendrá una duración de un semestre académico y se realizarán teniendo en cuenta que las intervenciones pedagógicas se harán grupales e individuales.

El tiempo promedio de permanencia por nivel es de un año y medio (tres semestres), teniendo en cuenta el logro de los objetivos propuestos por nivel.

Si después de este tiempo el niño no logra los objetivos, el equipo interdisciplinario deberá estudiar el caso.

Para hiperactividad 1, la intensidad horaria de la sesión grupal será de una hora y 30 minutos aproximadamente y la intervención individual tendrá una duración de una hora o más, semanal o quincenal, de acuerdo con las características y necesidades específicas de cada alumno.

Para hiperactividad 2, podrá aumentarse la duración de la sesión grupal, esta puede oscilar entre una hora y 30 minutos o dos horas. La sesión individual tendrá las mismas características de hiperactividad I.

Cabe anotar que la educadora(s) encargada(s) de los niveles determinarán la pertinencia de realizar las visitas (domiciliarias e institucionales), con el fin de viabilizar y optimizar su labor pedagógica.

5.2 PROPUESTA DE EVALUACIÓN PEDAGÓGICA

Esta propuesta de evaluación pedagógica ha sido diseñada a partir de la indagación de necesidades específicas y en especial de dificultades en la evaluación y ubicación de los niños con TDAH, que llegan al CSP o al HUSVP, con el objetivo de encontrar un apoyo pedagógico y terapéutico.

Dichas dificultades en la evaluación surgen desde 1996, momento en el que se estableció un convenio entre el CSP y el HUSVP para atender a esta población.

Por estos motivos esta propuesta pretende dar elementos que permitan realizar un evaluación pedagógica eficaz, basada en elementos teóricos y datos obtenidos por medio de la experiencia.

Con base en la información recopilada durante la evaluación podrá hacerse la ubicación de los niños en los niveles de intervención, además de concretar los objetivos de la acción pedagógica.

Esta evaluación incluye la anamnesis utilizada en el CSP. Está compuesta por una serie de ítems planteados a partir de los objetivos generales anotados en la estructuración general del programa, considerando las siguientes habilidades:

Habilidades cognitivo-comportamentales.

Habilidades académicas.

Habilidades comunicativas.

Habilidades motrices (finas - gruesas).

También contiene una parte descriptiva, la cual dará más información sobre el proceso del niño y así mismo brindará las pautas para potenciar las áreas más débiles de cada niño.

En esta evaluación se resalta la observación permanente, sistematizada en el diario de campo como elemento fundamental, así mismo se sugiere la mayor objetividad posible al implementar dicho instrumento.

Se aclara que para la utilización del instrumento se tendrán en cuenta tres componentes:

Primer componente: evaluación para ubicar los niños en los niveles. Consta de: anamnesis y primera parte del instrumento (ítems).

Segundo componente: evaluación cualitativa. Se realizará después de dos meses de comenzado el nivel, apoyándose en la observación permanente, la evaluación inicial, los aportes de la madre y de la maestra integradora (en caso de que este integrado), con el fin de tener en cuenta que los aspectos evaluados se den también en otros contextos en los que el niño se desenvuelve.

Tercer componente: evaluación final. Contiene la primera evaluación (ítems), y la descripción cualitativa.

5.2.1 RECOMENDACIONES PARA LA EVALUACIÓN PEDAGÓGICA:

5.2.1.1 La evaluación debe hacerse en un sitio tranquilo, libre de estímulos que puedan distraer al niño. Adapte el ambiente para que él se sienta seguro y en confianza. Evite ser interrumpido y ayúdelo a sentirse cómodo.

5.2.1.2 El evaluador debe asumir una actitud de aceptación, comprensión y respeto por la integridad del niño, debe ser cordial, paciente, receptivo y muy

observador. Además conviene estimular los logros y motivar permanentemente para que el alumno concluya la evaluación y reflexione sobre sus actos.

5.2.1.3 La persona que evalúa debe intervenir cuando lo considere necesario, oportuno y utilizar un lenguaje claro y comprensible.

5.2.1.4 Es importante explicarle al niño lo que van a hacer, esto le generará mayor confianza.

5.2.1.5 Los materiales para la evaluación deben prepararse con anterioridad. Evite mostrarlos hasta que sea el momento de usarlos; de lo contrario pueden convertirse en distractores.

5.2.1.6 Cerciórese de que el niño(a) decodifique e interprete correctamente los mensajes que se le dan. Permita que actúe libremente, bríndele apoyo cuando lo considere necesario.

5.2.1.7 La información obtenida durante la evaluación debe ser sistematizada oportunamente.

5.3 INTERVENCION DE LOS DIFERENTES PROFESIONALES QUE CONFORMAN EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

De acuerdo a los planteamientos considerados para la intervención pedagógica y terapéutica con niños diagnosticados con TDAH, es importante anotar la necesidad de la participación oportuna, eficaz y coordinada de los diversos profesionales que conforman el equipo interdisciplinario.

Para esto es conveniente recordar que los intentos interdisciplinarios han recorrido una amplia trayectoria temporal, pero hoy en día cobran vigencia y adquieren cada vez mayor resonancia en el horizonte de la investigación educativa.

Al considerar el prefijo inter, se concibe la presencia necesaria de vínculos estrechos, de reciprocidad y encuentro, es decir, diversidad que se interrelaciona, se conjuga e integra en un esfuerzo articulador. Es un proceso eminentemente interactivo que requiere del establecimiento de pautas generales de comunicación a nivel oral o escrito, estableciendo reuniones periódicas, citas oportunas y en general utilizando los canales que viabilicen el intercambio con las personas que interactúan con el niño.

Se busca entonces trascender la multidisciplinariedad vista como un proceso aditivo de resultados y llegar a la interdisciplinariedad asumida como la confrontación e interpreferencia dinámica de muchas disciplinas en torno a un objeto común, para constituir así un viejo anhelo de las ciencias.

Así pues, la mencionada interdisciplinariedad implica tomar distancia de la propia formación para acceder a una formación holística partiendo de un concreto real, superando algunos abismos irreconciliables de carácter ideológico entre los campos profesionales específicos y generando la actitud de escucha, la forma de conciencia, el estudio y profundización de nociones y en especial, la disposición para actuar conjuntamente con otros en aras de nutrir las intervenciones y mejorar los procesos de los niños, en este caso pertenecientes al programa de TDAH que funciona al interior del HUSVP en convenio con el CSP de la Facultad de Educación de la U de A.

5.3.1 Intervención Psicológica

CON LOS NIÑOS.

OBJETIVOS:

- Realizar evaluación psicológica individual a los niños del programa y a aquellos aspirantes a ingresar.
- Dar una impresión diagnóstica de cada uno de los niños con el fin de determinar la conveniencia o no de la participación de los diferentes grupos.
- Determinar cuales niños, a partir de la evaluación, ameritan una intervención psicoterapéutica individual.
- Asesorar a los padres sobre las inquietudes que surjan durante la evaluación.
- Trabajar en grupo con los niños.

(Ver anexo 5)

METODOLOGÍA:

- Para la evaluación individual, se realizan varias sesiones con cada niño y sus padres, en lo posible, antes de iniciar el trabajo en grupo con los Educadores Especiales.
- El número de sesiones será mínimo de tres y máximo de seis para llevar a cabo la evaluación. Cada sesión será de una hora.
- Con aquellos niños que requieran una intervención psicoterapéutica, no se tendrá un número de sesiones determinado o limitado, sino que se realizan los que, de acuerdo a cada caso, se necesitan.
- Durante las sesiones de evaluación y de intervención se tendrá muy en cuenta el trabajo con los padres, ya que así se logrará brindar la asesoría requerida.
- El trabajo en grupo con niños se realizará con aquellos que establecen comunicación verbal.
- Cada sesión grupal tendrá una duración aproximada de 45 minutos.

- El número de sesiones se determinará de acuerdo a las características de cada niño y a los del grupo.

i

CON LOS PADRES:

- Realizar un trabajo en grupo con los padres de los niños vinculados al programa de autismo e hiperactividad.
- Construir con el grupo de padres un conjunto de temas que sean de su interés y que se relacionan con la problemática de los niños, con el fin de trabajar a partir de la demanda de los padres.
- Propender por un diálogo de saberes en el que los padres puedan aportar sus experiencias, escuchar la experiencia de los otros y someter al juicio del grupo en general, su forma de pensar y de actuar.
- Coordinar el trabajo dialógico de los padres, aportando elementos y puntos de vista que permitan profundizar en los temas.

METODOLOGÍA:

- Se realizará un promedio de cuatro sesiones con cada grupo de padres del programa de hiperactividad.
- Cada sesión tendrá una duración apropiada de hora y media.
- Se iniciará el trabajo escuchando las expectativas e inquietudes de los padres con el fin de elaborar los temas de mayor interés.
- Se promoverá la discusión de temas que indirectamente afectan las relaciones de pareja y las relaciones entre padres e hijos.

CON EL GRUPO DE PROFESIONALES :

OBJETIVOS:

- Programar y planear conjuntamente las reuniones a realizar.
- Mantener una comunicación constante con los miembros del grupo interdisciplinario con el fin de optimizar la atención de los niños.

- Presentar al grupo temas que desde la psicología permitan acercarse a la comprensión de las dificultades de los niños.
- Analizar las inquietudes que surjan durante el trabajo interdisciplinario.
- Coordinar las reuniones del grupo.

METODOLOGÍA:

- Se realizará una reunión quincenal, de tipo administrativo, logístico y académico, entre el psicólogo y el equipo designado de la Universidad de Antioquia.
- Se realizará una reunión mensual con todo el grupo interdisciplinario en la que se abordarán temas referentes al trabajo con los niños, a las dificultades del proceso y en el que se aportarán elementos desde cada una de las disciplinas participantes.

5.3.2 Intervención de Fonoaudiología:

Es importante aclarar que dada la variedad de características de niños(as) del grupo, no se pueden establecer unos objetivos generales a trabajar en el área del lenguaje durante el transcurso de este trabajo se ha observado que los trastornos de mayor incidencia son los Retardos en el Desarrollo del Lenguaje de predominio expresivo comprensivo o mixto y las alteraciones en la articulación por esto los objetivos aquí propuestos se seleccionarán y estarán sujetos a cambios de acuerdo a cada caso en especial. Se tiene en cuenta un protocolo de evaluación que aborda aspectos personales y del desarrollo del niño.

(Ver anexo 6)

OBJETIVOS:

- Explicar a padres y madres el desarrollo del lenguaje y las diferencias etapas por las que atraviesa.
- Detectar trastornos del lenguaje en niños y niñas del grupo.

Instruir a padres y madres en el trabajo de estimulación global del lenguaje, por medio de actividades lúdicas que permitan la formación de conceptos y adquisición de vocabulario a nivel interior facilitando posteriormente su verbalización.

Detectar aquellos niños(as) que cumplan con requisitos mínimos para asistir o terapia directa con el fin de ingresar y realizar una intervención más eficaz.

De acuerdo a las necesidades de cada niño(a) instruir a padres y madres en actividades específicas, que puedan ser realizadas por ellos en casa.

Elaborar material de trabajo de acuerdo a las necesidades de cada niño.

En unión con los padres establecer logros y dificultades durante el trabajo realizando con niños y niñas.

Dar alternativas de trabajo y comunicación (en los casos posibles), con el fin de dar continuidad al proceso.

Dejar un espacio abierto con el fin de que padres y madres ventilen libremente lo que sienten sobre el proceso que se lleva a cabo a partir de lo cual se pueden generar discusiones prácticas, que les facilite el manejo de niños y niñas.

5 3.3 Intervención de Terapia Ocupacional:

OBJETIVOS

GENERAL

- Realizar intervención terapéutica a los niños (as) con TDAH, con el fin de mejorar la interacción con el medio social, familiar y escolar.

ESPECÍFICOS

- Identificar los factores que influyen en el niño (a) con TDAH.
- Brindar estrategias de trabajo con el fin de mejorar la conducta motora social y emocional.
- Mejorar los repertorios básicos (atención, memoria y concentración).
- Promover y/o mejorar la interacción social.
- Mejorar la actividad psicomotora.
- Mejorar la percepción visual.

- Lograr la independencia del niño (a) con TDAH en las actividades básicas cotidianas.
- Realizar charlas a los padres de familia con el fin de brindar pautas de manejo para el niño (a) con TDAH
(Ver anexo 7)

METODOLOGÍA

- Realizar la evaluación del niño (a) con TDAH con el fin de identificar sus capacidades y dificultades.
- Ejecutar actividades de motricidad gruesa, coordinación medio y fina.
- Dar a conocer actividades que requieran atención, concentración y memoria utilizando rompecabezas, loterías, crucigramas, sopas de letras, etc.
- Elaborar actividades para mejorar la independencia en alimentación, baño y vestido.
- Ejecutar actividades para mejorar percepción visual.
- Realizar charlas a los padres con el fin de facilitar el proceso de aprendizaje.

6. EVALUACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Durante el desarrollo de este proyecto se pueden destacar algunos aspectos que contribuyeron a su finalización parcial.

Se resalta el apoyo de compañeras, amigos y familiares, la asesoría de personas externas al proyecto y el interés, disposición y búsqueda constante de elementos, datos y demás información articulada en este modelo.

De otro lado se reconocen algunos aspectos que implicaron esfuerzos adicionales, nuevas búsquedas y replanteamientos en cuanto a la planeación, cronograma y desarrollo general del proyecto, tales como demora en la entrega de protocolos de intervención de los profesionales del equipo interdisciplinario, y cambios en asesoría general.

De igual forma anotamos que no fue posible concretar e incluir el protocolo de intervención de medicina, ni el de terapia física.

7. RECURSOS

7.1 HUMANOS:

Niños y demás personas que integran el programa de hiperactividad del CSP y el HUSVP, asesores de práctica y proyecto, colaboradores independientes.

7.2 INSTITUCIONALES:

- Centro de Servicios Pedagógicos, Facultad de Educación, Universidad de Antioquia.
- Hospital Universitario San Vicente de Paúl

7.3 MATERIALES:

Textos, revistas, Internet y demás fuentes bibliográficas.

8. RECOMENDACIONES

Realizar una evaluación general de este proyecto, después de una año de su implementación, con el fin de identificar fortalezas y debilidades y hacer las correcciones pertinentes.

Se recomienda la ampliación de este modelo, considerando otras edades y grupos escolares.

Se sugiere que todos los niños que asisten al programa se encuentren integrados al aula regular, lo cual no sólo se hará atendiendo a los requerimientos de la ley 361 de Febrero 7 de 1996 y el decreto 2082 del 18 de Noviembre de 1997; sino que, será un elemento importante para favorecer el desarrollo integral de los niños.

Para realizar un efectivo trabajo interdisciplinario es indispensable establecer canales efectivos de comunicación entre todas las personas que atienden al niño, por tal motivo se recomienda que se realicen reuniones periódicas en las

que participe todo el equipo interdisciplinario, fijar una cartelera de información en el lugar donde se hacen las intervenciones y utilizar medios de comunicación escrita como actas de reunión, comunicados, remisiones y protocolos entre otros.

Las personas que atienden al niño, deben permanecer en constante observación, evaluación y reflexión frente al proceso del niño, determinando la pertinencia o no de que continúe en el programa o de que reciba otro tipo de apoyo.

Se propone que las personas que harán la intervención con los niños reciban la capacitación necesaria para viabilizar, cualificar y optimizar su intervención y tengan acceso a la información existente sobre cada niño.

Se propone la revisión periódica y conjunta de los casos que ameriten estudio específico; esto con el fin de enriquecer las intervenciones por parte de los diferentes profesionales.

Es pertinente considerar el espacio físico como un aspecto importante dentro de la dinámica de los niveles, por tanto debe ser un espacio seguro, iluminado, sin distractores, aseado y permanente, esto para asegurar un ambiente acorde a los requerimientos de los asistentes al programa.

9. CONCLUSIONES

La elaboración de este modelo permitió confrontar la teoría con la práctica, encontrando que estos aspectos fueron indispensables para la estructuración del programa de TDAH y el diseño de la propuesta de evaluación pedagógica.

Es difícil encontrar en el medio información actualizada sobre el TDAH; más aún, cuando se aborda el tema de la evaluación, ya que este aspecto ha sido debatido a través de la historia y hasta el momento no existe una prueba única, válida y confiable que asegure el diagnóstico.

Este modelo recopila información teórico-práctica y propone aspectos relevantes que sustentan, ilustran y nutren las intervenciones con los niños que asisten al programa de TDAH del CSP y el HUSVP.

En el momento de la indagación a nivel de las diferentes evaluaciones que se aplicaban para diagnosticar, ubicar e intervenir a los niños con TDAH, se observaron grandes carencias en cuanto a protocolos, objetivos, organización

y distribución de dicha población, al interior del programa desarrollado en el HUSVP.

Se observó la necesidad de unificar criterios para el ingreso, promoción, egreso y permanencia de los niños dentro del programa, con el fin de ser más objetivos al momento de la intervención.

A lo largo del proceso pudo verse la importancia de la experiencia pedagógica con la población abordada, ya que esto permitió tener una visión real de los niños, las mamás y el equipo interdisciplinario. Así mismo, puede concluirse la necesidad de establecer comunicación con las demás personas e instituciones que asisten al niño, reivindicando así su integralidad, dando coherencia entre las intervenciones y unificando las estrategias de intervención que favorezcan su desarrollo.

La elaboración de este modelo permitió también reconocer que la evaluación, el seguimiento, la observación permanente, la acción efectiva del equipo interdisciplinario y la participación y capacitación a la familia, son elementos fundamentales en el proceso de formación de los niños.

Durante el desarrollo de este modelo se encontraron elementos que sustentaban la necesidad de aclarar el diagnóstico de cada niño,

considerando que predominará el TDAH no otro trastorno mental o sensorial, con el fin de puntualizar los objetivos para cada intervención.

Como docentes concluimos que en el campo educativo es indispensable escribir, investigar y en especial arriesgarse a hacer propuestas partiendo de problemas planteados con base en la labor que se desarrolla y en situaciones propias de contextos específicos, buscando así mejorar no sólo la labor docente, sino aumentar sus conocimientos y dar aportes teórico-prácticos en el campo pedagógico, reconociendo que toda propuesta esta sujeta a cambios y modificaciones, pero que a la vez puede ser un punto de partida para nuevas propuestas, proyectos e investigaciones.

Tanto a nivel pedagógico como personal consideramos fundamental reconocer al niño con TDAH como una persona integra con capacidades, habilidades, deseos y aptitudes, para desmitificar la creencia popular de "niño problema" dada, tal vez por la poca teoría, por la dificultad en el diagnóstico o por el uso inadecuado del término. Enfocando la interacción en el desarrollo de sus potencialidades y teniendo una visión optimista de estos niños, recordando que muchas personas han recibido el diagnóstico de TDAH, fueron reconocidas y famosas por sus aportes en diferentes campos, tal es el caso de Albert Einstein, Jhon Lennon, Galileo Galiley, Jhon F. Kennedy, Robert Williams y Simón Bolívar entre otros.

GLOSARIO

Anóxia: Insuficiencia del suministro de oxígeno a los tejidos, a pesar de perfusión adecuada de los tejidos por sangre; suele emplearse como sinónimo de hipoxia, para indicar disminución del aporte de oxígeno.

Atelectasia: expansión incompleta del pulmón o de una parte del pulmón, que ocurre de manera congénita como estado primario o secundario, o como enfermedad congénita adquirida. Falta de aire del pulmón que antes estaba dilatado.

Benzedrine: nombre comercial de compuestos de sulfato de anfetamina.

Catecolamina: miembro de un grupo de compuestos semejantes que tienen acción simpatomimética, en los cuales la porción aromática de la molécula es catecol y la porción alifática es una amina. Incluyen dopamina, noradrenalina y adrenalina.

Corteza cerebral: capa fina de sustancia gris que forma la superficie del hemisferio cerebral; está plegada en gran número de circunvoluciones y tiene aproximadamente los dos tercios de su superficie ocultos en las cisuras. Integra las funciones mentales, los movimientos generales, las funciones viscerales, la percepción y las reacciones del comportamiento.

Diencefálico: perteneciente o relativo al diencefalo.

Diencefalo: porción posterior del prosencefalo que consta de hipotálamo y talamo, el subtálamo suele dividirse como división neta.

Diabetes Mellitus: trastorno complejo del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas debido fundamentalmente a una falta relativa o absoluta de secreción de insulina por parte de las células beta del páncreas.

Disfunción Cerebral mínima: termino diagnóstico por niños y adolescentes que tienen algunas deficiencias en el sistema nervioso central y presenta trastornos de la conducta y la capacidad de aprendizaje; muestran hipercinesia, son distraídos, emocionalmente inestables, tiene poca coordinación, pero la inteligencia es normal o supranormal y no hay signos mayores de perturbación neurológica ni psiquiátrica.

Distocia: parto normal debido a una o varias de las siguientes causas: falta de potencia expulsiva por parte del útero, obstrucción o contracción del canal del parto y anomalías en el tamaño, posición o forma del feto.

Dopa: aminoácido producido por oxidación de la tirosina por la tirosinasa; es precursor de la dopamina y producto intermedio en la biosíntesis de noradrenalina, adrenalina y melanina.

Dopamina: fórmula: $C_8H_{11}NO_2$. monoamina formada en el cuerpo por descarboxilación de la dopa; es producto intermedio en la síntesis de noradrenalina y actúa como neurotransmisor en el sistema nervioso central.

Encefalitis letárgica: forma de encefalitis epidémica, tipo original descrito por Von Economo, caracterizada por languidez creciente, apatía y somnolencia, que llega al letargo.

Escalatina: Fiebre escarlata. Enfermedad contagiosa aguda propia de la infancia, causada por un estreptococo hemolítico A productor de eritrotoxinas. Se caracteriza por dolor de garganta, fiebre, engrasamiento de los ganglios linfáticos del cuello, postración y erupción roja brillante difusa.

Lóbulo frontal: parte anterior del hemisferio cerebral que se extiende desde el polo frontal hasta el surco ventral.

Noradrenalina: es una de las catecolaminas naturales; neurohormona liberada por los nervios adrenérgicos posganglionares, que es el neurotransmisor principal de las neuronas adrenérgicas, con actividad principalmente adrenérgica alfa pero algo de adrenérgica beta.

Rubéola: enfermedad contagiosa de origen vírico, caracterizada por fiebre, síntomas de enfermedad del tracto respiratorio superior, engrasamiento de los ganglios linfáticos, erupción difusa, fina y roja de tipo maculopapular.

TDAH: Trastorno con Déficit de Atención e Hiperactividad.

Toxemia: sufijo que significa sustancia tóxica en la sangre, ectotoxemia, gonotoxemia, ofiotexemia. Presencia de toxinas en la corriente sanguínea. Denomida también intoxicación de la sangre (preclampsia).

Toxoplasmosis: Infección relativamente frecuente debida a un protozoo intracelular paracitario, el toxoplasma gondii, se caracteriza en la forma congénita por la participación cerebral hepática, con calcificaciones, convulsiones, ceguera, microcefalia o hidrocefalia y retraso mental. La forma adquirida se caracteriza por erupción, linfadenopatías, fiebre, malestar general, trastorno del sistema nervioso central, miocarditis y neumonitis.

BIBLIOGRAFÍA

BATISTA, Nee. Integración Escolar e Hiperactividad.

CASTAÑEDA, Seledonio. Bases Psicopedagógicas en Educación Especial.

POSADA G., Sara Y CASTILLO P., Henry. A Propósito de la Hiperactividad.
Revista: Universidad de San Buenaventura. Medellín No. 4. Diciembre
1995; páginas 17-21. ISSN 0121-7887.

Marcos generales y programas curriculares de Preescolar y Primer Grado de
Básica Primaria.

POLAINO L., Aquilino. Manual de Hiperactividad. 1997 Unión Editorial S.A.

RODRÍGUEZ GUZMAN, Lucía. Rodríguez Guzmán, Fernando. Vega Varela,
Lourdes. Gallardo, Juan. Documento ponencia presentada en el XI
Encuentro Nacional de Investigación Educativa del IMCED.
"Consideraciones Interdisciplinarias e intermetodológicas de la
Investigación Educativa".

ANEXOS

ANEXO 1

ESCALA CONNERS

CUESTIONARIO PARA EL PROFESOR

NOMBRE DEL NIÑO:

Fecha :

Por favor responda todas las preguntas, colocando al lado de cada ítem la señal (X) según el grado de dificultad del problema.

- | | Nunca | Pocas veces | Algunas veces | Muchas veces |
|--|-------|-------------|---------------|--------------|
| 1. Inquieto (retuerce el cuerpo).___ | | | | |
| 2. Hace ruidos inapropiados cuando no debe. ___ | | | | |
| 3. Sus demandas deben ser satisfechas inmediatamente. ___ | | | | |
| 4. Actúa en forma insolente u hostigosa. ___ | | | | |
| 5. Ataques de rabia y conducta impredecible. ___ | | | | |
| 6. Muy sensible a la crítica. ___ | | | | |
| 7. Problemas de distractibilidad o tiempo de atención. ___ | | | | |
| 8. Molesta a otros niños. ___ | | | | |
| 9. Sueña despierto. ___ | | | | |
| 10. Frunce el ceño y está de mal humor. ___ | | | | |
| 11. Cambio de ánimos bruscos y rápidos. ___ | | | | |
| 12. Buscapleitos. ___ | | | | |

13. Actitud sumisa ante la autoridad.
14. Inquieto, siempre listo a actuar.
15. Excitable, impulsivo.
16. Demanda excesivamente la atención del profesor.
17. Parece ser poco aceptado por el grupo.
18. Se deja llevar fácilmente por otros niños.
19. No sabe lo que es el juego justo.
20. Parece faltarle capacidad de liderazgo.
21. No termina las cosas que empieza.
22. Infantil e inmaduro.
23. Niega los errores o culpa a otros.
24. No se lleva bien con otros niños.
25. No coopera con sus compañeros.
26. Sus esfuerzos se ven fácilmente frustrados.
27. No coopera con el profesor.
28. Dificultades de aprendizaje.

ANEXO 2

CRITERIOS DEL DSM-IV PARA EL DIAGNÓSTICO DE DEFICIENCIA DE LA ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Criterio A:

1. Inatención: seis síntomas presentes por lo menos durante seis (6) meses.

- Incapacidad para atender a los detalles durante las tareas escolares o en otras actividades.
- Con frecuencia tiene dificultad para concentrarse en las tareas o en los juegos.
- Con frecuencia parece no escuchar.
- Dificultad para seguir instrucciones y con frecuencia es incapaz de terminar las tareas escolares o laborales en su sitio de trabajo, (no es atribuible a comportamiento oposicional o desafiante, ni a problemas de comprensión verbal).
- Dificultad para organizar sus tareas o actividades.
- Con frecuencia evita, le disgusta o le repugna comprometerse en tareas que requieren atención sostenida o esfuerzos mentales.
- Con frecuencia pierde o extravía los útiles u objetos necesarios para realizar sus tareas o participar en juegos.
- Se distrae con facilidad por estímulos irrelevantes.
- Es olvidadizo en las actividades de la vida diaria.

1. Hiperactividad: seis o más de los siguientes síntomas durante por lo menos seis (6) meses:

- Movimientos frecuentes de las manos y los pies mientras está sentado.
- Se levanta del puesto con frecuencia durante las clases o en otras situaciones que requieren permanecer sentado.
- Corretea y trepa con frecuencia en momentos y situaciones inapropiadas. En adultos o adolescentes puede manifestarse como sensación permanente de inquietud.
- Dificultad para jugar con tranquilidad o para relajarse en situaciones de ocio o reposo.
- Parece permanente "en marcha" o como si tuviera "un motor por dentro".
- Habla excesivamente y de cuestiones no relevantes.

IMPULSIVIDAD

- Con frecuencia contesta o actúa antes que se le terminen de hacer preguntas.
- Dificultad para guardar o respetar turnos.
- Con frecuencia interrumpe las actividades o las conversaciones de los demás.

Criterio B:

Algunos de los síntomas de INATENCIÓN, HIPERACTIVIDAD, IMPULSIVIDAD deben estar presentes antes de los siete años.

Criterio C:

Algunas de las alteraciones o síntomas deben estar presentes en dos o más lugares (escuelas, hogar, campo de juego, etc.)

Criterio D:

Debe haber una evidencia clara de alteración clínica significativa a nivel de la interacción social, el rendimiento académico o laboral.

Criterio E:

Los síntomas no son debidos a trastorno "pervasivo" del desarrollo, esquizofrenia o trastorno psicótico o cualquier otra alteración mental, incluyendo trastornos del estado de ánimo, de la ansiedad, trastorno disociativo o de la personalidad.

TIPOS:

1. TIPO MIXTO (TDAH): A1 + A2
2. TIPO INATENCIÓN (TDA): A1
3. TIPO HIPERACTIVO-IMPULSIVO: A2

TRASTORNO DE ATENCIÓN CON SUPERACTIVIDAD INESPECÍFICO:

No reúne los criterios mínimos suficientes para ninguno de los anteriores diagnósticos, pero hay suficientes síntomas para hacer notorio el comportamiento del niño en la escuela o en la casa.

ANEXO 3.

BASC

ESCALA PARA MAESTROS (4 - 5 años). C. Reynolds & R. Kamphaus

Nombre del niño
nombres primer apellido segundo apellido
Nombre del Maestro
Fecha : Fecha de Nacimiento..... Edad
Escuela..... Grado
Sexo: M... F. . . . ¿Hace cuánto conoce al niño ?

Instrucciones

En ambos lados de este cuestionario hay frases que describen la manera **como** un niño(a) pudiera aduar. Por favor lea cada frase y marque la respuesta que mejor describa la forma **como ha** estado actuando el niño en **los últimos seis meses**. Si el niño(a) ha tenido cambios durante este período, describa entonces la conducta **más reciente**. Por favor marque cada ítem. Si usted no sabe o tiene dudas, señale una respuesta aproximada. Antes de Comenzar llene toda la información solicitada en la parte superior de la página.

Encierre la letra N en un círculo si la conducta nunca ocurre

Encierre la letra V en un círculo si la conducta ocurre a veces

Encierre la letra F en un círculo si la conducta ocurre frecuentemente (a menudo)

Encierre la letra S en un círculo si la conducta ocurre casi siempre.

- | | | |
|---|---------|--|
| 1. Intenta cosas nuevas | N V F S | 24. Cambios bruscos de estado de ánimo. |
| 2. Intimida a los otros | N V F S | 25. Tartamudeo. |
| 3. Se preocupa | N V F S | 26. Tiene problemas auditivos |
| 4. Tiene poca atención | N V F S | 27. Golpetea con los pies o con el lápiz. |
| 5. Mirada perdida (elevado) | N V F S | 28. Comparte sus útiles con otros niños |
| 6. Manifiesta estar cansado | N V F S | 29. Interrumpe el juego de los otros niños. |
| 7. Grita en las actividades de grupo | N V F S | 30. Busca la atención de los adultos. |
| 8. Tiene sentido del humor | | 31. Tiene problemas de concentración |
| 9. Infecciones en los oídos | | 32. Juega con sus genitales. |
| 10. Rehusa a participar en actividades de grupo | | 33. Dice «nadie me quiere» |
| 11. Se queja si se le pide hacer cosas nuevas | | 34. Grita.. |
| 12. Le impone las reglas a los demás. | | 35. Motiva a otros para hacer las cosas bien. |
| 13. Come uñas | | 36. Se queja de dolores |
| 14. Hace rabietas | | 37. Se rehusa a hablar |
| 15. Tiene ideas extrañas | | 38. Tiene problemas para cambiar de una tarea a otra |
| 16. Se ve triste | | 39. Golpea a los otros niños |
| 17. Habla demasiado duro. | | 40. Es nervioso. |
| 18. Dice«por favor» y «gracias» | | 41. Es olvidadizo |
| 19. Se queja de frío | | 42. Ve cosa que no son reales. |
| 20. Problemas para conseguir amigos | | 43. Se queja de que lo molestan |
| 21. Discute con los amigos | | 44. Molesta a otros niños cuando están trabajando |
| 22. Tiene problemas visuales | | 45. Ofrece ayuda a otros niños. |
| 23. Intenta autoagredirse. | | 46. Tiene fiebres. |
| 47. Es tímido con los adultos | N V F S | 77. Se balancea durante periodos largos. N V F S |

BASC**ESCALA PARA MAESTROS (8 - 11 años). C. Reynolds & R. Kamphaus**

Nombre del niño

nombres primer apellido segundo apellido

Nombre del Maestro

Fecha : Fecha de Nacimiento..... Edad..

Escuela..... Grado...

Sexo: M.... F. . . . ¿Hace cuánto conoce al niño ?

Instrucciones

En ambos lados de este cuestionario hay frases que describen la manera **como un niño(a) pudiera actuar. Por favor teja cada frase y marque la respuesta que mejor describa la forma como ha estado actuando el niño en los últimos seis meses. Si el niño(a) ha tenido cambios durante este período, describa entonces la conducta más reciente. Por favor marque cada ítem. Si usted no sabe o tiene dudas, señale una respuesta aproximada. Antes de Comenzar llene toda la información solicitada en la parte superior de la página.**

Encierre la letra N en un círculo si la conducta nunca ocurre

Encierre la letra V en un círculo si la conducta ocurre a veces

Encierre la letra F en un círculo si la conducta ocurre frecuentemente (a menudo)

Encierre la letra S en un círculo si la conducta ocurre casi siempre.

- | | | | |
|---|---------|--|---------|
| 1. Se adapta bien a los nuevos profesores | N V F S | 25. Dice : «por favor y Gracias» | N V F S |
| 2. Discute cuando no le siguen la corriente | N V F S | 26. Se queja de asfixia | N V F S |
| 3. Come uñas | N V F S | 27. estudia con compañeros | |
| 4. Se rinde fácilmente durante el aprendizaje de cosas nuevas | N V F S | 28. Evita competir con otros niños. | |
| 5. Mirada perdida (elevado) | N V F S | 29. Culpa a los demás. | |
| 6. No se preocupa por los sentimientos de los demás | N V F S | 30. Ve cosas que no son reales. | |
| 7. Parece desmotivado mucho tiempo si se le cancela su actividad favorita | N V F S | 31. Hace trampas en los exámenes y en los trabajos escolares | |
| 8. Hace las tareas a la carrera. | | 32. Se queja de que los demás lo molestan | |
| 9. Asiste a actividades extracurriculares | | 33. Habla demasiado duro. | |
| 10. No termina los exámenes | | 34. Intimida a los demás. | |
| 11. Ofrece ayuda voluntariamente. | | 35. Busca atención mientras hace las tareas. | |
| 12. Se queja de frío. | | 36. Motiva a otros para hacer las cosas bien. | |
| 13. Lee los capítulos asignados | | 37. Analiza bien los datos antes de comenzar a resolver un problema. | |
| 14. Se niega a hablar | | 38. Es terco. | |
| 15. Se orina o da del cuerpo en los pantalones. | | 39. Destruye las cosas de otros niños. | |
| 16. Amenaza con herir a los demás | | 40. Es nervioso | |
| 17. Se preocupa por las cosas que no pueden modificarse. | | 41. No pone atención a las lecciones.. | |
| 18. Se distrae fácilmente durante los trabajos en clase | | 42. Come cosas que no son comida. | |

19. Intenta autoagredirse
20. Se vuela de la clase.
21. Dice : « no tengo amigos»
22. Molesta a los demás durante las clases.
23. Es creativo
24. Comete errores por descuido N V F S
49. Se queja de su salud N V F S
50. Hace trabajos extras para mejorar sus calificaciones. N V F S
51. Juega solo
52. tartamudea.
53. Es contestón con los profesor* s.
54. Dice : « me da miedo cometer errores»
55. Los periodos de atención son muy cortos..
56. Parece fuera de la realidad.
57. Roba en el colegio.
58. Dice : «nadie me quiere»
59. Actua sin pensar.
60. Toma decisiones con facilidad.
61. Pierde materias en el colegio.
62. Halaga a los demás.
63. Se queja de calor
64. trabaja bien aún en las materia que no le gustan
65. Evita a los otros niños.
66. Le impone las reglas a los demás
67. Juega con el agua del inodoro
68. Se queja de lo que hace la policía y las autoridades.
69. Dice : «nadie me entiende»
70. Grita en clases.
71. Crítica a los demás.
72. Toma medicamentos.
73. Trata de lograr lo mejor de los demás.
74. Tiene confianza en sí mismo antes de los exámenes.
75. Se ajusta bien a los cambios en la rutina..
76. Le pone apodos a los demás.
77. Es temeroso.
78. Tiene problemas de concentración.
79. Se queja de incapacidad para bloquear pensamientos no deseados
80. Se ha fugado del colegio
81. Lloro fácilmente.
43. Tiene que quedarse castigado én el colegio.
44. Cambia fácilmente de estado de estado de ánimo
45. golpetea con los pies o el lápiz.
46. Tiene muchas ideas.
47. Dice que los libros son difíciles de entender.
48. Tiene sentido del humor.
89. Acepta sus fracasos N V F S
90. Alardea. N V F S
91. Muestra inseguridad antes de los exámenes N V F S
92. Escucha atentamente.
93. Mastica la ropa o las cobijas..
94. Es vulgar en su lenguaje.
95. Se altera fácilmente.
96. Hace ruidos o sonidos fuertes cuando juega.
97. motiva a los demás para trabajar juntos..
98. Tiene problemas con las matemáticas.
99. Felicita a los demás cuando les pasa cosas buenas.
100. Se enferma.
101. Termina las tareas
102. Tiene problemas para hacer nuevos amigos.
103. Molesta a los demás.
104. Repite lo mismo una y otra vez.
105. Tiene problemas en la lectura.
106. Tiene convulsiones.
107. Hace las cosas a la carrera.
108. Hace pataletas.
109. Canturrea constantemente.
110. Sugiere las cosas sin ofender a los demás
111. Pide Compensar las asignaturas perdidas.
112. Tolera bien la frustración.
113. Se queja de las reglas.
114. Se enferma antes de los exámenes.
115. Olvida las cosas.
116. Escucha cosas que no son reales.
117. Ha sido suspendido del colegio.
118. Es triste.
119. Es el payaso de la clase.
120. Trabaja bien bajo presión.
121. Tiene mala caligrafía (letra fea).

82. Interrumpe las conversaciones de los demás.
83. Da sugerencias adecuadas para resolver problemas.
84. Tiene problemas con la ortografía. *
85. Pide ayuda con cortesía
86. Se queja de dolores.
87. Lee.
88. Es el último que escogen en los juegos.
129. Escucha las instrucciones
130. Tiene soliloquios <habla solo> sin sentido.
131. Tiene amigos con problemas.
132. Dice : « me gustaría morirme» u «ojalá estuviera muerto»
133. Es demasiado inquieto.
134. Pertenece a clubes u organizaciones.
135. Completa las tareas de manera incorrecta por no seguir las instrucciones.
136. Se ofrece a ayudar a los demás.
137. Tiene fiebres.
138. Usa la biblioteca del colegio.
122. Admite sus errores.
123. Tiene dolores de cabeza.
124. Tiene buenos hábitos de estudio.
125. Es tímido con los adultos.
126. Tiene Problemas para cambiar de una tarea a otra.
127. Golpea a otros niños.
128. Dice : « no sirvo para esto»
139. Se niega a participar en actividades de grupo.
140. Es un mal perdedor..
141. Tiene ideas raras.
142. Tiene problemas visuales.
143. Tiene problemas auditivos.
144. No espera turnos.
145. Es elegido como líder.
146. Se balancea constantemente por períodos largos.
147. Se interesa por las ideas de los demás
148. Es organizado.

* En la lectura y la escritura en español el deletreo es suprimido a partir del 2do año.

ANEXO 4.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL CENTRO DE SERVICIOS PEDAGÓGICOS PROGRAMA DE TDAH PROPUESTA DE EVALUACIÓN PEDAGÓGICA

NOMBRE DEL NIÑO:

EDAD:

FECHA DE EVALUACIÓN:

PERSONA(S) QUE EVALÚA(N):

GRUPO AL QUE SE REMITE:

ESCUELA EN LA QUE SE ENCUENTRA INTEGRADO:

DIRECCIÓN Y TELÉFONO:

GRADO ESCOLAR:

NOMBRE MAESTRO(A) INTEGRADOR(A):

NOMBRE DIRECTOR ESCUELA:

SIGNOS CONVENCIONALES

SLH	Si lo hace.
LHP	Lo hace parcialmente sin apoyo.
LHT	Lo hace totalmente influenciado o con apoyo.
NLH	No lo hace.

EVALUACIÓN PEDAGÓGICA
HIPERACTIVIDAD 1
EDAD APROXIMADA: 4 - 6 años.

HABILIDADES COGNITIVO-COMPORTAMENTALES	SLH	LHP	LHT	NLH
1. Centra su atención en actividades propuestas.				
2. Se concentra en una actividad más de cinco minutos.	r			
3. Memoriza nombres, frases, canciones y relatos cortos.	X			
4. Manifiesta cansancio al realizar actividades.	X			
5. Presenta rabietas o conductas impredecibles.				
6. Grita repentinamente o hace ruidos inapropiados.	..			
7. Es agresivo con otros o consigo mismo.	...			
8. Cambia de ánimo repentinamente.	X			
9. Se muestra inseguro, nervioso o tímido.	X			
10. Demanda excesivamente la atención de otros.	X			
11. Asume funciones de liderazgo.	- -			
12. Es muy sensible a la crítica o se frustra fácilmente.				
13. Molesta a otros niños.				
14. Es impulsivo y emotivo.	X			
15. Termina las actividades antes que los demás.				
16. Cooperación en las labores del hogar.		X		

17. Se integra en juegos y actividades grupales.	X			
18. Comprende algunas normas establecidas.	X			
19. Sigue instrucciones simples.	X			
20. Se mueve permanentemente.	--			
21. Intenta cosas nuevas	X			
22. Cambia repentinamente de actividad.	—			
HABILIDADES ACADÉMICAS				
1. Identifica seres vivos y no vivos.				
2. Relaciona causa y efecto de acontecimientos simples.				
3. Reconoce secuencias de tiempo y duración de los sucesos.				
4. Discrimina formas de los objetos (círculo, triángulo, cuadrado).				
5. Reconoce los colores primarios.				
6. Diferencia tamaños (grande, pequeño mediano)				
7. Reconoce diferentes posiciones espaciales (arriba, abajo, adelante, atrás, sobre, antes), tomando como referencia su cuerpo.				
8. Clasifica elementos bajo un criterio (forma, tamaño o color).				
9. Establece relaciones de correspondencia término a término.				
10. Hace seriaciones bajo un criterio (forma, tamaño o color).				
11. Reconoce números naturales del uno al diez y asocia cantidades.				

12.Utiliza cuantificadores (mucho, poco, algunos).				
13.Resuelve problemas y situaciones simples (conseguir un recurso, alcanzar un objeto).				
14.Identifica vocales.				
15.Utiliza estrategias de lectura (predicción, anticipación, inferencia).				
16.Comprende lo que se lee.				
17.Escribe su nombre.				
18.Establece diferencias y semejanzas entre dos objetos.				
19.Realiza actividades de mesa.				
HABILIDADES COMUNICATIVAS				
1. Comprende mensajes orales sencillos.				
2. Describe situaciones, objetos y personas.				
3. Utiliza lenguaje oral y gestual para comunicarse.				
4. Habla a un ritmo moderado.				
5. Incorpora nuevas palabras a su vocabulario.				
HABILIDADES MOTRICES				
1. Ejecuta movimientos finos con presencia del modelo.				
2. Manipula útiles escolares.				
3. Ejecuta trazos coordinados.				
4. Colorea figuras grandes reconociendo sus límites.				

5. Utiliza espacios demarcados.				
6. Disocia movimientos gruesos.				
7. Controla movimientos exagerados.				
8. Corre con coordinación.				
9. Expresa y representa corporalmente sus emociones.				
10. Discrimina derecha - izquierda.				

EVALUACIÓN PEDAGÓGICA

HIPERACTIVIDAD 2

EDAD APROXIMADA: 6 - 8 años.

HABILIDADES COGNITIVO COMPORTAMENTALES	SLH	LHP	LHT	NLH
1. Mantiene la atención en una actividad propuesta.				
2. Se concentra en una actividad más de 15 minutos.				
3. Memoriza frases, canciones, relatos y cuentos.				
4. Manifiesta cansancio para evadir responsabilidades.				
5. Presenta rabietas o conductas impredecibles.				
6. Grita repentinamente o hace ruidos inapropiados.				
7. Es agresivo con otros o consigo mismo.				
8. Cambia de animo repentinamente.				
9. Se muestra tímido, nervioso o inseguro ante otros.				
10. Demanda excesivamente la atención de otros.				
11. Asume funciones de liderazgo.				
12. Es muy sensible a la crítica o se frustra fácilmente.				
13. Molesta a otros niños.				

14. Controla impulsos y emociones en actividades diversas.				
15. Terminan las actividades antes que otros.				
16. Cumple con responsabilidades al interior del hogar.				
17. Participa activamente en actividades grupales.				
18. Propone, justifica y respeta normas.				
19. Sigue instrucciones complejas.				
20. Le cuesta dificultad estar quieto.				
21. Tiene iniciativa e intenta cosas nuevas.				
22. Constantemente quiere cambiar de actividad.				
HABILIDADES ACADEMICAS				
1. Identifica los reinos de la naturaleza y su funcionalidad.				
2. Premedita la consecuencia de acciones.				
3. Sigue rutinas teniendo en cuenta tiempo, lugar y espacio.				
4. Identifica figuras geométricas.				
5. Discrimina colores primarios y secundarios.				
6. Establece relaciones entre objetos de diferentes tamaños.				
7. Ubica espacialmente los objetos en relación con su cuerpo y con otros objetos.				
8. Reúne y separa colecciones de objetos (teniendo en cuenta varios criterios).				
9. Establece correspondencias biunívocas.				

10. Hace seriaciones bajo varios criterios.				
11. Reconoce el valor posicional de números de dos dígitos.				
12. Utiliza signos matemáticos básicos.				
13. Resuelve problemas compuestos.				
14. Reconoce vocales y consonantes (grafema, nombre, fonema).				
15. Utiliza estrategias de lectura (predicción, anticipación, inferencia, muestreo).				
16. Lee textos cortos.				
17. Realiza producciones escritas.				
18. Reconoce diferencias y semejanzas entre dos o más objetos.				
19. Realiza actividades de mesa hasta terminar.				
HABILIDADES COMUNICATIVAS.				
1. Comprende mensajes orales o escritos (palabras, señales, símbolos, signos).				
2. Describe situaciones, objetos y personas detalladamente y coherentemente.				
3. Utiliza una comunicación efectiva.				
4. Habla a un ritmo moderado y utiliza un tono de voz adecuado.				
5. Amplía permanentemente su repertorio lingüístico.				

HABILIDADES MOTRICES				
1. Ejecuta movimientos finos siguiendo instrucciones y sin presencia del modelo.				
2. Cuida y manipula hábilmente materiales, objetos y útiles escolares.				
3. Ejecuta trazos coordinados en diferentes direcciones.				
4. Colorea figuras grandes y pequeñas, conservando la misma intensidad.				
5. Usa renglón y respeta límites.				
6. Disocia movimientos gruesos y finos.				
7. Controla movimientos exagerados e inhibe los innecesarios.				
8. Corre, pateo y lanza objetos coordinadamente.				
9. Expresa y representa corporalmente emociones. Puede imitar a otros.				
10. Discrimina derecha e izquierda en su propio cuerpo y en objetos externos.				

DESCRIPCIÓN CUALITATIVA

Fecha:

1. Observaciones (adaptación, cooperación, esfuerzo, actitud, espontaneidad, iniciativa, estado anímico, ansiedad y respuesta ante logros y fracasos, en la situación de evaluación):

2. Descripción de la atención del niño (atención a detalles, manejo de la información, voluntad, atención sostenida, cambios frecuentes de actividad):

3. Niveles de concentración (permanencia en una actividad, escucha y seguimiento de ordenes, errores por descuido, esfuerzos mentales, distractibilidad, resistencia a la fatiga):

4. Memoria (a corto, mediano y largo plazo):

5. Actividad Motora (movimientos repetitivos o exagerados, permanencia sentado, ritmo en desarrollo de actividades, movimientos finos y gruesos, manejo del esquema corporal):

6. Impulsividad (contesta precipitadamente, respeta turnos, interrumpe inoportunamente, predicción del efecto de acciones):

7. Aspectos personales (autoestima, autocuidado, autocontrol, autoreflexión):

8. Relaciones interpersonales (agresividad, relación con niños, relación con adultos, juego):

9. Consideraciones sobre habilidades académicas (áreas fuertes y débiles, dificultades en, o, para el aprendizaje):

10. Consideraciones sobre habilidades comunicativas (comprensión de información, expresión de pensamientos y sentimientos):

Apoyos y adaptaciones que requiere el niño:

Pertinencia de su continuidad en el nivel:

SI

NO

PORQUE:

ANEXO 5.
PROTOCOLO DE NIÑOS

FECHAS DE CITAS

NOMBRE

EDAD

FECHA DE NACIMIENTO

TELÉFONO

MOTIVO DE CONSULTA

REMITIDO POR:

1. HISTORIA DEL DESARROLLO

- SOSTUVO LA CABEZA
- SÉNTO
- GATEO
- CAMINÓ
- DESARROLLO DEL LENGUAJE
- CONTROL DE ESFINTERES
- CONTROL DEL SUEÑO
- ACTIVIDADES BÁSICAS COTIDIANAS

1. NIVEL DE DESARROLLO SOCIAL
2. MANEJO DE AUTORIDAD POR PARTE DE LOS PADRES
3. DESEMPEÑO ESCOLAR
4. PRUEBAS APLICADAS
5. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICAS
6. ASPECTOS A INTERVENIR

ANEXO 6.

**HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA, FÍSICA Y REHABILITACIÓN
FONOAUDIOLÓGÍA**

**PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEL LENGUAJE
PARA NIÑOS HIPERACTIVOS**

REALIZADO POR:

EDAD:

ESCOLARIDAD:

FECHA:

ASPECTO COMPORTAMENTAL (En el consultorio, en la casa, en la guardería,
preescolar y escuela):

ASPECTO PSICOSOCIAL (Tipo de ambiente que rodea al niño):

NIVEL DE SOCIALIZACIÓN: Interacción con la familia, con adultos, con niños.

NIVEL DE ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN EN DIFERENTES ACTIVIDADES
(TV, juegos, realización de tareas, etc.)

LENGUAJE:

Comprensivo: (Comprensión de situaciones y estados de ánimo):

Comprensión de órdenes simples, semicomplejas y complejas:

Reconocimiento de esquema corporal (en si mismo, en otros):

Reconocimiento de objetos según vocabulario de categorías semánticas y su utilidad:

Reconocimiento y justificación de absurdos, verbales y visuales:

Narración de cuentos o historietas de dos, tres, cuatro o cinco secuencias:

Comprensión de preguntas de un tema específico (conversación espontánea):

EXPRESIVO:

Etapa prelingüística o lingüística en que se encuentra:

FONOLÓGICO:

Ejecución de praxias orolinguales:

Test de articulación

	1	M	F
O			
S			
B			

OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES:

ANEXO 7.

m EVALUACIÓN FUNCIONAL

	31		Nº3	TIEMPO
	COMPLETO	INCOMPLETO		
FIJACIÓN VISUAL				t >V -i L-
SEGUIMIENTO VISUAL: Plano Horizontal				
Plano Vertical				
Plano Transverso				
Plano circular			X	

CONVERGENCIA: 31 _____ NO.

DIVERGENCIA: SI _____ NO

OBSERVACIONES

Preferencia Dominancia	Derecha	Izquierda
Ojo	V	
Mano	V	
Pie	r	
Oído		

ACTIVIDAD REFLEJA

NIVEL ESPINAL (0-2 meses)	Presente	Ausente	Vestigio	Integrado
Retirada de flexor				
Empuje extensor				
Extensión cruzada uno				
Extensión cruzada dos				

NIVEL TALLO CEREBRAL	Presente	Ausente	Vestigio	Integrado
Tono asimétrico de la nuca (2-7 meses)				
Tono simétrico de la nuca flexión				
Tono simétrico de la nuca extensión				
Tono laberíntico supino (2-4 meses)				
Tono laberíntico en prono(0-3 Meses)				
Reacciones Asociadas (4-7 meses)				
Reacción Positiva de soporte (3-4 meses)				
Reacc >n negativa de soporte (3-5 meses)				

NIVEL CEREBRO MEDIO	Presente	Ausente	Vestigio	Integrado
Enderezamiento del cuello (3-5meses)				
Enderezamiento del cuerpo (5'jneses)				
Enderezamiento laberíntico: Prono				
(2-6meses) Supino				
Lateral				
Anfibio (4-6meses)				
Reacciones automáticas Landau (3-2tt)				t
Extensión protectora (5-12 meses)				

NIV EL CORTICAL	Presente	Ausente	Vestigio	Integrado
Reacciones de equilibrio Prono (6mes)				
Supino (6 meses)				
Sentado (9-12meses)				
Cuadrúpedo(7-12meses)				
de rodillas (9-12meses)				
de pie (12-18meses)			1	

TONO MUSCULAR	EUTONO	H I P O T O N O			H I P E R T O N O		
		Leve	Moderado	Severo	Leve	Moderado	Severo
Cuello							
Tronco							
MM33 derecho							
MMSS izquierdo							
Mi/131 derecho							
Mf/QI izquierdo							

A (ÍTIUD POSTURAL

A S U M E

	SI	NO
Prono		
Supino #		
Lateral		
Sedente		
Cuadrúpedo		
De rodillaas		
Bípida		

EQUILIBRIO

M A N T I E N E

	SI	NO
Sedente		
Cuadrúpedo		
De rodillaas		
Bípida		

C ORDENACION GRUESA	BUENO	REGULAR	MALO
1 Cada			
(írera			
í ílto en dos pies			
£ alto enuri pie			

(ORDINACION MEDIA.	BUENO	REGULAR	MALO
1 íovimientos simultáneos			
Movimientos altemos			
Movimientos disociados			

CORDINACION FINA	BUENO	REGULAR	MALO
Movimientos digitales puros			

PLANEAMIENTO MOTOR	BUENO	REGULAR	MALO
Atención			
Comprensión			
Ejecución			

OBSERVACIONES

SENSOPERCEPCION	CONSERVADA	ALTERADA
Coordinación Visomotriz		
Mano - ojo		
ojo - pie		

CONSTANCIA PERCEPTUAL	T A M A Ñ O			C O L O R		F O R M A	
	Pequeños	Medianos	Grande	1 ^{er}	2 ^{do}	1 ^{er}	2 ^{do}
A :upa							
P; rea							
N' mina							
Ri conoce							

4

FIGURA FONDO	SI	NO
Concreto		
Gráfico		

		a - a	c-1	d - f	a -at	e - d
POSICION EN EL ESPACIO	SI					
	NO					
RELACIONES ESPACIALES	SI					
	NO					

a -a = arriba - abajo
c -1 = cerca - lejos
d - f = dentro - fuera
a -; t -; delante • atrás
e -1 = encima - debajo

ESQUEMA CORPORAL	GRUESA		FINA	
	SI	NO	SI	NO
En sí mismo				
En otros				
En láminas				

LATERALIDAD	RECONOCE	NO RECONOCE
En sí mismo		
Proyectada		

PATRONES DE MOVIMIENTO

PATRONES FUNCIONALES	M			S			D		
	F	SF	NF	F	SF	NF	F	SF	NF
Mano - Cabeza									
Mano - Boca									
Mano - Hombro									
Mano - Cintura									
Mano - Perineo									
Mano - Rodilla									
Mano - Pie									

PATRONES INTEGRALES	M			S			D		
	F	SF	NF	F	SF	NF	F	SF	NF
Agarres: Cilindrico									
Enganche									
Presión: palmar									
Oposición									
Aposición									
Pinza fina									
Pinza tí'ipode									
' Latero- lateral									
Soltar: Rudimentario									
De precisión									
Lanzar: Rudimentario									
de propulsión									
Alcanzar: alto									
medio									
bajo									

OBSERVACIONES

MSD - Miembro Superior Derecho

MSI = Miembro Superior Izquierdo

F - Funcional

SF = Semifuncional

NF - No Funcional

	INDEPENDIENTE	SEMUNDEPENDEENTE	DEPENDIENTE
ABC			
Alimentación •			
Higiene			
Vestido			
AVD			
Desplazamiento			
Traslado			
Manipuleo			

JUEGO;

OBSERVACIONES GENERALES:

CO OTA A SEGUIR:

BIBLIOGRAFÍA

CASTILLO P., Henry / POSADA G., Sara. A propósito de la Hiperactividad.
Revista USB. Nº 4 (Dic.1995) pp. 17-21

AVILA de Encío, Maria del Carmen / POLAINO LORENTE, Aquilino.
Revista Anuario de Psicología. Nº48, Barcelona, 1991, pp. 55-68

RUSSELL A., Barkley. Attention Déficit Hyperactivity Disorden.
Guilford Press, New York, 1990, p. 747

CARDONA SALGADO, Julio César. (Tesis) Rendimiento de un grupo de niños diagnosticados con trastorno por déficit de la atención con Hiperactividad.
USB. 1994

Revista de Educación, Nº 90. El niño hiperactivo en la Escuela.
Santiago de Chile, Sep.1981, pp. 45-48

OYARZÚN BURGOS, Carlos. Déficit atencional:
La búsqueda de un buen diagnóstico
Revista de Educación Nº 225, Abr.1995, pp. 44-47

BAENZA, Maria del Carmen. Efectos de las técnicas de modificación de conducta aplicada en el salón de clase.
Anuarios de Pedagogía Murcia Nº 3, 1985, pp. 163-170

ORIALES VILLAR, I y Polaino Lorente, Aquilino. Revista de Psicología general Aplicada, Vol.47, Nº 4, Oct.1994, pp. 461-466

GALLEGO LÓPEZ, Bernardo. Hijos Hiperactivos, Barcelona CEAC 1991, p. 115

GUTIÉRREZ MOYANO, Zimmerman. Tratamiento de la Hiperactividad.
Revista Española de Terapia N° 1. Vol. 7, 1989

TAMAYO, Gloria / RENDÓN SANTAMARÍA, Ana María. Hiperactividad Infantil:
El caso de Andrés.

TAYLOR, Eric A. El niño Hiperactivo

SILVA U., Omer. Revista de Educación N° 188, 1991, pp.10-19

DANGOND, Ellys M. Revista Arco Iris, N° 3, 1993, pp.7-10

MARÍN S., Ana. Revista de Problemas de Aprendizaje.

Edición Especial Colegio Palestra, Lima(Perú), Dic/91, pp. 15-21

BATISTA, Nee. Integración Escolar e Hiperactividad.

CASTAÑEDA, Seledonio. Bases Psicopedagógicas en Educación Especial.

POSADA G., Sara / CASTILLO P., Henry. A Propósito de la Hiperactividad.
Revista: Universidad de San Buenaventura. Medellín No. 4. Diciembre
1995; páginas 17-21. ISSN 0121-7887.

Marcos generales y programas curriculares de Preescolar y Primer Grado de
Básica Primaria.

POLAINO L., Aquilino. Manual de Hiperactividad. 1997 Unión Editorial S.A.

RODRÍGUEZ GUZMAN, Lucía. Rodríguez Guzmán, Fernando. Vega Varela,
Lourdes. Gallardo, Juan. Documento ponencia presentada en el XI
Encuentro Nacional de Investigación Educativa del IMCED.
"Consideraciones Interdisciplinarias e intermetodológicas de la
Investigación Educativa".