

Universidad del Bío-Bío
Facultad de Educación y Humanidades
Depto. Ciencias de la Educación
Pedagogía en Educación Parvularia



Conductas que observan las Educadoras de Párvulos en los niños y niñas, para identificar Déficit Atencional o Hiperactividad

ALUMNAS : Katherine Ancalao Hidalgo
Carmen Gutiérrez Contreras
Angélica Melo Garrido
Claudia Villablanca Garay
Pamela Yáñez Cárdenas

Chillán, Campus La Castilla
Noviembre, 2012

INDICE	Nº de Pág.
Resumen/Abstract.....	3
Introducción.....	4
Capítulo I: Planteamiento del Problema.....	5
1.1. Problematización.....	6-17
1.2. Preguntas de la investigación.....	18
1.3. Objetivos del estudio.....	18
1.4. Hipótesis/Supuestos del estudio*	18
1.5. Definición de las variables/categorías*	19-20
1.6. Justificación del estudio.....	21
Capítulo II: Marco Teórico Referencial.....	22-39
Capítulo III. Marco Metodológico.....	40
3.1. Enfoque del estudio.....	41
3.2. Tipo y diseño de estudio.....	41
3.3. Población, muestra/Informantes claves*	42
3.4. Técnicas de relevamiento de información*	43
3.5. Estrategia de Análisis de datos.....	44
Resultados.....	45-57
Conclusiones.....	58-62
Glosario.....	63
Bibliografía.....	64-67
Anexos.....	68-73

RESUMEN

El siguiente proyecto refleja la realidad que hoy en día se observa en torno a las conductas que van presentando los niños y niñas de edad preescolar en centros educativos, a su vez nos enfocaremos en descubrir y conocer la visión que tienen las Educadoras de Párvulo en relación a estas conductas, es en este último punto en el que nos centraremos a trabajar, ya que para nosotras es fundamental conocer cuál es la visión y el actuar en que se basan las educadoras para emitir algún juicio frente a las diversas conductas presentes en cada uno de los niños y niñas que conforman el grupo curso. Debemos tener presente que la mayoría de los niños y niñas tienden a explorar o descubrir, estos rasgos de su comportamiento son innatos y no quieren decir que apunten a algún tipo de trastorno, por lo cual veremos las reacciones que tienen las educadoras al momento de encontrarse con distintas personalidades y descubriremos en base a que surgen sus prejuicios y realizan un temprano diagnóstico del tema etiquetándolos con TDAH.

ABSTRACT

The following project reflects the reality that today in day is observed in turn around the behaviors that go presenting the children and girls of age preschooler in educational centers, we will focus ourselves in to discover and to know the vision that you/they have the Educating of Kindergartens in relation to these behaviors, it is since in this last point in which will center ourselves to work, for us it is fundamental to know which the vision is and the to act on that the educating ones are based to emit some trial in front of the diverse present behaviors in cada one of the children and girls that conform the group course. We should have present that most of the children and girls spread to explore or to discover, these features of their behavior are innate and they don't mean that they point to some dysfunction type, reason why we will see the reactions that have the educating ones to the moment to meet with different personalities and we will discover based on that their prejudices arise and they carry out an early one I diagnose of the topic labeling them with TDAH.

INTRODUCCIÓN

El trastorno del déficit atencional comienza como fenómeno conocible dentro de la historia a partir del año 1902, lo cual fue considerado como un problema acerca de cómo se educan los niños y niñas a impedir sus conductas y se conectan a las normas sociales. A partir de esta dificultad se comienzan a realizar investigaciones sobre estos comportamientos que desarrollan los niños y niñas a determinada edad, es por ello que a comienzos de la década de los 40 Alfred Strauss destacó la fragilidad emocional y la hiperactividad, siendo posiblemente provocadas por lesiones cerebrales, por lo que esta indagación no fue lógica para la época, pero logró tener efectos como la estimulación para la siguiente investigación y la ayuda inmediata de los niños con TDAH de ese tiempo.

A partir de esta fecha los avances de estas investigaciones no han sido fructíferas, ya que se han dado a conocer las conductas que estos tipos de niños presentan dentro de la sociedad, siendo estas las más reconocibles como inquietud frecuente, que se aprecia por movimientos inquietos o impaciencia, dificultad para permanecer sentado cuando la situación lo requiere, fácil distracción por estímulos ajenos a la situación.

Por tanto en nuestro trabajo nos basaremos en la investigación a niños(as) de edad preescolar que asisten a establecimientos educacionales y jardines de la ciudad de Chillán, los cual señalaremos cuales son los indicadores que ha juicio clínico se deben tener en cuenta para diagnosticar a un niño o niña con TDAH por un Educador o Profesor de aula, ya que muchas veces dentro de la sala son reconocidos y etiquetados como niños(as) “problemas”.

A continuación se dará a conocer la problematización de nuestra investigación, que detalla los distintos puntos de vista de diversos autores, tanto nacionales como internacionales, en los cuales se dan a conocer las diferentes opiniones que existe en relación al tema tratado.

Capítulo I

Problematización

Planteamiento del Problema

Hoy en día durante el proceso de Educación, se observan diversos problemas en los estudiantes, ya sean de conducta, aprendizaje, agresividad, entre otros, pero la mayoría de las veces éstos son observados en estudiantes que cursan la Educación formal básica y media, por lo tanto hay mucha y variada información sobre como identificar sus conductas, edades en las que éstas se pueden observar, algunos tratamientos, etc. El gran vacío se presenta entonces, en los problemas y dificultades que se están observando hace algunos años en los infantes menores de 6 años, sobre todo con lo que se refiere al Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad, porque según nuestro punto de vista, como es un nuevo Síndrome no se cuenta con información concisa sobre cómo tratarla, y es ahí donde se da el problema principal, ya que la forma en cómo se está “diagnosticando” a cada uno de los niños y niñas no es la correcta, debido a que la mayoría de las/os Educadores se toman esta atribución sin ser los especialistas ni estar capacitados en el tema, además muchas veces se sienten preparados para hacerlo pero lo único que logran es atribuir un “estigma” en ellos, pensando que son lo que realmente no son, a este grave error hace alusión el artículo publicado por la Revista Psicodidáctica que dice: *“Los maestros describen como inatentos a casi la mitad de los niños y a algo más de una cuarta parte de las niñas en edad escolar (Manga, Fournier y Navarredonda, 1995), pero todos esos niños no presentan realmente un déficit de atención. Lo que sucede es que la palabra déficit de atención se ha empleado y se sigue empleando con ligereza entre los educadores y clínicos. Autores como López Soler y García Sevilla (2004) o Servera y Galván (2001) afirman que esa situación se debe principalmente a que el desarrollo de la atención es un proceso gradual, evolutivo y que depende básicamente de la edad, es decir, que se trata de un mecanismo relativamente innato que se va consolidando hasta la adolescencia”*. (Soroa M. y otros. 2009. p. 14).

Esto quiere decir que los profesores o Educadores tienen la tendencia a tachar de Inatentos o Hiperactivos a gran parte de su alumnado con mucha ligereza, sin analizar que las edades en que se encuentran los estudiantes son las de menos madurez mental y física, lo que muchas veces hace que tengan otros intereses. Es por ello que según la Revista Electrónica de Psicología Iztacala:

“Una vez que los niños son etiquetados con el Trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad (TDAH, ADHD), ya nunca más se les trata como niños normales. Una vez que cualquier droga psiquiátrica circule por sus cerebros o cuerpos; ellos son, por primera vez, física, neurológica y biológicamente anormales”. (Rossana Fernández Vallejo. 2009. pág. 55).

Como se puede observar en la cita anterior una vez que un niño y niña es etiquetado ya nunca vuelve a ser el mismo, lo que provoca que se sientan discriminados y desiguales ante el resto de los niños y niñas por la forma en que son tratados. Es por ello que debemos combatir esto, ya que no por el hecho de que algún niño y niña presente un actuar diferente al resto hay que etiquetarlo por ello. Por el contrario hay que integrarlo y tratarlo de la misma forma que los demás. Es por ello que las educadoras de párvulos no están catalogadas para etiquetar a ningún niño y niña, debido a que esta función le corresponde realizar a un especialista. Por lo que además no es recomendable que el niño y niña sea diagnosticado en la edad temprana, ya que este trastorno se puede diagnosticar de los 6 años en adelante, ni mucho menos medicarlo, ya que esto puede ser perjudicial para el perfecto funcionamiento de su cerebro y así provocar a que no vuelven a ser los mismos de antes. Por lo que además es importante señalar a que hace referencia el TDAH, para ello la revista *International Journal of clinical and Health Psychology*, Psicopatología del trastorno de déficit atencional e hiperactividad hace menciona que: *“El Déficit atencional e hiperactividad es un trastorno cuyo nivel de conocimiento actual es bastante elevado, dado que gran cantidad de investigadores desde diferentes enfoques y disciplinas, desde hace más de un siglo, se han interesado en conocer, describir, explicar y tratar este fenómeno complejo, de inicio en la primera infancia con una gran cantidad de deterioro neuropsicológicos, especialmente en los lóbulos frontales y parietal, que continua hasta la edad adulta y que trae consigo una gran cantidad de problemáticas asociadas, en las que se encuentra la mayor comorbilidad de los problemas de aprendizaje y los problemas de conductas.”* (Martínez Consuelo. 2006. Pág 395).

En esta cita se menciona que hay bastante conocimiento sobre el tema, pero ¿a qué edad de la población apuntan esos conocimientos?, ¿A los niños y niñas de Educación Parvularia o Enseñanza Básica?. Estas interrogantes son las que intentaremos aclarar porque el gran problema que está afectando a gran parte de los Educadores hoy en día es que, en sus niveles tienen muchos niños y niñas con TDAH, lo que se convierte en una real dificultad para las Educadoras de Párvulos, ya que no se encuentran capacitados para lidiar con este problema, sobre todo por las características que presenta el TDAH, que son las siguientes según la revista *Psicología: Reflexión y Crítica*: *“las personas con TDAH tienen las habilidades de atención selectiva peor que las personas sin TDAH, sobre todo en términos de éxitos, errores, la capacidad de concentración y el número de elementos procesados”*. (Ramalho Joaquim, García-Señorán Mar y otros. 2009).

Características que hacen muy difícil el trabajo de los Educadores ya que deben buscar nuevas estrategias para que sus actividades resulten y sean significativas, también la Revista Chilena de Pediatría, el Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) se refiere a esto entregando las siguientes características: *“El TDAH surge en la infancia teniendo como característica fundamental un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad e impulsividad presentes en al menos dos contextos”*. (Urzúa Alfonso M, Domic S Marcos y otros. 2009. pag 332-338), y la Revista *psicothema*, “Características de comorbilidad en los diferentes subtipos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad” complementa esta información añadiendo lo siguiente: *“Particularmente la presencia de hiperactividad y/o impulsividad versus inatención; por ejemplo, se ha encontrado que los niños con TDA de tipo combinado presentan mayor conducta agresiva, inestabilidad emocional y fluctuaciones en el control de la conducta; en tanto que los niños con TDA de predominio inatento presentan pasividad conductual y pocas dificultades de conducta”*. (Julio César Flores Lázaro.2009. pág 592-597).

Todos los síntomas y características nombrados antes, dejan a la luz lo complejo que es para las Educadoras trabajar con niños y niñas diagnosticados con estos Trastornos, pero ¿realmente tienen TDAH todos los niños y niñas a los que las Educadoras observan como desatentos o inquietos? ¿se deben basar las

Educadoras solo en las conductas que observan en la sala de clases?, a estas respuestas nosotras respondemos que no, porque gracias a todo lo que hemos observado en el aula y a la información recaudada nos damos cuenta que un diagnóstico tan importante debe tener fuertes fundamentos y ser realizado por un experto en el tema, ya que como las Educadoras poseen escasa información respecto del trasfondo real de éste, creen que están capacitadas para diagnosticar y tratar solas este Trastorno, lo que es un error gravísimo ya que según la Revista Anales de Psicología: *“Algunos síntomas deben presentarse con anterioridad a los 7 años de edad y manifestarse en más de un ámbito (hogar, colegio, otra institución)”*. (Paiva Barón Horacio y otros. 2009. pág. 53), o sea, que cuando una Educadora observa alguna conducta como las que se mencionan a continuación según Revista Mexicana de Psicología: *“El TDAH se ha caracterizado por la presencia de dificultades de atención, exceso de actividad motora y deficiencia en el control de los impulsos (APA, 2000). Esta sintomatología hace de la educación de las personas con este trastorno todo un reto para sus padres y profesores por su dificultad en la realización de actividades rutinarias, tanto escolares como extraescolares; principalmente debido a su incapacidad para mantenerse atento, por sus frecuentes distracciones ante estímulos externos, por su desmotivación y pérdida de interés ante ejercicios rutinarios, etc.”*. (Jiménez- Torres y otros 2010. pág. 16), lo primordial es indagar mas allá sobre la aparición de éstas, ya que de acuerdo a lo que plantea la Revista Latinoamericana de Psicología: *“Para diagnosticar el trastorno se recoge información de diversos informantes y contextos en los que se desenvuelve el niño (casa y escuela). La evaluación de una persona con TDAH ha de atender a diferentes áreas de funcionamiento: síntomas y conductas asociadas al TDAH, capacidad cognitiva, aprendizajes académicos y relaciones sociales, por citar algunos aspectos”*. (Zuluaga Valencia, Juan Bernardo; otros 2009 pág. 483).

Es por esto que es de suma importancia guiarse por diversos puntos de vistas de varios especialistas, y observar los distintos entornos en que se desenvuelve el niño y niña para recién poder señalar que un niño y niña probablemente presente déficit atencional o hiperactividad o ambos. Es por ello que requiere de un seguimiento exhaustivo de un especialista para poder diagnosticar a un niño y niña que presenta

TDAH. Es por esto que no debemos caer en el error de etiquetar a niños y niñas como hiperactivos o que presenten déficit atencional, ya que cuando una educadora hace esto está injuriando a un niño y niña sin conocer las realidades en que el niño se desenvuelve y por ende lo está discriminado, sin antes recibir un diagnóstico de un especialista. Es por ello que según la Revista *Psicothema*: *“El rol de los maestros es también esencial en el establecimiento del diagnóstico, ya que las estimaciones que hacen de las conductas de sus alumnos forman parte de los datos que permiten al evaluador establecer un diagnóstico, junto con las estimaciones de los padres y los resultados de las pruebas neuropsicológicas aplicadas al propio niño.”* (Sonia Jarque Fernández y otros. 2007. pág 586), es decir las Educadoras son las primeras profesionales que deben buscar respuestas de la familia sobre el por qué de la aparición o la persistencia de estas conductas y luego debe derivar al niño o niña a un especialista, ya que la ayuda de diversos profesionales en el diagnóstico y tratamiento de estos Trastornos es fundamental, según la revista *European Journal of Education and Psychology*: *“La complejidad del TDAH es tan heterogénea, que no puede ser caracterizado simplemente utilizando criterios conductuales, aspectos neuroanatómicos, medidas clínicas, o datos genéticos y fisiológicos exclusivamente. Para el diagnóstico, los profesionales suelen depender de los cuestionarios provenientes de la lista de síntomas y criterios, representando aspectos conductuales y sujetos a sesgos de interpretación”.* (Rodríguez Celestino y otros. 2011. pág 69), es por este motivo que se deben tomar en cuenta diversos factores que involucran el déficit y no basarse solamente en las conductas observables que presentan los párvulos en el aula. Además Según la revista *Psicothema*: *“Dada la complejidad característica del TDAH, otras intervenciones demuestran el acierto de combinar el asesoramiento a profesores con la enseñanza a los niños de técnicas de autorregulación, habilidades sociales y solución de conflictos”.* (Herrero, M. Jesús; Siegenthaler Hierro, entre otros. 2010. pág 778). Respecto a lo que plantea la cita anterior el TDAH es muy complejo, es por ello que debiera existir un asesoramiento para los profesores y las educadoras de párvulos para que así logren crear técnicas y estrategias de trabajo diferente y desafiantes, donde sean integrados los niños y niñas que presenten algún problema de comportamiento o social. Y que les permita

ir mejorando sus problemas conductuales y habilidades sociales. Para que así las educadoras de párvulos trabajen de igual maneras con estos niños y niñas y no los cataloguen como niños y niñas problemas o anormales y que no se sientan discriminados y etiquetados por tener cualidades diferentes al resto. Por lo mismo es muy importante tener en cuenta lo que describe la Revista electrónica trimestral de Enfermería: *“Se recomienda realizar actividades educativas orientadas a la formación de los educadores, partiendo de la necesidad de realizar un trabajo conjunto con los padres desde el contexto escolar buscando acciones encaminadas a trabajar en la prevención de las complicaciones del TDAH. Se hace necesaria la creación de canales de comunicación apropiados entre los padres y la institución escolar de tal forma que permita que estos estén en constante comunicación”*. (Piedrahita S., Henao Cardona, A., Burgos, PA . 2011. pág 145).

Es por ello que es tan necesario que los Educadores /as estén en conocimiento de este tipo de trastorno, ya que son ellos los que deben provocar en sus apoderados la confianza necesaria y así poder trabajar en conjunto y buscar estrategias que sean factibles para favorecer la prevención y mejor manejo de de las complicaciones que puede presentar el TDAH.

Esto lo podemos observar de acuerdo a lo que plantea la siguiente revista. Según la red de revista científica de América latina y el Caribe: *“Desde 1940 los siquiátras han utilizado varias etiquetas para niños quienes son hiperactivo, excesivamente desatentos e impulsivos, entre ellos el “síndrome de hiperactividad”, “disfunción cerebral mínima” y más recientemente TDAH. Este frecuente cambio de nombre refleja como las investigaciones han sido ambiguas acerca del entendimiento de las causas al igual que la precisión de los criterios diagnósticos para este trastorno. Sin embargo durante varios años, quienes han estado interesado en el estudio del TDAH han comenzado a especificar en detalle los síntomas y causas”* (Solánlly Ochoa Angrino, Llian Cruz Panesso, otros. 2006. pág. 75).

De acuerdo a lo que plantea la cita anterior desde hace años que tantos especialista como educadoras de párvulos han caído en el error de etiquetar a niños y niñas que presentan características como ser impulsivos, excesivamente, desatentos e hiperactivos y lo han catalogado como niños y niñas con TDAH, pero tanto los

siquiatras como las educadoras están equivocados, ya que para poder catalogar a un niño y niña con TDAH, se requiere conocer detalladamente los síntomas y causas que da origen a este trastorno, además de seguir un exhaustivo seguimiento al actuar del niño y niña tanto en la escuela y como la casa. Es por esto que cada vez que una persona etiqueta a un niño/a con TDAH, lo que hace es estigmatizar al niño/a, es por ello que antes de hacer cualquier diagnóstico hay que consultar a especialistas.

Ante esto en la revista Pensamiento Psicológico, Las situaciones de resolución de problemas como estrategia de trabajo con niños diagnosticados con TDAH:

“Las causas del TDAH no son suficientemente conocidas aun, y no existe un solo factor que por sí solo explique el síndrome. Los componentes clínicos del TDAH involucra una complicada red de sistemas neuroquímicos y neuroanatómicos. Se ha propuesto que los niños con TDAH presentan disfunciones en los sistemas cerebrales relacionados con los problemas de atención, activación e inhibición”. (Solánlly Ochoa. 2006. pág. 76).

A raíz de esto surgen diferentes experimentos neurocerebrales, que intentan explicar el por qué se generan estos síntomas a través de exámenes al cerebro, tal como se presenta en la revista electrónica “Actualidades de investigación en Educación”, Los Trastornos de la atención con o sin hiperactividad: una mirada teórica desde lo pedagógico: *“Actualmente, los trabajos de resonancia magnética funcional muestran imágenes cerebrales múltiples de las área implicadas en los problemas de atención, tanto en situaciones de reposo como en situaciones de trabajo atencional y de concentración en el niño, pero sin resultados aún concluyentes”.* (Carmen María Cuberos Venegas. 2006. pág 6).

Por lo demás hay otro factor importante que influye con lo anteriormente señalado según la revista International Journal of Clinical and health Psychology: *“La diabetes pregestacional se ha asociado a un aumento de complicaciones congénitas en los hijos. Estas complicaciones obstétricas no son predictores específicos de TDAH sino que predisponen a algún tipo de psicopatología posterior, como anorexia nerviosa, autismo, esquizofrenia o TDAH”.* (Connie Capdevila Brophy, Jose Blas Navarro Pastor y otros. 2007. pág 679-695).

Como nos podemos dar cuenta el TDAH predispone a que se puedan desarrollar otros tipos de enfermedades como las anteriormente mencionadas en los niños o niñas que lo padecen, es por esto que es tan importante que sean evaluados y diagnosticados a tiempo por especialistas en el tema, ya que así se podría evitar en algún grado a que un niño o niña posea mas enfermedades. Junto a esto se han ido complementando otras ideas al respecto del tema que aluden a un trabajo en equipo, según *Universitas Psychologica*, Terapia narrativa en la co-construcción de la experiencia y el afrontamiento familiar entorno a la impresión diagnóstica de TDAH: *“La conversación terapéutica se refiere a una empresa en la que está en juego una búsqueda mutua de comprensión y exploración a través del diálogo acerca de los “problemas”. La terapia y por ende la conversación terapéutica, implica un proceso de “participación conjunta”. Cada persona habla “con” el otro, no le habla “al” otro. Éste es un mecanismo por el cual el terapeuta y el cliente participan del co-desarrollo de nuevos significados, nuevas realidades y nuevas narraciones”*. (Pedraza-Vargas. 2009. pág 3). Este tipo de trabajo incluye a la familia y al equipo de aula (Educatora, técnicos y niños), ya que ellos son los primero socializadores que tienen los niños, son sus modelos a seguir y guías con quienes pasan las mayor parte del tiempo. En base a nuestra experiencia hemos observado que la mayor cantidad de este tipo de trastorno lo poseen más los niños que las niñas, afirmando a esta idea la revista *Revista electrónica “Actualidades investigativas en educación”*: *“Se informa en la literatura que este trastorno se manifiesta tanto en hombre como mujeres, con una prevalencia significativa mayor en los primeros”*. (Carmen María Cuberos Venegas. 2006. Pág 6).

Abalando a lo anteriormente mencionado los niños poseen más conductas de TDAH, tales como: inquietos, desorientados, habladores etc. más que las niñas, aunque ellas también lo poseen pero es en menor cantidad que los hombres, al poseer esta dificultad la duda de los profesores y Educadoras comienza en si estas conductas pueden afectar en su aprendizaje y su coeficiente intelectual, y en relación a lo mismo la revista latinoamericana de psicología hace mención: *“En cuanto a la capacidad cognitiva, la mayoría de estudios encuentran que las personas con TDAH muestran una tendencia a tener menores CI que los grupos controles; sin embargo,*

se ha comprobado que el bajo CI no es una característica integral del síndrome y que los déficit cognitivos específicos del TDAH son independientes del CI". (Zuluaga Valencia, Bernardo Juan y otros. 2009. Pág 481-496).

Al igual que el comentario anterior, estas incidencias las Educadoras de párvulos la pueden apreciar en el aula, pero no siempre se da, al niño o niña hay que hacerles una variedad de pruebas para verificar si su coeficiente intelectual es bajo, pero los que los presentan es debido a su exceso de desconcentración e inquietud para realizar deberes que se le solicitan, ya que a veces no solo presentan una conducta, sino mas, a esto se refiere La Revista European Journal of Education and Psychology, Nuevas técnicas de evaluación en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: *"El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH), acompañado por diversas condiciones comórbidas (oposición comportamiento, dificultades de aprendizaje, depresión/ansiedad, trastorno bipolar, tics, etc.) y otros problemas enmascarados junto al trastorno (problemas procesamiento auditivo, la depresión/ansiedad, encefalopatías, trastorno alimentarios y nutricionales, retraso mental y otros) afectan a alrededor del cinco por ciento de la población en todo el mundo (McGough y McCracken, 2000; Riccio y Reynolds, 2001) y entre el 3% y el 6% de niños en edad escolar (APA., 2002) y persisten en los adultos en el 40% de los casos".* Las condiciones comórbidas se refieren a cuando el niño o niña presenta más de un trastorno y en el caso de nuestra investigación se dan dos conductas lo cual aun a nivel internación y nacional se realizan inquisiciones sobre el tema. Además como lo menciona el párrafo anterior el TDAH está acompañado por otros problemas y así lo corrobora la revista International Journal of Clinical and health Psychology: *"Niños diagnosticados con TDAH tienen fuerte tendencia a haber padecido problemas durante el primer año de vida, así como un mayor riesgo a padecer una variedad de problemas de salud crónicos, tales como condiciones alérgicas, asma, y alergia a alimentos".* (Connie Capdevila Brophy, Jose Blas Navarro Pastor y otros. 2007. pág 679-695).

Este es otro ejemplo que los padres deberían tener en cuenta cuando sus hijos o hijas padecen de algunos de estos tipos de enfermedades a tan temprana edad, ya

que puede ser un factor importante para detectar que puede ser producto de el TDAH y así poder llevar a cabo un diagnostico y tratamiento a tiempo.

En Chile aun no hay datos concretos sobre esto por lo que se puede apreciar en la revista Horizontes Educativos: *“En Chile se desconoce la real magnitud del TDAH en la edad Parvularia. No hay estudios que específicamente den información al respecto y la poca información y formación de los educadores potencian los inconvenientes de adaptación del niño a sus respectivos colegios y grupos de pares”*. (Herrera Narváez Gloria. 2005. pág 51).

Como podemos observar no hay muestras certeras que desencadenen el TDAH, debido a la falta de formación de profesores y educadoras, complementando lo anterior surge otra información de la Revista Theoria Ciencia, Artes y Humanidades, Prevalencia de déficit atencional con hiperactividad en los niños y niñas de 3 a 5 años de la ciudad de Chillán, Chile: *“En Chile, no existen estudios sistemático, ni instrumentos validos que entreguen este tipo de información en edad temprana, es por ello que este estudio preliminar da a conocer de igual manera un informe que se hace cargo de la consistencia interna de dos instrumentos, y de la detección de posibles casos de niños con déficit atencional con hiperactividad en la edad parvularia”*. (Herrera Narváez Gloria. 2005. pág 2).

En Chile los instrumentos que existen para detectar este tipo de déficit no son certeros para las edades tempranas, por lo mismo es que se debe tener cuidado antes de emitir algún juicio sobre niños y niñas con este síndrome, antes de diagnosticar debemos estar seguras de lo realizado y previamente consultarlo generando un análisis con expertos.

Aludiendo a lo anteriormente señalado, cabe destacar que no existe información específica y concreta que dé cuenta de cómo surge y como una persona llega a obtener el TDHA , a su vez una educadora por sí sola no tiene la facultad de diagnosticar a un niño o niña, menos si lo realiza de forma subjetiva y a simple vista, para esto se debe realizar un proceso con distintos especialistas del tema, sin embargo no es certero que aquellos menores que tienen características de TDAH lo padezcan puesto a que pueden ser rasgos característicos de la edad en la que se encuentran, pero si una Educadora observa conductas propias de TDAH es

fundamental que derive al niño o niña a un especialista porque en la Revista Electrónica de Psicología Iztacala se menciona que: *“El déficit de atención con hiperactividad constituye uno de los trastornos del desarrollo más importantes dentro de los problemas que afectan a los niños en sus relaciones con su entorno familiar, escolar y social, de no atenderse a tiempo puede producir un efecto negativo en su aprendizaje, adaptación e interacciones personales, por lo que están en mayor riesgo de presentar alteraciones psicológicas”*. (Sánchez L. Damián M. 2009. pág. 157).

En apoyo a lo anterior la Revista electrónica trimestral de Enfermería hace mención a que: *“Es el problema de comportamiento más común durante la infancia; constituye la enfermedad crónica más frecuente del periodo escolar y representa un problema complejo porque aparece en edades tempranas y repercute en la vida del niño y su grupo familiar”*. (Piedrahita S., Henao Cardona,A., Burgos,PA. 2011. pág 141).

Es por ello que hoy en día es muy frecuente observar a niños o niñas que tienen este tipo de problema, ya que como dice el párrafo anterior este trastorno es uno de los más frecuentes que sucede en etapas tempranas de la vida, lo que conlleva a que sea un factor gatillante en el comportamiento y desarrollo social del niño o niña a lo largo de su vida. Por lo tanto es muy importante señalar lo que menciona la Revista electrónica trimestral de Enfermería: *“Al elevar el nivel de conocimientos de los padres respecto al TDAH, su manejo y remisión. La ganancia de conocimientos aporta mayor información y posibilita un diagnóstico y tratamiento oportuno, lo cual conlleva a la disminución del deterioro tanto escolar como psicosocial en los menores”*.(Piedrahita S., Henao Cardona,A., Burgos,PA. 2011. pág 140).

Con lo anteriormente expuesto es fundamental que los padres tengan algún grado de conocimiento acerca de lo que es el TDAH, lo que conllevará a que los posibles niños y niñas que están padeciendo este trastorno sean diagnosticados y tratados a tiempo, con el fin de ayudar a reducir el desgaste tanto escolar como psicosocial en aquellas niños o niñas u adolescentes que tiene que vivir con este tipo de trastorno.

Como podemos observar existen variadas ideas en cuanto al TDAH, algunas que se contraponen de información y otras que simplemente añaden cada vez más factores

influyentes al tema, por lo mismo hay que tener en cuenta que confiarse fielmente en una de estas puede ser erróneo ya que como hemos visto los instrumentos para evaluar a los niños y niñas no son completamente fidedignos y al menos en nuestro país no existen datos ni estudios concretos que avalen una idea de cómo evaluarlos para ir siguiendo esta área, ya que *“El TDAH se ha convertido en una enfermedad de causa orgánica y carácter crónico que responde a un tratamiento medicamentoso con psicoestimulantes anfetamínicos. Todo ello, como cualquiera puede comprender, bajo un conocimiento «basado en la evidencia»”*. (Colina Fernando. 2009. pág. 260). Por lo mismo se pide la rigurosidad del tema a educadoras para que emitamos un juicio en base a averiguaciones y datos del tema en apoyo de especialistas que acrediten y refuercen nuestro diagnóstico.

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las conductas que observan las Educadoras de Párvulos para identificar el Déficit Atencional e Hiperactividad en niños de nivel de transición 1 y 2 de distintos tipos de establecimientos de la comuna de Chillán?

Objetivo General

- Determinar las conductas que observan las Educadoras de Párvulos para identificar el Déficit Atencional e Hiperactividad en niños de nivel de transición 1 y 2 de distintos tipos de establecimientos de la comuna de Chillán.

Objetivos Específicos

- Establecer cuáles son las conductas que observa la Educadora de Párvulos para definir si los niños presentan o no Déficit Atencional.
- Identificar las conductas en que se basa la Educadora de Párvulos para determinar si los niños y niñas presentan probablemente Hiperactividad.

Hipótesis de investigación

Hi 1: Las conductas en que se basan las Educadoras de Párvulos para identificar Déficit Atencional en niños y niñas son, que se distraen fácilmente y tiene problemas para seguir una actividad de grupo.

Hi 2: Las conductas en que se basan las Educadoras de Párvulos para identificar Hiperactividad en niños y niñas son, que tienen problemas para quedarse quietos y a menudo habla excesivamente, verborrea.

Hipótesis Nula

Ho: Las conductas en que se basan las Educadoras de Párvulos para identificar Déficit Atencional en los niños y niñas no son, que se distraen fácilmente y tiene problemas para seguir una actividad de grupo.

Ho: Las conductas en que se basan las Educadoras de Párvulos para identificar Hiperactividad en los niños y niñas no son, que tienen problemas para quedarse quietos y a menudo habla excesivamente, verborrea.

Definición de variables

Al realizar nuestra pregunta de investigación la variable observada es “**conductas asociadas a déficit atencional e hiperactividad**” que consiste en la manifestación observada por la Educadora de Párvulo de la cual se extraen 2 dimensiones:

- **Déficit atencional con los siguientes indicadores:**

- Se distrae fácilmente
- Tiene problemas para seguir una actividad de grupo.
- Con frecuencia no termina cosas que comienza.
- A menudo no parece escuchar
- Fácil distraibilidad por estímulos ajenos a la situación
- Dificultad para seguir instrucciones
- Dificultad para mantener la atención en actividades lúdicas
- A menudo no escucha lo que se le dice
- A menudo pierde cosas necesarias para una tarea o actividad.

- **La segunda dimensión corresponde a la Hiperactividad, la cual posee los siguientes indicadores:**

- Le es difícil permanecer sentado
- Tiene problemas para quedarse quieto
- Corre y trepa por todos lados excesivamente.
- Inquietud frecuente, que se aprecia por movimientos inquietos o impaciencia
- Dificultad para esperar su turno
- A menudo interrumpe o se implica en actividades de otros niños.
- A menudo habla excesivamente, verborrea.
- Frecuencia de respuestas anticipadas
- Frecuentes cambios de una actividad incompleta a otra
- Dificultad para jugar con calma.
- A menudo practica actividades peligrosas sin tener en cuenta riesgos.

El nivel de medición es nominal y la naturaleza categórica, porque nos estamos enfocando en medir cualidades que no son susceptibles de ser ordenadas, ya que ninguna tiene mayor más ni menos valor que la otra.

Justificación del estudio

Es de interés del presente estudio, abordar el tema de Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad, con la intención de crear conciencia en las Educadoras, futuras Educadoras y demás profesionales, para no tomarse el tema con tanta liviandad, si no que a comprender que si se observan conductas inusuales se debe investigar porque aparecieron, cambiar las estrategias utilizadas y si no funciona derivar a un especialista para que el tema pueda ser tratado, ya que al tomar estas precauciones podemos ayudar a evitar que un niño o niña sea etiquetado como Hiperactivo o con problemas de Déficit Atencional. También, para motivar e incentivar a que todas las personas se informen respecto al tema.

Por lo demás con los datos obtenidos respecto a este tema, se pretende que quien o quienes tengan acceso a esta investigación puedan promover talleres para padres, capacitaciones para profesores, y también, trabajos o actividades en aula junto a los párvulos. Todo esto, llevado a cabo tanto en Establecimientos Educativos Municipales, Subvencionados y Privados.

Capítulo II

Marco teórico Referencial

Marco Teórico

Antecedentes Históricos

El conocido “Síndrome de Déficit de Atencional con Hiperactividad” en sus inicios era conocido como el “*Síndrome Strauss*”, ya que el primer investigador llamado Alfred Strass fue el que dio a conocer las problemáticas de niños con conductas que se adhieren a las normas e introdujo el concepto de lesión cerebral, en donde se consideraban a los niños(as) de mala conducta y con fracaso escolar “como si les faltase algo”. (Herrera Gloria. 2005. pág. 51).

Tras sus investigaciones escribió un libro en el que trata los niños excepcionales, en el cual dio a conocer las conductas especiales que presentaban.

Hiperactividad: *“La Hiperactividad puede traducirse en movimientos sin descanso, en la dificultad para permanecer sentado en una constante propensión a manipular objetos. A menudo se manifiesta como una inquietud excesiva en la forma de hablar, lo que es poco tolerado en la escuela y acaba por convertirse en una frustración para los padres y los profesores, quienes finalmente pierden la paciencia”.* (Elías Cuadros, Y. 2006. pág. 25).

Déficit atencional: Este se debe a una alteración en el lóbulo frontal del cerebro la cual está encargada de ejercer una función relacionada con la atención. El que padece este trastorno se caracteriza por presentar distractibilidad, leve duración de la atención al presentar una conducta desorganizada. Este déficit en su aprendizaje no está relacionado directamente con una disminución en la inteligencia de los niños y niñas, ya que estos se caracterizan por presentar defectos sensoriales, dificultades en el lenguaje y lectura, con gran reiteración los niños y niñas que presentan déficit atencional logran concentrarse por periodos prolongados y les es casi imposible atender a más de un estímulo, y a la vez se vuelven incapaces de rechazar cualquier otro estímulo.

Déficit atencional e hiperactividad: los niños y niñas con TDAH poseen una escasa capacidad de atención en la realización de actividades o tareas, por lo cual

deben realizar un esfuerzo mayor para concentrarse por un tiempo prolongado como lo hacen los niños de la misma edad. Podemos apreciar esto en diferentes actividades; aquellas que son rutinarias, largas y no motivadoras, en estas tienden aburrirse teniendo como consecuencia cambiar la actividad o abandonarla.

También se habla de una disfunción de la atención, en donde las principales características son:

- Los niños y niñas con déficit atencional poseen más dificultad en la concentración controlada que en la concentración automática, esto quiere decir que en actividades automáticas no cometen más errores que los niños normales, sin embargo cuando la actividad se complejiza les cuesta más adaptarse a las nuevas normas.
- Los niños y niñas que poseen hiperactividad les resulta más complejo distinguir estímulos relevantes de los irrelevantes, por ende la representación de distractores los afecta.
- Los niños y niñas presentan dificultad para mantener la atención de manera continua, esto significa que mientras más larga es la actividad más se tarda en responder y habrán más errores.

Todas estas características apuntan a problemas para mantener la atención de los niños y niñas, aquellos que necesitan de un esfuerzo mental permanente como escuchar, recordar, organizarse en tareas, entre otros.

Las personas que poseen TDAH realizan movimientos excesivos e innecesarios para alcanzar fines deseados, poseen conductas inquietas e infatigables; mover pies y piernas, balancearse mientras está sentado, cambiar de postura con frecuencia etc. Este comportamiento es más frecuente cuando los niños y niñas están aburridos sin tener nada que hacer, los niños más pequeños realizan actividades motoras gruesas como correr, subirse a lugares, entre otras, mostrando una actitud incesante. En niños de mayor edad podemos apreciar un comportamiento que se caracteriza por hablar sin parar y no terminar de escuchar la pregunta para responder, no esperan turnos, interrumpen juegos y conversaciones. En el adolescente la hiperactividad

evoluciona a un efecto llamado inquietud, traducida en una carencia de concentración en actividades sedentaria tranquila

Algunos síntomas que se ven en personas con TDAH:

“Síntomas del TDAH:

1.-Inquietud frecuente, que se aprecia por movimientos inquietos o impaciencia.

2.-Dificultad para permanecer sentado cuando la situación lo requiere.

3.- Fácil distraibilidad por estímulos ajenos a la situación.

4.- Dificultad para esperar turno.

5.- Frecuencia de respuestas precipitadas.

6.- Dificultad para seguir instrucciones.

7.- Dificultad para mantener la atención en actividades lúdicas.

8.- Frecuentes cambios de una actividad incompleta a otra.

9.- Dificultad para jugar con calma.

10.- A menudo habla excesivamente, verborrea.

11.- A menudo interrumpe o se implica en actividades de otros niños.

12.- A menudo no escucha lo que se le dice.

13.- A menudo pierde cosas necesarias para una tarea o actividad.

14.- A menudo practica actividades peligrosas sin tener en cuenta riesgos”. (López Soler, C. y García Sevilla, J. 2006. pág. 87).

Factores que influyen en el TDAH

“Existe diferentes planteamientos que señalan que el TDAH es un trastorno con base biológica, observando que hay una disminución en la actividad metabólica, en las regiones cerebrales que controlan la tensión y el juicio en situaciones sociales, en comparación con la actividad metabólica de los que no presentan este trastorno.

Otras teorías señalan que el consumo de tabaco, alcohol, y fármacos que se ingieren durante el embarazo o la exposición a toxinas en el entorno pueden causar el trastorno”. (Condemarin Mabel, Gorostegui María Elena, Milicic Neva.2005.Pag: 27)

1.- Factores Genéticos: *“Este factor muestra la importancia de la transmisión genética del síndrome o el trastorno.*

Desde esta perspectiva se ha tratado de establecer el factor genético como causante de la aparición de este síndrome. Estudios demuestran que el riesgo es mayor en hijos de padres que tuvieron o tienen esta afección. Un 84% de los adultos que tuvieron TDAH durante la niñez, tienen al menos un hijo con el trastorno y el 52% tiene dos o más niños con el síndrome.

Otro indicador dentro de este mismo factor sería una alteración en el metabolismo de la dopamina, noradrenalina y posiblemente también la serotonina. Se trata de unos neurotransmisores del sistema nervioso central con importantes funciones reguladoras de emociones y conductas”. (Condemarin Mabel, Gorostegui María Elena, Milicic Neva.2005.Pag: 28)

2.- Factores no genéticos: *“Esta perspectiva sugiere de anomalías durante la gestación y el parto. Para algunos expertos los niños prematuros, con bajo peso al nacer, o aquellos que tienen infecciones neonatales tienen mayor probabilidad de padecer este trastorno. No se ha estipulado concretamente que las complicaciones pre y perinatal afecten directamente a niños y niñas por igual, lo cual dichos problemas no son suficientes para afirmar la existencia de un TDAH”. (Condemarin Mabel, Gorostegui María Elena, Milicic Neva.2005.Pag: 29)*

3.-Factores nutricionales: *“En cuanto a este factor alimenticio es de suma importancia la dieta que tenga el niño y niña TDAH, ya que si se les elimina de su dieta colorantes artificiales, conservantes y salicilatos naturales como, almendras, fresas, tomates, entre otros, esto le permite mejorar su comportamiento”.* (Condemarin Mabel, Gorostegui María Elena, Milicic Neva.2005.Pag: 30)

Para mejorar el la conducta de esto niños, existe dietas, la cual en una de ellas se menciona lo siguiente:

- “La dieta de inclusión: *Suponen que la inclusión de ciertos elementos de alimentos que contengan vitaminas o hierro pueden mejor los síntomas del TDAH (esto se base en la carencia de este tipo de elementos en su alimentación)*
- La dieta de exclusión: *En el sentido inverso a la anterior, es decir retirar algunos de estos alimentos o aditivos que fomenten el problema. Entre los alimentos que los niños y niñas mas consumen durante la infancia, son los que incluyen leche de vaca, harina de trigo, colorantes alimentario y los cítricos”.*

(Psicología clínica infantil y juvenil, Trastorno déficit de atención con hiperactividad, Sergi Banús, 2012
<http://www.psicodiagnosia.es/areaclinica/trastornosdeconducta/trastornodeficitatencionconhiperactividad/default.php>)

4.-Factores Familiares y psicosociales: *“en este factor podemos identificar características familiares en relación a normas de crianza, la que puede significar ausencia o exceso de esta norma. Los componentes psicosociales han sido planteado como posibles causas del TDAH, pero sin embargo no se ha encontrado las pruebas necesarias que justifiquen que este factor es causante del TDAH. Pero lo que si los problemas de la conducta y autoestima se deben al entorno en que se desenvuelve el niños y niña. Además de la cohesión del grupo familiar, apoyo emocional, la aceptación de las dificultades del niños/as y la compensación activa de las áreas deficitarias. Cuando se efectúan estas condiciones, se supone que*

alrededor del 40% de los niños y niñas con el trastorno logran superar sus problemas de comportamiento al llegar a la edad adulta y no tener posteriores problemas conductuales.

Vivir en la pobreza con una vivienda en malas condiciones en un entorno precario, padecen influir en la génesis y perpetuación del problema generado, lo cual se posee mayores posibilidades que es un sector en donde las condiciones de vida de una familia sea más satisfactorias". (Condemarin Mabel, Gorostegui María Elena, Milicic Neva.2005.Pag: 32).

5. Factores ambientales y adquiridos

Entre los posibles factores causales estaría la hipoxia (privación de oxígeno) perinatal, neonatal, también otras complicaciones en el momento de nacer, infecciones intrauterinas, parasitarias, meningitis, encefalitis, deficiencia nutricional, traumatismo craneoencefálico y/o exposición a toxinas antes o después del parto.

También se han realizado diversos estudios en los que parece originarse una correlación positiva entre la presencia de altos niveles de plomo en la sangre y alteraciones cognitivas y de conducta.

Otro factor muy popular es el llamado conocido síndrome alcohólico fetal que cursa, lo cual se va a manifestar obviamente en las mujeres que cometen excesos o abusos del alcohol durante el embarazo.

Diagnóstico del Síndrome de Déficit Atencional

"El proceso de anamnesis personal y familiar debe incluir todos los ámbitos de desempeño del niño o niña, el cual incluye un examen clínico que comprende un examen general, neurológico y mental, en donde el examen neurológico tiene como función descartar patologías asociadas, la cual considera una evaluación de habilidades prácticas de lenguaje y aprendizaje. El examen mental tiene como objeto la evolución psicopatológica actual del paciente, continuando con un análisis del diagnóstico estableciendo en que situaciones es recomendable requerir estudios específicos siendo estos psicológicos, de laboratorio, electrofisiológicos o de

neuroimágenes”. (Lopez Isabel, Boehme Virginia, Forster Jorge y otros. 2006. Pag:141-142).

¿Quién detecta el problema?

Según la Guía práctica para educadores, El alumno con TDAH hace referencia a que: *“Habitualmente son los propios padres quienes manifiestan no poder o no saber dirigir el comportamiento de su hijo/a, o bien son los mismos profesores que dan la señal de alerta cuando detectan que un alumno/a no sigue el ritmo esperado o presenta graves problemas de comportamiento”*. (Mena Puyol Beatriz, Nicolau Palou Rosa y otros. 2006. Pag:10). Es por ello que es necesario y muy importante saber y conocer quién puede y está capacitado para realizar este diagnóstico, del cual a continuación se detalla.

¿Quién puede realizar el diagnóstico?

Como bien menciona la Guía práctica para educadores, El alumno con TDAH: *“El diagnóstico lo puede establecer un profesional conocedor del tema, bien del campo de la Medicina (psiquiatra o neuropediatra) o de la Psicología (psicólogo clínico o neuropsicólogo), en general en función de su dedicación al tema y también de su disponibilidad. El pediatra como conocedor privilegiado del niño o niña y su entorno se constituye, cada vez con mayor implicación, en un pilar fundamental en la detección y diagnóstico precoz del TDAH”*. (Mena Puyol Beatriz, Nicolau Palou Rosa y otros. 2006. Pag:10). Por lo que además es necesario conocer la forma e instrumentos que se van a utilizar para recoger información acerca de las conductas y comportamientos que realiza un niño o niña con TDAH, que a continuación se explica con mayor detalles.

¿Cómo se lleva a cabo?

Como se explicita en la Guía práctica para educadores, El alumno con TDAH: *“Para establecerlo, el profesional tendrá que necesariamente recabar información de los padres acerca del comportamiento de su hijo/a, de los profesores sobre el comportamiento y rendimiento del niño o niña y compararlo con el de otros niños /as*

de la misma edad, y del mismo niño/a para averiguar cómo se ve a sí mismo. Es habitual que el profesional haga responder una o más cuestionarios (con preguntas sobre el niño/a) a los padres, profesores y al propio niño/a. También puede facilitárseles tests (al niño/a) que le ofrecerán más información, sobre todo para descartar que los problemas de rendimiento escolar o de comportamiento no se deban a otras complicaciones". (Mena Puyol Beatriz, Nicolau Palou Rosa y otros. 2006. Pag:10-11).

Tratamiento Psicopedagógico

Tiene tres grandes frentes, que deben conocerse perfectamente para poder trabajar sobre las distintas áreas y conductas, siendo estas: **Familia- Profesor-Terapeuta.**

Las pautas que un niño o niña con TDAH necesita en la familia; para ello la familia deberá:

- *“Tener normas claras y bien definidas.*
- *Dar órdenes cortas y de una en una.*
- *Propiciar un ambiente ordenado y muy organizado, sereno y sin gritos.*
- *Reconocer el esfuerzo del niño o niña, aumentando su autoestima.*
- *Evitar la sobreprotección y no dejarse llevar por sus caprichos.*
- *Darles pequeñas responsabilidades.*
- *Fomentar sus puntos fuertes, entre otros”.*

Pautas **escolares** para un niño o niña con TDAH; en donde el profesor deberá:

- *“Ser un profesor que comprenda y asimile el trastorno del niño, que se informe sobre él.*
- *Sentarlo en un lugar adecuado, lejos de estímulos.*
- *Darles órdenes cortas y simples, manteniendo el contacto visual.*

- *Hacer excepciones, dándoles más tiempo en las actividades.*
- *Darle ánimo continuamente.*
- *Tener frecuentes entrevistas con los padres para seguir su evolución”.*

(Blogs Mexicanal, Trastorno por déficit atencional con hiperactividad, Francisco Gutiérrez, 2008 <http://www.mexicanal.com/blog-entry/mtro-francisco-g/10440>).

A continuación, se presenta una serie de recomendaciones generales para el aula con el objetivo de favorecer el proceso de aprendizaje del niño/a con TDAH. Éstas pueden dividirse en tres grupos: las que hacen referencia a la metodología o forma de dar las clases, las que inciden en el entorno de trabajo que según la Guía práctica para educadores, El alumno con TDAH:

Metodología para dar las clases:

1. **Cómo dar las instrucciones:** *“con el objetivo de facilitar el cumplimiento de las instrucciones por parte del educando, será necesario que en primer lugar se establezca contacto visual o acercamiento físico con el niño o niña, asegurando así su atención. Se entregan las instrucciones de una en una, éstas serán concretas, cortas y en un lenguaje positivo”.* (Mena Puyol Beatriz, Nicolau Palou Rosa y otros. 2006. Pag:24).
2. **Cómo explicar los contenidos académicos:** *“es conveniente que las explicaciones del Educador sean motivadoras y dinámicas, con la finalidad de atraer la atención y participación frecuente del estudiante, además es importante que estén estructuradas y organizadas y que el profesor se asegure de la comprensión del educando”.* (Mena Puyol Beatriz, Nicolau Palou Rosa y otros. 2006. Pag:24).
3. **Asignación de deberes y tareas:** *“con el objetivo de saber si un niño niñas con TDAH esta comprendiendo el temario, es importante que las tareas tengan un formato simple y claro, y que se asignen en una cantidad justa. En el caso de tratarse de actividades más largas, es conveniente separarlas,*

igualmente es imprescindible una supervisión y refuerzo constante". (Mena Puyol Beatriz, Nicolau Palou Rosa y otros. 2006. Pag:25).

Algunos criterios que deben considerar los profesores o educadores en el aula para detectar posibles rasgos de déficit atencional

- 1) *"Inquieto, demasiado activo*
- 2) *Excitable, impulsivo*
- 3) *Molesta a otros niños*
- 4) *No termina lo que comienza*
- 5) *Se mueve constantemente en la silla*
- 6) *Se distrae con facilidad*
- 7) *Hay que satisfacerlo de inmediato. No tolera frustración*
- 8) *Llora con facilidad*
- 9) *Cambia de humor de modo brusco*
- 10) *Pataletas, conducta explosiva"*

(Pediatria práctica en diálogos, Niños con déficit de atención: ¿qué deben saber y hacer los padres?, Pedro Barreda, 2012 http://www.pediatraldia.cl/deficit_atencion.htm)

Respecto de su aprendizaje (Sí o No)

- "- ¿Su lectura es poco fluida o silabeante?*
- ¿Le cuesta comprender lo que ha leído?*
- ¿Le cuesta escribir al dictado?*
- ¿Tiene dificultades para copiar a tiempo lo escrito en el pizarrón? ¿Comete muchas faltas de ortografía?*
- ¿Le cuesta demasiado el cálculo matemático?"*

(Pediatria práctica en diálogos, Niños con déficit de atención: ¿qué deben saber y hacer los padres?, Pedro Barreda, 2012 http://www.pediatraldia.cl/deficit_atencion.htm)

¿Es necesario comprometer a los padres?

Siempre es necesario hacer intervenir a los padres explicándoles:

“-Que la conducta del niño es involuntaria y que no lo hace por molestar (insistir en lo parecido que es a lo que alguno de ellos fue en su niñez).

-Que la crítica, ironía o desdén frente a sus conductas no ayudan a que éstas disminuyan.

-Que el reto o castigo físico sólo empeoran la conducta.

-Que se trata de un niño sano y normal, pero disarmónico.

-Que lo deben estimular y apoyar cuando actúe bien, porque si eso se hace de forma sistemática y coherente, las posibilidades de mejoría son enormes.

- Que no son adecuados los sermones ni promesas de premios, sino que es mejor esperar que aparezca una conducta deseable para entonces felicitarlo y premiarlo (refuerzo positivo de lo adecuado). La "presión verbal" constante para corregir su conducta sólo lo pone más ansioso e irritable (refuerzo positivo de lo inadecuado).

-Que es preferible obviar (time out) aquella conducta que no sobrepase un límite soportable pues eso contribuye a atenuarla.

-Que el mejor castigo ante una conducta desadaptativa que no ha respondido al time out o sobrepasa los límites de la tolerancia es retirar los refuerzos habituales (interacción con los padres o pares, salidas, TV, etc)”

(Pediatria práctica en diálogos, Niños con déficit de atención: ¿qué deben saber y hacer los padres?, Pedro Barreda, 2012 http://www.pediatraldia.cl/deficit_atencion.htm)

Existe un diagnóstico que se centra en el relato de los padres ante la desconcentración de sus hijos /as, a veces impulsividad e hiperactividad inapropiadas para la edad, las cuales influyen en su vida cotidiana. Les cuesta adaptarse a algún lugar, les cuesta seguir reglas, seguir instrucciones y su conducta es impredecible de un día a otro.

Se debe tener un cuidado de para no etiquetar que todo niño que se mueve corresponde a un TDA.

A tener en cuenta padres y profesores:

¿Es lo mismo el niño con déficit de atención que el niño con inmadurez neurológica?

Este último es un concepto equivoco, puesto que es inexacta es degradante para los niños y niñas. Es decir cuando algunas funciones no se han desarrollado en el niño o niña se puede decir en este caso que existe una variación normal del desarrollo. No es lo mismo que déficit de atención, puesto que de por medio se debe tener un diagnóstico para comprobarlo.

Dieta a tomar en cuenta padres y profesores para niños hiperactivos

Consiste en niños o niñas tan activos que sobresalen de los demás adoptando conductas inadecuadas para su edad. Estos niños pueden reaccionar frente a sustancias químicas adheridas en los alimentos. Por supuesto que los niños y niñas que son vegetarianos consumen menos “comida chatarra”, sin embargo pueden estar expuestos cuando su comida no es tan natural.

Existen algunos alimentos que deben ser consumidos escasamente como:

- *“Los dulces, las bebidas y las galletas, que contienen un colorante amarillo llamado tartrazina, los cuales son altamente perturbadores.*
- *Las bebidas gaseosas contienen, para hacerlas espumosas, ácido fosfórico, que producen hiperactividad.*
- *Los cereales, pero siempre que no contengan colorantes y aromatizantes artificiales.*
- *Deben suprimirse las tortas y todo en general, que contenga harina común. Debe reemplazarse por harina integral.*
- *Los helados deberán elaborarse en casa, sin colorantes ni aromatizantes artificiales.*
- *Los yogures deben ser naturales. Si le gustan con frutas puede agregarse frutas frescas. Los quesos deben ser sin colorantes.*

- *Utilizar aceite o manteca sin colorante ni aditivos. Suprimir las margarinas. Si consumen mostaza o mayonesa, deberán ser de elaboración casera.”*

(Revista Mujer, La dieta mejora la vida de los niños hiperactivos, Agencias, 2011 <http://www2.esmas.com/mujer/mama-y-bebe/el-nino-pequeno/260652/dieta-mejora-vida-ninos-tDAH-deficit-atencion-hiperactividad-azucars-conservadores-carbohidratos/>)

La etapa infantil resulta ser la más difícil para mantener en vigilancia la alimentación de los niños, ya que la mayor parte del tiempo se encuentran expuestos a la comida chatarra.

Existen también vitaminas que pueden tener una acción positiva en casos de TDAH, entre ellas se encuentran C y E, así como el complejo B, el cual actúa de manera positiva en los niños con esta condición.

El entorno de trabajo:

Como se menciona en la Guía práctica para educadores, El alumno con TDAH: *“Con la finalidad de reducir al máximo posible los estímulos distractores, el niño o niña con TDAH se beneficiará cuando su asiento se ubique cerca del Educador, facilitando así el contacto visual y la supervisión por parte de este, lejos de murales, ventanas u otros decoraciones”*. (Mena Puyol Beatriz, Nicolau Palou Rosa y otros. 2006. Pag:25). Por lo que además es necesario conocer las pautas que se mencionan a continuación para un mejor manejo y comprensión acerca de los niños o niñas que poseen TDAH.

Pautas **terapéuticas** para niños o niñas con TDAH, para ello el terapeuta deberá:

- *“Orientar a los padres acerca del trastorno que posee su hijo o hija.*
- *Darles pautas de conductas y actuación con su hijo (a).*
- *Entrenarlos en la resolución de problemas.*
- *Entrenarlos en habilidades sociales, puesto que suele presentar problemas con los demás.*

- *Entrenarlos en técnicas de relajación.*
- *Reeducar las dificultades de aprendizajes asociadas (dislexias, falta de memorias, digrafías, etc.)*

(Blogs Mexicanal, Trastorno por déficit atencional con hiperactividad, Francisco Gutiérrez, 2008 <http://www.mexicanal.com/blog-entry/mtro-francisco-g/10440>).

Fármacos usados en el TDAH

“Los PEM (Psicoestimulantes) son aminas simpaticomiméticos que comparten una estructura molecular similar con las catecolaminas endógenas, como la norepinefrina y dopamina. Se pueden administrar de vía oral, porque son resistentes a la destrucción por enzimas hepáticas y de otros tejidos. Su acción fundamental sobre el sistema nervioso central es facilitar la transmisión sináptica, aumentando la actividad excitatoria y revirtiendo el efecto depresor de los barbitúricos y de otros tranquilizantes sobre la formación reticular. Los PEM (Psicoestimulantes) más usados son, la anfetamina y la pemolina. En su uso clínico los niños y niñas con TDAH se ha reportado efectos positivos de PEM (Psicoestimulantes) sobre atención, cognición, control motor, impulsividad y conducta, posiblemente efectos menores sobre el control emocional e interacción social. Los efectos positivos sobre lo cognitivo ocurren en procesamientos de lenguaje y de información, memoria y eficacia del aprendizaje. Los efectos secundarios en niños con TDAH son prevalentemente al comienzo del tratamiento, pueden que presenten algunos de estos síntomas: cefalea, dolores abdominales, anorexia, movimientos anormales, disforia, insomnio, palidez que son los más frecuentes. También están los efectos secundarios en niños y niñas con TDAH la cual son grupos menores y prevalentemente hombres, lo cual pueden tener un retardo constitucional del crecimiento y un desarrollo puberal más tardío”. (Lopez Isabel, Boehme Virginia, Forster Jorge y otros. 2006. Pag: 210-213). Es por ello que es necesario conocer los mitos y errores acerca de los medicamentos que se utilizan

en el tratamiento del TDAH que como bien se mencionan en la Guía práctica para educadores, El alumno con TDAH son los siguientes:

Mitos y errores acerca de los medicamentos utilizados en el tratamiento del TDAH.

- 1. El tratamiento con medicación está de moda:** *“no es del todo cierto, ya que hace más de cincuenta años que se utilizan fármacos como parte del tratamiento del TDAH. De hecho, el principio activo de la medicación más utilizada continua siendo el mismo, además existen diferentes grupos de medicaciones que pueden ayudar y el tratamiento, en cualquier caso, debe ser prescrito y controlado individualmente para cada paciente”.* (Mena Puyol Beatriz, Nicolau Palou Rosa y otros. 2006. Pag:48).
- 2. A los hiperactivos se les seda para que no molesten:** *“hoy día es muy poco habitual utilizar sedantes como parte del tratamiento del TDAH, y cuando se usan, normalmente es para controlar otros trastornos. Paradójicamente, las medicaciones que más se prescriben para mejorar los síntomas de la hiperactividad son estimulantes cerebrales”.* (Mena Puyol Beatriz, Nicolau Palou Rosa y otros. 2006. Pag:48).
- 3. La medicación es adictiva o puede predisponer a adicciones en la edad adulta:** *“es falso, si bien es cierto que los medicamentos más utilizados son los estimulantes, pero sin embargo no son adictivos si se utilizan de manera correcta”.* (Mena Puyol Beatriz, Nicolau Palou Rosa y otros. 2006. Pag:49).
- 4. La medicación es de por vida:** *“en pocos casos; la gran mayoría de los pacientes tratados a tiempo consigue llegar a un punto de control de sus síntomas en la que la medicación ya no es necesaria”.* (Mena Puyol Beatriz, Nicolau Palou Rosa y otros. 2006. Pag:49).
- 5. La medicación quita el apetito e incluso puede frenar el crecimiento:** *“ninguna medicación está libre de efectos secundarios, sin embargo, la*

práctica médica razonable excluye administrar una medicación que cause más problemas de los que resta. La pérdida del apetito, si se produce, suele poderse regular administrando las comidas principales en horas en que la medicina no hace efecto, y si por esta causa el crecimiento se enlentece, la talla final no parece verse afectada". (Mena Puyol Beatriz, Nicolau Palou Rosa y otros. 2006. Pag:49).

- 6. La medicación debe de darse cuando otras estrategias de tratamiento fracasan:** *"curiosamente, los estudios que mas exhaustivamente han comparado diferentes modalidades de tratamiento demuestran rotundamente que la medicación es el tratamiento singular con mejores resultados. Cabe destacar que esto no es una garantía para todos los pacientes, y para los que no se benefician de un fármaco existen otras medicinas. Es por esto que no se debe olvidar que muchos adultos cuyo TDAH no fue diagnosticado ni tratado en su momento, a menudo precisan tratamientos mucho más complejos y agresivos para controlar sus consecuencias".* (Mena Puyol Beatriz, Nicolau Palou Rosa y otros. 2006. Pag:49).

Pronóstico

El pronóstico depende de muchos factores y por ende es difícil determinarlo. Ya que no hay uno que abarque todos los casos, por ejemplo los factores de resiliencia, de riesgo individual, familiar, social, etc.

Algunos factores que ayudan a mejorar y moderan el pronóstico son:

- *"Apoyo Social y relaciones familiares estables y protectoras*
- *Relaciones cercanas con adultos significativos, en el adolescente.*
- *La forma de crianza que incluyen una disciplina consistente y respetuosa, con buen control externo de la conducta del niños/as durante todo su desarrollo.*
- *Tratamiento multiprofesional oportuno.*

(Condemarin Mabel, Gorostegui María Elena Milicic Neva.2005.Pag: 40)

En cuanto al pronóstico se clasifican dos categorías que establecen criterios para determinar la severidad del cuadro que son:

- a) **De leve a moderado:** *en esta categoría se incluyen a los niños y niñas que se favorecen con los programas de apoyo habituales, con el tratamiento medicamentoso y cuyo pronóstico es favorable en la medida que se cumplan ciertas condiciones básicas de tratamiento.*

- b) **Grado severo:** *contiene a los niños y niñas con alto riesgo de presentar problemas educacionales que implican el diagnóstico de un profesional y establecimiento educacional. En la edad temprana los niños y niñas suelen tener accidentes, dado su bajo control de impulsos, además corren el riesgo de ser sujeto a maltrato físico y psicológico. (Condemarin Mabel, Gorostegui María Elena, Milicic Neva.2005.Pag: 41)*

Capítulo III

Marco Metodológico

Enfoque del Estudio

Nuestra investigación tiene una metodología de tipo Cuantitativa, la cual hace referencia a que:

El enfoque cuantitativo *“usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías”*. (Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos y otros. 2010. Pág: 4). Es por ello que nuestro objeto de estudio serán las Educadoras de Párvulos de diferentes establecimientos educacionales municipales y privados, a las cuales se le realizará una encuesta que nos aportará la información necesaria para extraer diversas conclusiones y resolver nuestra interrogante principal.

Tipo y diseño de estudio

El tipo de estudio de nuestra investigación es descriptivo, ya que se *“buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos a las variables a las que se refieren esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas”*. (Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos y otros. 2010. Pág: 80). Por lo que además se busca caracterizar la variable “conductas”, utilizando un diseño no experimental debido a que: *“no se genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza. Las variables independientes ocurren y nos es posible manipularlas, no se tiene control directo sobre dichas variables ni se puede influir en ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos”*. (Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos y otros. 2010. Pág: 149). Por lo tanto nos permite obtener datos sin tener que manipular nuestra variable. La medición que utilizaremos será transversal porque busca la: *“recolección de datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado”*.

(Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos y otros. 2010. Pág:151). Es por esto que realizaremos sólo una medición en la investigación.

Población y muestra

En nuestra investigación trabajaremos con una población heterogénea, la cual está dirigida a Educadoras de párvulos de establecimiento educacionales de distinta dependencia administrativa de la ciudad de Chillán, a saber, Establecimientos Particulares, Establecimientos Subvencionados y Establecimientos Municipales, el tiempo de duración de la investigación se ejecutara a partir de marzo a julio del año 2012.

Unidades Muestrales	N° de Establecimientos	Número de Educadoras
Establecimientos Municipales	23	146
Establecimientos Subvencionados	27	128
Establecimientos Particulares	2	4

Fuente: Coordinación Provincial de Educación Parvularia Chillán.

La unidad muestral fue realizada en base a los datos obtenidos de los establecimientos educacionales municipales, subvencionados y particulares de la ciudad de Chillán.

El tamaño de la muestra fue un total de 68 Educadoras, siendo de:

Establecimientos Municipales	34
Establecimientos Subvencionados	32
Establecimientos Particulares	2

Las Técnicas de relevamiento

La técnica estandarizada que aplicaremos para obtener información sobre los prejuicios que tienen las educadoras de párvulos frente a los niños inquietos y desatentos, será la encuesta ya que esta presentará preguntas con alternativas de respuestas.

Validación del instrumento de medición

Nuestra Face validity de nuestro instrumento de medición, es que las preguntas que posee nuestra encuesta son claras, comprensibles, fácil de entender y responder y son coherentes a los indicadores planteadas.

El juicio de expertos para validar mejor nuestra investigación en que consultaremos a expertos en tema tales como: psicólogos, siquiátras, profesora diferencial, psicopedagogos y Educadora de párvulos.

Para el proceso de validación se utilizó como instrumento de evaluación una encuesta, que consiste en dos variables; una de déficit atencional y la otra de hiperactividad con sus respectivos indicadores, los cuales se deben seleccionar según sus categorías (muy en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo, muy de acuerdo, no aplica).

Para ello se solicitó a los siguientes académicos de la universidad del Bío- Bío validar dicha encuesta.

Nombre académico	Profesión
Andrea Mora Alarcón	<ul style="list-style-type: none"> • Educadora de Párvulos. • Licenciatura en educación. • Diplomado en Pedagogía para la Educación Superior. • Magister Pedagogía para la Educación Superior (C).
Patricia Arteaga González	<ul style="list-style-type: none"> • Educadora de párvulos. • Psicopedagoga y profesora de educación diferencial mención retardo mental y trastornos del lenguaje. • Magister en educación para la educación superior
Carmen Mena Bastías	<ul style="list-style-type: none"> • Educadora de Párvulos.

	<ul style="list-style-type: none">• Magister en Pedagogía Universitaria y Educación Superior
Carlos Ossa Cornejo	<ul style="list-style-type: none">• Psicólogo.• Licenciatura en psicología.• Magister en educación con mención en integración pedagógica.
Lucia Navarrete Troncoso	<ul style="list-style-type: none">• Educadora de párvulos.• Magister en educación con mención en educación parvularia.

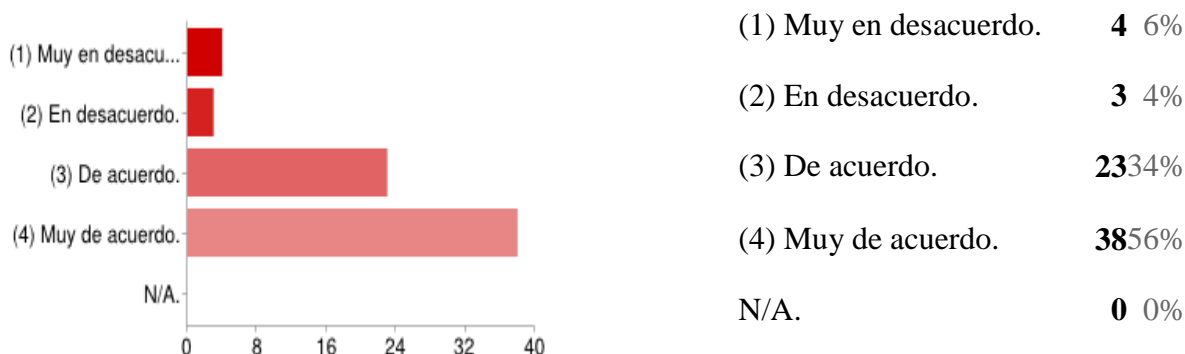
Técnicas de análisis de datos secundarios

Ya obtenidos los datos de nuestra investigación podemos aplicar técnicas de análisis tales como tabla de frecuencia, gráficos, calcular la mediana, entre otros.

Resultados

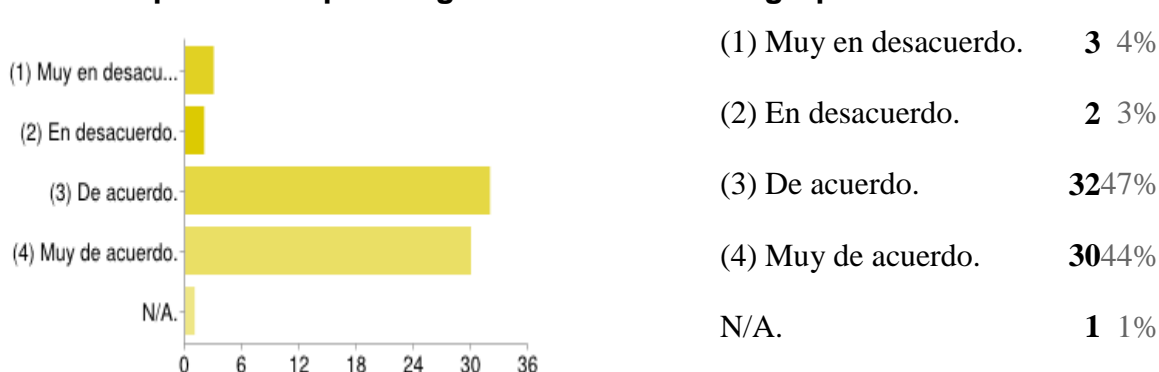
1. De acuerdo a su experiencia, ¿Considera usted que con los siguientes ítems es posible detectar el Déficit Atencional?

1.1 Se distrae fácilmente.



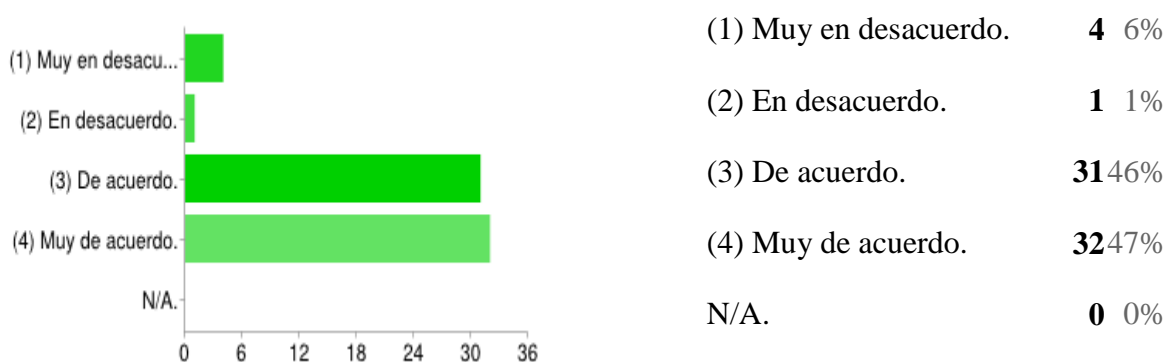
EL 56% correspondiente a 38 educadoras, siendo más de la mitad de la población está *muy de acuerdo* (4) con que los niños (as) que poseen déficit atencional se distraen fácilmente, seguido de un 34% que equivale a 23 educadoras están *de acuerdo* (3), por el contrario un 6% señalado por 4 educadoras dicen estar *muy en desacuerdo* (1), el otro restante con un 4% igual a 3 educadoras indican estar *en desacuerdo* (2), finalmente 0% ya que no fue seleccionada pertenece a *no aplica* N/A

1.2 Tiene problemas para seguir una actividad de grupo.



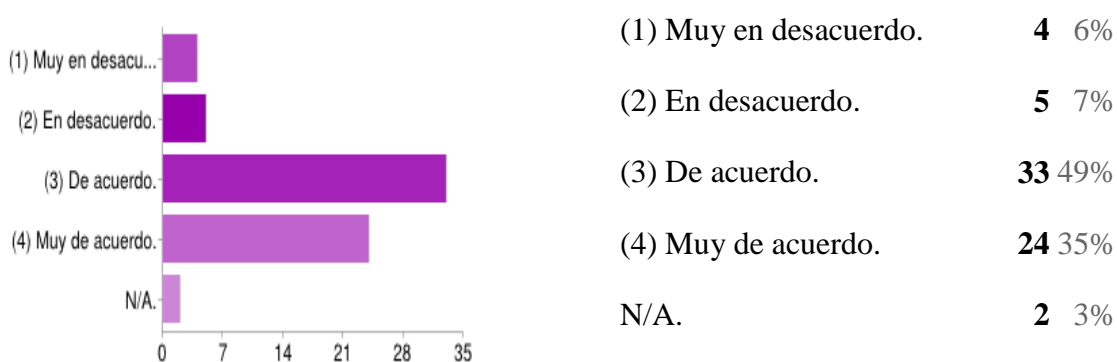
Respecto con la pregunta anterior un 47% correspondiente a 32 Educadoras, seleccionaron la opción muy de acuerdo (4) ya que los niños/as que poseen déficit tienen problemas para seguir una actividad de grupo. Un 44% equivalente a 30 Educadoras respondió que estaba de acuerdo (3), por el contrario un 4% correspondiente a 3 Educadoras indico estar *muy en desacuerdo* (1) con lo anterior. Y un 3% igual a 2 Educadoras dice estar *en desacuerdo* (2) y por ultimo un 1% equivalente a una Educadora seleccionó *no aplica*. N/A

1.3 Con frecuencia no termina actividades que comienza.



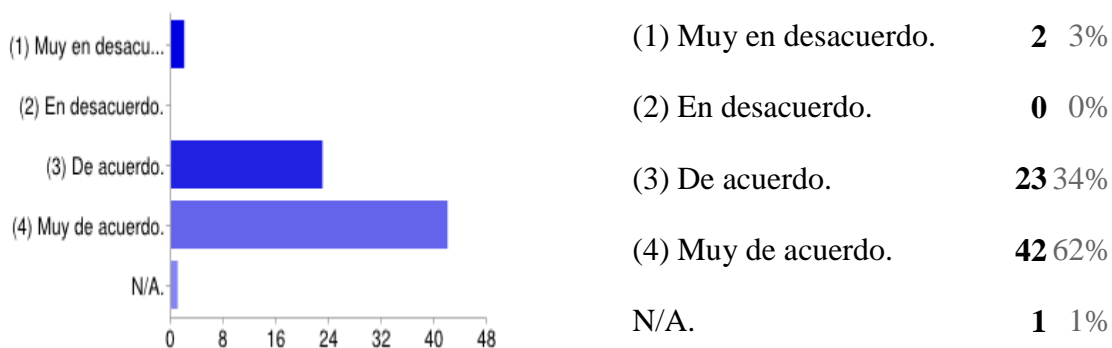
En cuanto a la pregunta 1.3, un 47% correspondiente a 32 Educadoras, optaron por la opción muy de acuerdo (4) ya que si creen que los niños/as con déficit atencional con frecuencia no termina actividades que comienza. Un 46% similar a 31 Educadoras indicó que estaba de acuerdo (3), por el inverso un 6% correspondiente a 4 Educadoras revelo estar muy en desacuerdo (1) con lo anterior. Y un 1% igual a 1 Educadoras dice estar en desacuerdo (2) y por ultimo un 0% seleccionó no aplica. N/A.

1.4 A menudo no parece escuchar.



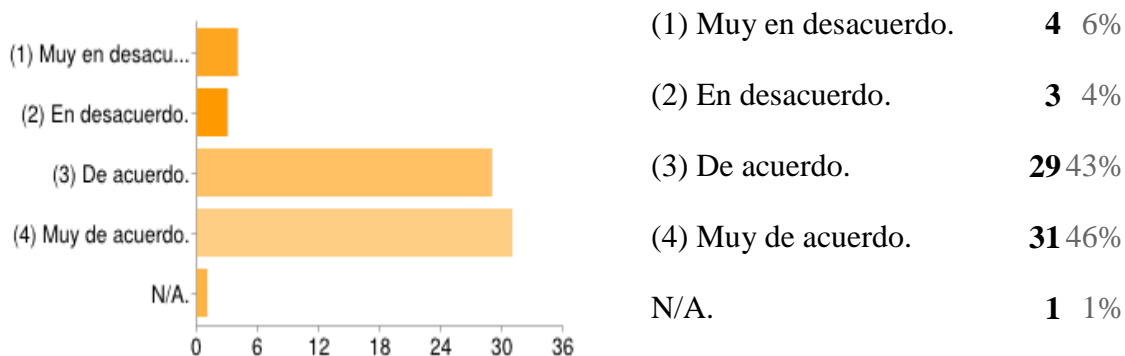
EL 49% correspondiente a 33 educadoras, siendo casi la mitad de la población está *de acuerdo* (3) con que los niños (as) que poseen déficit atencional a menudo no parecen escuchar, seguido de un 35% que equivale a 24 educadoras están *muy de acuerdo* (4), por el contrario con un 7% destacado por 5 educadoras dicen estar *en desacuerdo* (2), el otro restante con un 6% igual a 4 educadoras revelan estar *muy en desacuerdo* (1), finalmente con un 3% que fue respondido por 2 educadoras pertenece a la opción *no aplica* N/A .

1.5 Fácil distraibilidad por estímulos ajenos a la situación.



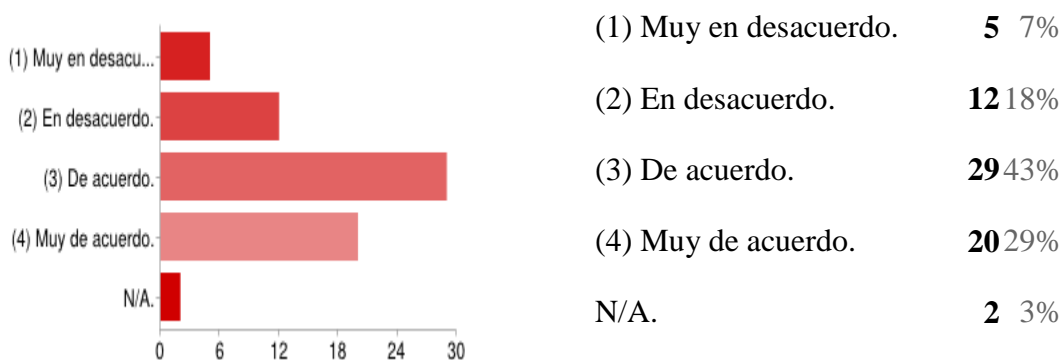
EL 62% correspondiente a 42 educadoras, poco menos de la mitad de la población está *muy de acuerdo* (4) con que los niños (as) que poseen déficit atencional tienen fácil distraibilidad por estímulos ajenos a la situación, seguido de un 34% que equivale a 23 educadoras están *de acuerdo* (3), por el contrario con un 3% señalado por 2 educadoras dicen estar *muy en desacuerdo* (1), el otro restante con un 1% igual a 1 educadora revela que el indicado *no aplica* (N/A) y por ultimo con un 0% ya que no fue seleccionada esta opción que es *en desacuerdo* (2).

1.6 Dificultad para seguir instrucciones.



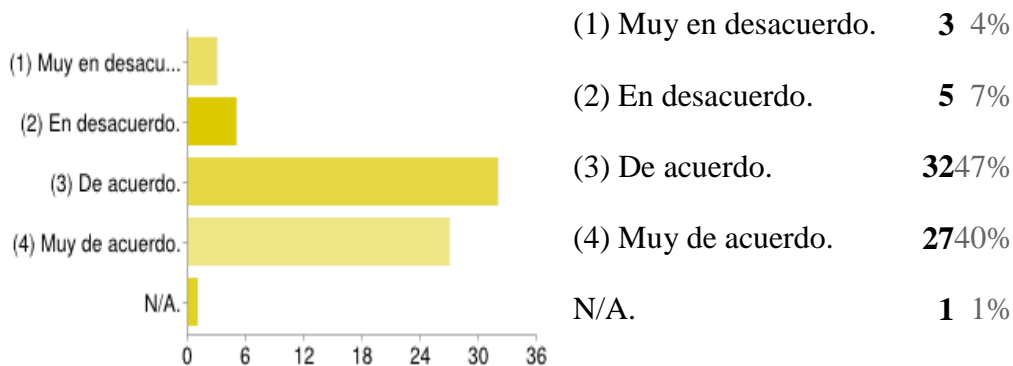
EL 46% correspondiente a 31 educadoras, poco menos de la mitad de la población está *muy de acuerdo* (4) con que los niños (as) que poseen déficit atencional presentan dificultad para seguir instrucciones, seguido de un 43% que equivale a 29 educadoras están *de acuerdo* (3), por el contrario con un 6% señalado por 4 educadoras dicen estar *muy en desacuerdo* (1), el otro restante con un 4% igual a 3 educadoras revela que están *en desacuerdo* (2) y por ultimo el 1% que es 1 educadora señala que el indicador *no aplica* (N/A).

1.7 Dificultad para mantener la atención en actividades lúdicas.



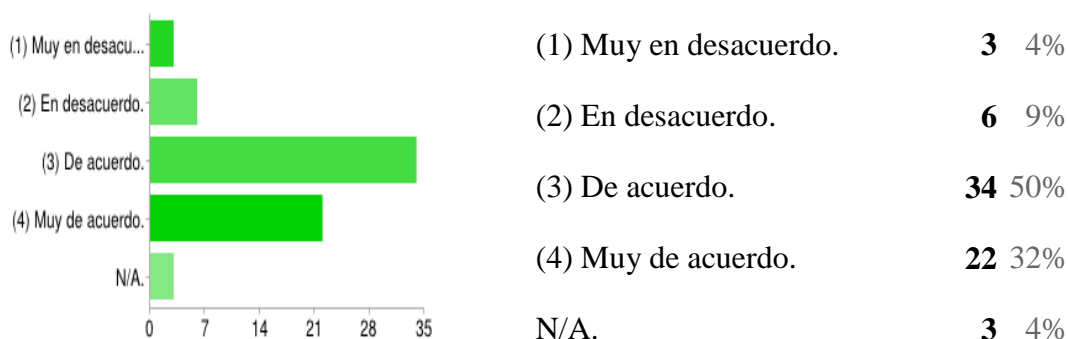
En este indicador el 43% realizado por 29 educadoras dijeron en estar *De acuerdo*(3), luego el 29% indicado por 20 de ellas dicen estar *Muy de acuerdo*(4), seguido del 18% ejecutado por 12 educadoras mencionan estar *En desacuerdo* (2), continuado del 7% efectuado por 5 educadoras aluden *Muy en desacuerdo* (1), finalmente el 3% correspondiente a 2 de las encuestadas marcan *No aplica* (N/A)

1.8 A menudo no escucha lo que se le dice.



Entre la opción *De acuerdo*(3) y la opción *Muy de acuerdo*(4) hubo una diferencia de 7% es decir 5 Educadoras se inclinaron mas por la opción (3) con un 47% correspondiente a 32 educadoras y la casilla (4) un 40% realizado por 27 educadoras, seguido está *En desacuerdo*(2) con el 7% realizado por 5 educadoras, luego *Muy en desacuerdo*(1) con el 4% ejecutado por 3 educadoras, finalmente 1 educadora marca *No aplica*(N/A) con el 1%.

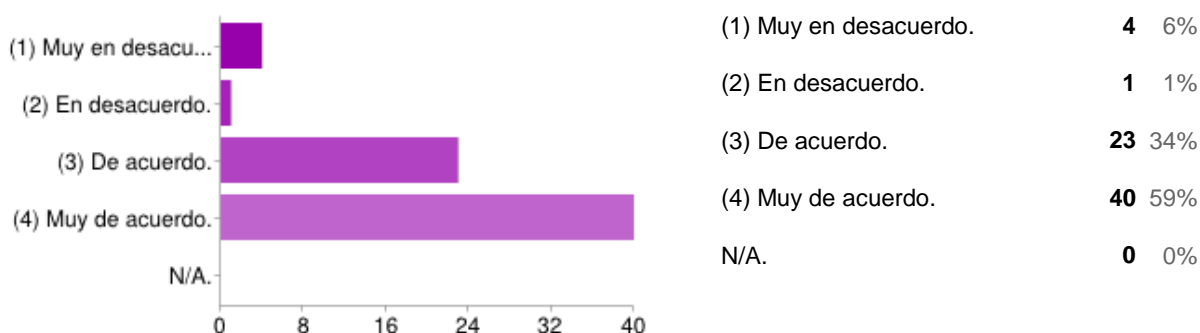
1.9 A menudo pierde cosas necesarias para una tarea o actividad.



En el presente gráfico se puede apreciar que el 50% correspondiente a 34 educadoras mencionan en estar *De acuerdo*(3), seguido del 32% perteneciente a 22 educadoras señalan *Muy de acuerdo*(4), luego el 9% referente a 6 educadoras dicen *En desacuerdo*(2), finalmente hay una igual en los porcentajes de *No aplica*(N/A) y *Muy en desacuerdo*(1), ya que ambos obtuvieron un 4%, con 4 educadoras por cada opción.

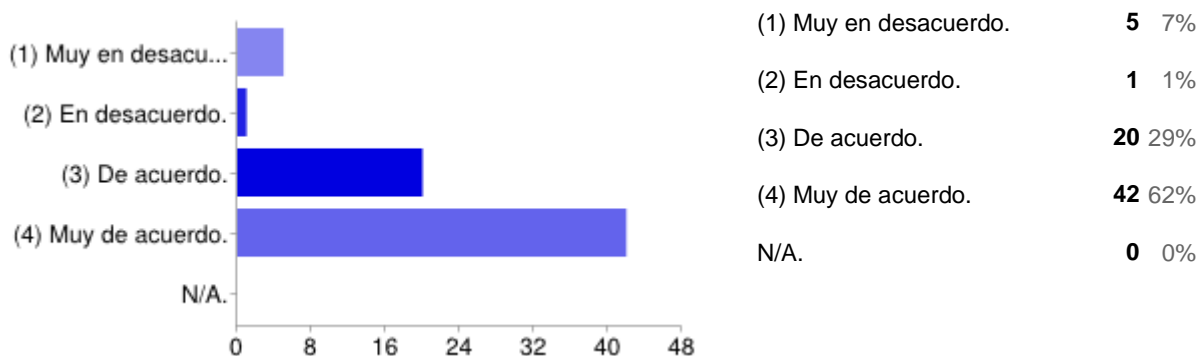
2. En relación a lo observado en aula, ¿Considera usted que es viable diagnosticar Hiperactividad con los ítems planteados a continuación?

2.1 Le es difícil permanecer sentado.



De un total de 68 Educadoras encuestadas, 40 de ellas está muy de acuerdo(4) en que el indicador Le es difícil permanecer sentado es el adecuado para diagnosticar hiperactividad, seguido de 23 Educadoras (34%) que están de acuerdo (3). En cambio 1 de ellas (1%) está en desacuerdo (2) con dicho indicador y 4 Educadoras siendo el (6%) están muy en desacuerdo (1).

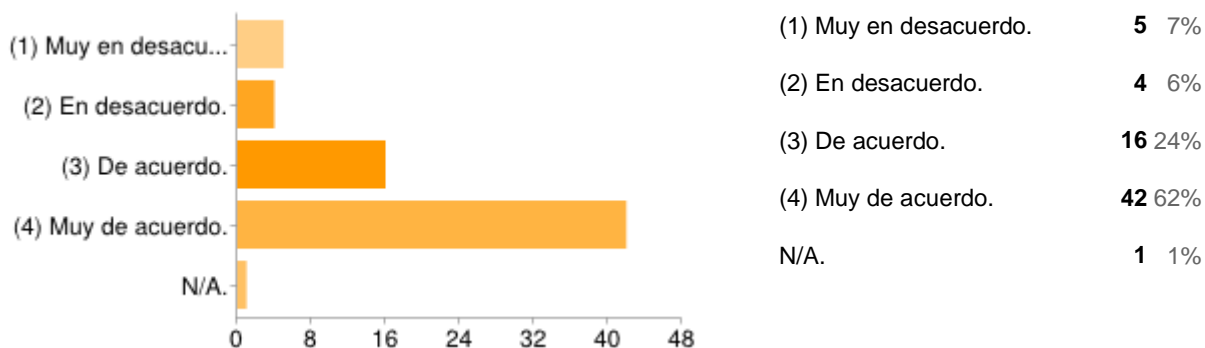
2.2 Tiene problemas para quedarse quieto.



Del 100% de las Educadoras encuestadas, 42 de ellas representando el 62% están muy de acuerdo (4) en que el indicador Tiene problemas para quedarse quieto es relevante para diagnosticar la hiperactividad, como también 20 de las profesionales siendo el 29% está de acuerdo (3), pero una de ellas (1%) está en desacuerdo (2) con

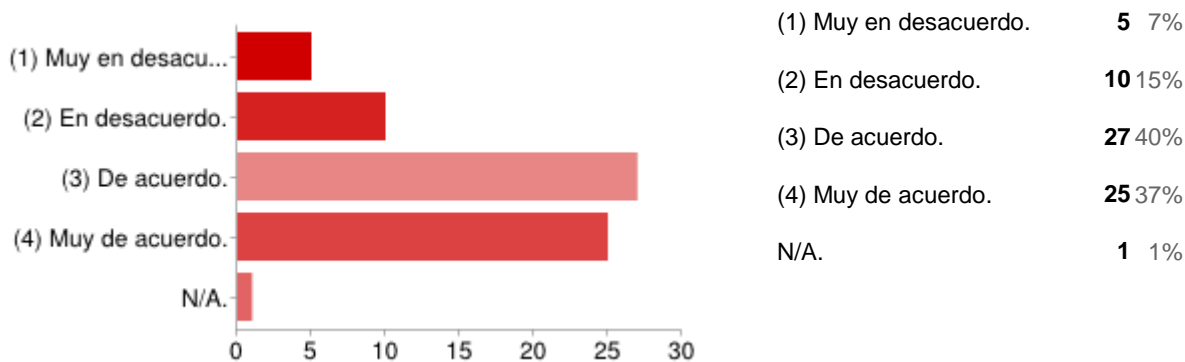
el indicador como también 5 de las Educadoras perteneciente al 7% están muy en desacuerdo (1) con el mismo.

2.3 Corre y trepa por todos lados excesivamente.



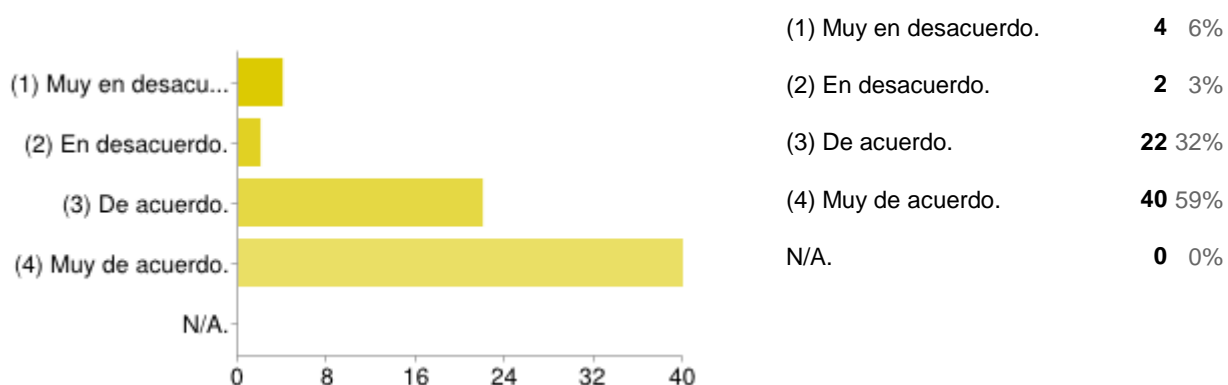
De las 68 Educadoras encuestadas, 42 de ellas equivalente al 62% contestaron que están muy de acuerdo (4) en que el indicador Corre y trepa por todos lados excesivamente es necesario ser observado para detectar la hiperactividad, así como también 16 de las mismas constituyendo el 16% están de acuerdo (3) con dicho indicador, por el contrario 4 de las profesionales representando el 6% está en desacuerdo (2), 5 muy en desacuerdo (1) siendo el 7% y una de ellas perteneciente al 1% establece que el indicador no aplica (N/A) considerando que no es relevante para detectar la hiperactividad.

2.4 A menudo habla excesivamente, verborrea.



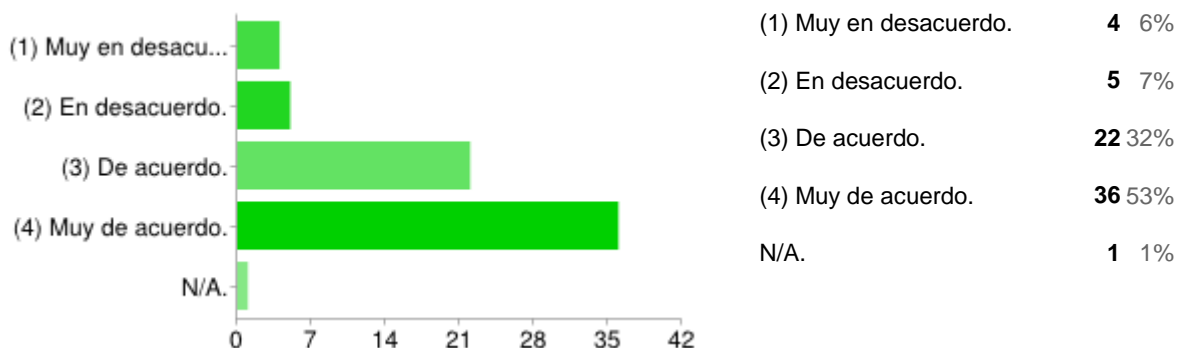
Por lo que indica el presente gráfico 25 Educadoras correspondiente al 37% de un total de 68 Educadoras encuestadas señalan que están muy de acuerdo (4) en que el indicador A menudo habla excesivamente, verborrea es adecuado para detectar la hiperactividad, además 27 de ellas representando un 40% están de acuerdo (3) con el mismo, en cambio 10 de las profesionales siendo el 15% están en desacuerdo (2) y 5 significando el 7% están en muy en desacuerdo (1). Como también 1 de las Educadoras que corresponde al 1% establece que el indicador no aplica (N/A) para ser considerado como selecto para determinar la hiperactividad en un niño/a.

2.5 Inquietud frecuente, que se aprecia por movimientos inquietos o impaciencia.



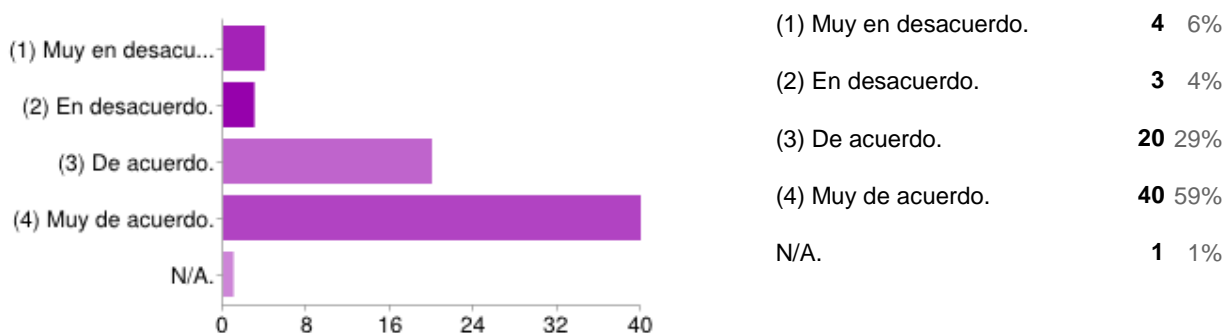
Según los resultados obtenidos de las encuestadas aplicadas a 68 Educadoras, 40 de ellas representando el 59% establecen que están muy de acuerdo (4) en que el indicador evaluado Inquietud frecuente, que se aprecia por movimientos inquietos o impaciencia es indicado para diagnosticar la hiperactividad, como también 22 de las mismas simbolizando el 32% está de acuerdo, pero 2 de las mismas correspondiente al 3% considera estar en desacuerdo con el indicador como también 4 de las profesionales siendo el 6% están muy en desacuerdo con el mismo.

2.6 Dificultad para esperar su turno.



Del 100% de las Educadoras de Párvulo encuestadas, el 53% de ellas está muy de acuerdo con que este indicador es el indicado para verificar si un niño o niña presenta o no Hiperactividad, el 32% que sigue está De acuerdo con esto, al contrario de 7% de ellas que se encuentra En desacuerdo con éste, seguidos por el 6% que está Muy en desacuerdo con este indicador para corroborar si se presente a o no este Trastorno.

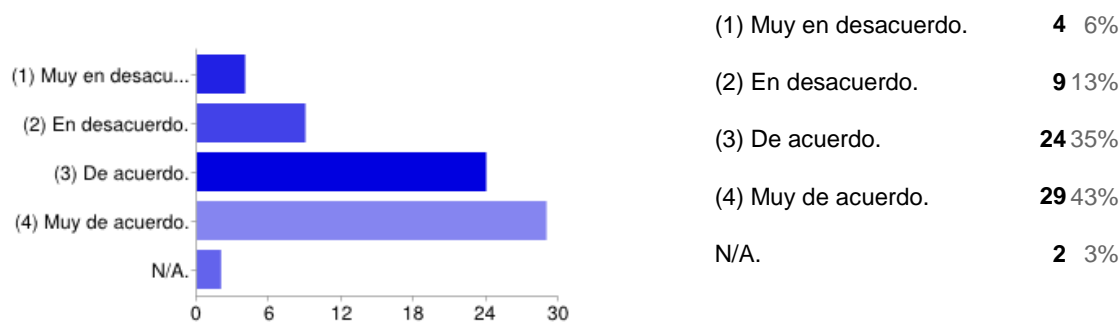
2.7 A menudo interrumpe o se implica en actividades de otros niños.



Respecto a este indicador se puede inferir que de las 68 Educadoras encuestadas 40 de ellas representando al 59% de ellas está Muy de acuerdo con que esta conducta presente en los niños y niñas puede indicar que presenta Hiperactividad, el 29% siguiente está De acuerdo con esta afirmación, mientras que el 4% o sea 3 Educadoras de 68 Educadoras encuestadas cree que este indicador no necesariamente representa a un niño o niña con este Trastorno por lo tanto marcaron la opción En desacuerdo, lo mismo ocurre con el 4% restante que marcó la opción

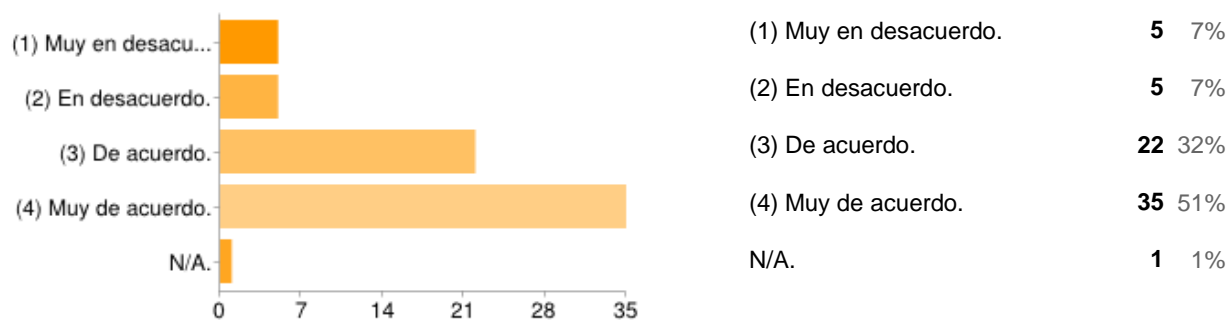
Muy en desacuerdo. Solo una Educadora cree que este indicador no aplica a lo que se pretende conocer.

2.8 Frecuencia de respuestas anticipadas.



El 43% correspondiente a 29 Educadoras encuestadas está Muy de acuerdo con que el indicador “Frecuencia de respuestas anticipadas” es apto para saber si un presenta o no Hiperactividad, seguido por un 35% equivalente a 24 Educadoras se mostraron De acuerdo con este indicador, y por el contrario, un 13% de ellas refleja estar En desacuerdo, al igual que el 6% restante cuya opción seleccionada fue Muy en desacuerdo, el otro 3% de ellas restante señaló que este indicador no aplica para medir Hiperactividad.

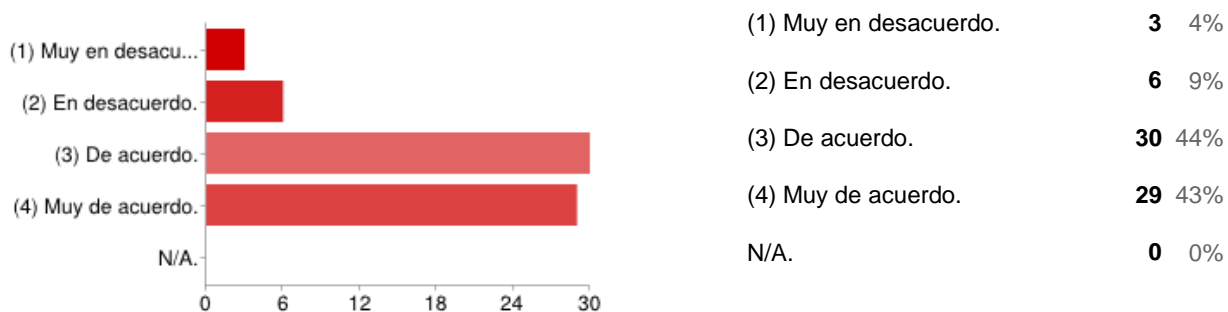
2.9 Frecuentes cambios de una actividad incompleta a otra.



De acuerdo a las respuestas entregadas por las 68 Educadoras de Párvulos que contestaron esta encuesta, se puede indicar que 35 de ellas representando al 51% se encuentra Muy de acuerdo con que este indicador es muy necesario para detectar la Hiperactividad en los niños y niñas, esto lo reafirman 22 profesionales más que seleccionaron la opción De acuerdo, y por el contrario, las 11 personas que restan

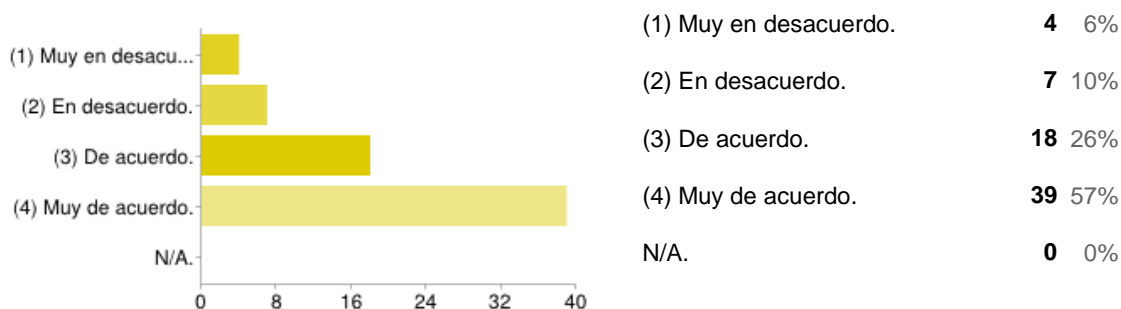
señalan no estar de acuerdo con este indicador, seleccionando el 5 de ellas correspondiente al 7% la opción En desacuerdo al igual que el otro 7% que marcó la opción Muy en desacuerdo, además cabe destacar que una sola persona considera que este indicador No Aplica.

2.10 Dificultad para jugar con calma.



Se puede inferir del gráfico anterior que el 43% de las encuestadas se encuentra Muy de acuerdo con el indicador como una forma de detectar Hiperactividad en un niño o niña, al igual que el 44% siguiente cuya preferencia fue la opción De acuerdo, solo 9 profesionales consideran que este indicador no necesariamente está ligado a este trastorno, por lo mismo las opciones que marcaron fueron En desacuerdo con un 9% y Muy en desacuerdo con el 4% faltante.

2.11 A menudo practica actividades peligrosas sin tener en cuenta riesgos



Con los datos que proporciona este gráfico se puede señalar que más del 50% de las profesionales encuestadas, sea 39 de 68 personas, marcó como su opción estar Muy de acuerdo con el indicador presentado como un medio para conocer si un niño o niña presenta o no Hiperactividad, seguido por un 26% que manifiesta estar De acuerdo con éste. Por otra parte, hay algunas Educadoras de Párvulos cuya opinión se ve mejor representada por la opción En desacuerdo que obtuvo un 10% del total y por la opción Muy en desacuerdo que obtuvo un 6% de preferencias.

Conclusiones

Al finalizar nuestro estudio de investigación podemos concluir que a través de las encuestas se logró determinar que las Educadoras de Párvulos tienen muy claras las actitudes y acciones que presentan los niños y niñas en edad preescolar cuando comienzan a desarrollar el Síndrome de Déficit Atencional. Los indicadores que utilizan para esto son los 9 que se presentan a continuación, acompañados por su respectivo porcentaje (%) de aprobación:

- Se distrae fácilmente (90%), Tiene problemas para seguir una actividad de grupo (91%), Con frecuencia no termina actividades que comienza (93%), A menudo no parece escuchar (84%), Fácil distraibilidad por estímulos ajenos a la situación (96%), Dificultad para seguir instrucciones (89%), Dificultad para mantener la atención en actividades lúdicas (72%), A menudo no escucha lo que se le dice (87%), A menudo pierde cosas necesarias para una tarea o actividad (82%).

A partir de estos resultados se percibe que un alto porcentaje de Educadoras de Párvulos consideran estar *Muy de acuerdo y De acuerdo* con los indicadores expuestos anteriormente.

En base a los datos entregados por las Educadoras de Párvulos para identificar la Hiperactividad en niños y niñas se han declarado los siguientes indicadores:

- Le es difícil permanecer sentado (93%), Tiene problemas para quedarse quieto. (91%), Corre y trepa por todos lados excesivamente (86%), A menudo habla excesivamente, verborrea (77%), Inquietud frecuente, que se aprecia por movimientos inquietos o impaciencia (91%), Dificultad para esperar su turno (85%), A menudo interrumpe o se implica en actividades de otros niños (88%), Frecuencia de respuestas anticipadas (78%), Frecuentes cambios de una actividad incompleta a otra (83%), Dificultad para jugar con calma (87%), A menudo practica actividades peligrosas sin tener en cuenta riesgos (83%).

De acuerdo a la información recopilada se aprecia que más del 50% de las Educadoras de Párvulos están *Muy de acuerdo y De acuerdo* con los indicadores expuestos anteriormente, ya que estos permiten detectar la presencia de Hiperactividad en los niños y niñas de los niveles antes mencionados.

También, es importante destacar, que para establecer el Déficit Atencional e Hiperactividad, es necesario señalar que las Educadoras de Párvulos a cargo de los Niveles de Transición 1 y 2 de la ciudad de Chillán, tanto de establecimientos subvencionados, municipales y particulares pagados, han demostrado que los indicadores evaluados de ambas variables son adecuados para identificar si un niño o niña posee alguno de los trastornos ya mencionados.

Con respecto a la Hipótesis 1 de nuestra investigación que corresponde a las “conductas en que se basan las Educadoras de párvulos para identificar Déficit Atencional en niños y niñas” son que Se distraen fácilmente, y Tienen problemas para seguir una actividad de grupo.

Nuestra Hipótesis sí fue apoyada por los datos recopilados, ya que se demostró mediante los gráficos que un 94% correspondiente a 61 Educadoras eligieron las opciones *De acuerdo y Muy de acuerdo* para el indicador “se distraen fácilmente”, por lo tanto se puede inferir de esto, que este indicador es imprescindible para detectar un posible caso de Déficit Atencional en niños y niñas de los niveles de transición. Así mismo, con el indicador “tienen problemas para seguir una actividad de grupo”, se puede llegar a la conclusión de que los niños y niñas que presentan esta conducta tienen muchas probabilidades de presentar este Síndrome, esto lo avalan los resultados entregados por los gráficos en los cuales se observa que un 91% de las Educadoras correspondiente a 62 de ellas optaron por las opciones *De acuerdo y Muy de acuerdo*.

En relación a la Hipótesis 2, cabe destacar que las conductas en que se basan las Educadoras de Párvulos para identificar Hiperactividad en niños y niñas son, que Tienen problemas para quedarse quietos, y A menudo habla excesivamente, verborrea.

Para los indicadores de esta variable al igual que la hipótesis 1 hay que destacar que fue avalada por los resultados obtenidos a través de las encuestas, ya que el 91% perteneciente a 62 Educadoras señalaron que están *De acuerdo y Muy de acuerdo*

con el indicador “tienen problemas para quedarse quietos”, información con la cual se deduce que al presentarse esta conducta de manera muy reiterativa estaríamos frente a un posible Síndrome de Hiperactividad. Respecto al indicador “a menudo habla excesivamente, verborrea” los resultados de los gráficos señalan que un 77% correspondiente a 51 Educadoras, consideraron estar *De acuerdo y Muy de acuerdo* con éste, aceptando que a través de este se pueden observar los primeros indicios de estar frente a un niño o niña Hiperactivo/a.

También, es importante señalar que las limitaciones que tuvo la investigación durante el proceso de indagación fueron:

- Escasa información actualizada de textos digitalizados y concretos tanto del Déficit Atencional como de la Hiperactividad; Restricción por parte de los Establecimientos Educacionales, especialmente Municipales, ya que exigen permisos de autorización del DAEM de la comuna; Al optar por las encuestas online, muchas Educadoras retrasaron el proceso al no contestar dicho instrumento de evaluación o al no tener algún tipo de correo electrónico; Dentro de la comuna no hay un registro determinado de la cantidad de Educadoras de párvulos que trabajan en los diferentes Establecimientos (Particular pagado, particular subvencionado y municipal)

Además, es fundamental destacar que las proyecciones que conlleva el presente estudio para las futuras indagaciones son:

- Conllevar a hacer conciencia sobre las conductas que se deben observar para poder detectar Déficit atencional e Hiperactividad, y junto con esto poder educar a las Educadoras en el tema, ya que muchas veces no se le da el peso que esto necesita; Que se creen cursos de capacitación para Educadoras, con la finalidad de que se tenga una mirada más generalizada frente a estos temas; Que se siga investigando sobre esta temática, ya que los tiempos y los niños (as) van cambiando, por ende van generando nuevas conductas a tratar;

Creación de pautas del Ministerio de Educación con posibles indicadores, que muestren los pasos para definir si un niño o niña tiene que ser evaluado por un profesional experto en estas áreas; Que se den los espacios por parte de educadoras para crear nuevas experiencias y darle la oportunidad a niños (as) con Déficit atencional e Hiperactividad a desarrollar el tipo de inteligencia que posee.

Glosario

Déficit: “Falta o escasez de algo que se juzga necesario”.

Atención: “Acción de atender”.

Diagnóstico: Arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos.

Inquieto: “Que no está quieto o es de índole bulliciosa”.

“Propenso a promover o efectuar cambios”.

Hiperactividad: Conducta caracterizada por un acceso de actividad

Párvulo: Dicho de un niño de muy corta edad

Comorbilidad: Es un término medio, que se refiere a dos conceptos, es decir uno o más trastornos.

Conductas: Manera con que los hombres se comportan en su vida y acciones.

Acciones: Efecto que causa un agente sobre algo. Ejemplo: la acción de la erosión sobre las piedras.

Bibliografía

Bibliografía de revista:

-Celestino Rodríguez, Paloma González-Castro, Luís Álvarez, Lorena Vicente, José C. Núñez, Julio A. González-Pienda, David Álvarez, Ana Bernardo y Rebeca Cerezo. 2011. Revista *European Journal of Education and Psychology*. "Nuevas técnicas de evaluación en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)". Vol. 4, N° 1: 63-73.

-Joaquim Ramalho, Mar García-Señorán, Salvador González. 2009. Revista *Psicología: Reflexión y Crítica*. Vol. 22 N°3.

-Alfonso Urzúa M., Marcos Domic S., Andrea Cerda C., Mireya Ramos B. y Jael Quiroz E. (2009). *Revista Chilena de Pediatría*. "Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad en Niños Escolarizados". 80 (4): 332-338.

-Carmen María Cuberos Venegas. 2006. *Revista electrónica Actualidades investigativas en educación*. "Los trastornos de investigación con o sin actividad: una mirada teórica desde lo pedagógico". Vol 6. N°001:6

-Zuluaga Valencia, Juan Bernardo; Vasco Uribe, Carlos Eduardo. 2009. *Revista latinoamericana de psicología*. "Evolución en la atención, los estilos cognitivos y el control de la hiperactividad en niños y niñas con diagnóstico de trastorno deficitario de atención con hiperactividad (TDAH)". Vol. 41. N°3:481-496.

-Julio César Flores Lázaro. 2009. *Revista psicothema*. "Características de comorbilidad en los diferentes subtipos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad". Vol. 21. N°4: 592-597.

-Gloria Herrera Narváez. 2005. *Revista Theoría Ciencia, Artes y Humanidades*, "Prevalencia de déficit atencional con hiperactividad en los niños y niñas de 3 a 5 años de la ciudad de Chillán". vol. 14: pág. 2

-Rodríguez, Celestino y otros. 2011. *Revista European Journal of Education and Psychology*. “Nuevas técnicas de evaluación en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad”.vol.4: pág. 69

-Cubero Carmen.2006. *Revista electrónica Actualidades de investigación en Educación*. “Los Trastornos de la atención con o sin hiperactividad: una mirada teórica desde lo pedagógico”.vol 6: pág. 5.

-Pedraza-Vargas. 2009. *Revista Universitas Psychologica*. “Terapia narrativa en la co-construcción de la experiencia y el afrontamiento familiar entorno a la impresión diagnóstica de TDAH”. vol 8: pág. 3

-Solánlly Ochoa. 2006. *Revista Pensamiento Psicológico*. “Las situaciones de resolución de problemas como estrategia de trabajo con niños diagnosticados con TDAH”. pág. 76

-Martínez Consuelo.2006. *Revista International Journal of clinical and Health Psychology*. “Psicopatología del trastorno de déficit atencional e hiperactividad”. Vol 6: pág. 395.

-Herrera Narváez Gloria. 2005. *Revista Horizontes Educativos*. “reflexiones sobre el déficit atencional con hiperactividad (TDAh) y sus implicancias educativas”. pág 51-56 (Web)

-Paiva Barón, Horacio; Saona Olivera, Gustavo Fernando; Perna Ramos, Abayubá. 2009. *Revista Anales de Psicología*. “Capacidad discriminante de las variables de la batería MCC-94 en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad”. Vol. 25. pág. 52-59 (Web)

-Sonia Jarque Fernandez, Raul Tarraga Minguez, Ana Miranda Casas. 2007. *Revista Psicothema*. “Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad”. Vol. 19. pág 585-590 (Web).

-Piedrahita S., Henao Cardona,A., Burgos,PA. 2011. *Revista Electronica Trimestral de Enfermería*. “Intervención educativa para promover el conocimiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) con padres de familia de una institución educativa”. vol 23, pag 141.

-Connie Capdevila Brophy, Jose Blas Navarro Pastor, Josep Artigas Palláres, Jordi Obiold Llandrich. 2007. *Revista International Journal of Clinical and health Psychology*. “Complicaciones obstétricas y médicas en el trastorno de déficit atencional/hiperactividad (TDAH): ¿Hay diferencias entre los subtipos?. Vol 3, Nº 003, pág 679-695.

-Rossana Fernández Vallejo.2009. *Revista Electrónica De Psicología Iztacala*. “Impacto corporal de los medicamentos para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los niños” Vol. 12 No. Pág. 55.

-Herrero, M. Jesús; Siegenthaler Hierro, Rebeca; Jara Jiménez, Pilar; Miranda Casas, Ana.2010.*Revista Psicothema*. “Seguimiento de los efectos de una intervención psicosocial sobre la adaptación académica, emocional y social de niños con TDAH” vol. 22, núm. 4. Pág.778.

-Soroa, Marian; Iraola, José A.; Balluerka, Nekane; Soroa, Goretti. 2009. *Revista de Psicodidáctica*. “Evaluación de la atención sostenida de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad”. Vol. 14, Núm. 1: p. 14

-Jiménez-Torres, Manuel g.; López-Sánchez, Manuel; Guerrero Ramos, Daniel. 2010. *Revista Mexicana de Psicología*. “Relación entre experiencia óptima percibida y rendimiento académico según la presencia de TDAH”. Vol. 27, núm. 1: p. 16.

-Colina, Fernando. 2009. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. "Reseña de "Los niños hiperactivos y su personalidad" de Alberto LASA". Vol. 29, núm. 103: p. 260.

-Leticia Sánchez Encalada y Milagros Damián. 2009. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. "Detección e intervención a través del juego del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)". Vol. 12 No 4: p. 157.

Bibliografía de libros:

- Condemarin María, Gorostegui María Elena, Milicic Neva. 2008. Déficit atencional: estrategias para el diagnóstico y la intervención psicoeducativa. Chile: Editorial Planeta Chilena S.A.

- López Isabel, Boetime Virginia, Forster Jorge y otros. 2006. Síndrome de déficit atencional. Editorial universitaria S.A.

- Mena Puyol Beatriz, Nicolau Palou Rosa, Salat Foix Laia y otros. 2006. Guía práctica para educadores, El alumno con TDAH. Barcelona: Editorial Mayo S.A.

Linkografía:

[-http://www.orientachile.cl/index.php/artint/nee/864-guia-practica-profesores-tdah](http://www.orientachile.cl/index.php/artint/nee/864-guia-practica-profesores-tdah)

[-http://www.mexicanal.com/blog-entry/mtro-francisco-g/10440](http://www.mexicanal.com/blog-entry/mtro-francisco-g/10440)

[-http://www2.esmas.com/mujer/mama-y-bebe/el-nino-pequeno/260652/dieta-mejora-vida-ninos-tdah-deficit-atencion-hiperactividad-azucars-conservadores-carbohidratos/](http://www2.esmas.com/mujer/mama-y-bebe/el-nino-pequeno/260652/dieta-mejora-vida-ninos-tdah-deficit-atencion-hiperactividad-azucars-conservadores-carbohidratos/)

[-http://www.pediatraldia.cl/deficit_atencion.htm](http://www.pediatraldia.cl/deficit_atencion.htm)

Anexos

Establecimientos Educativos Municipales de la Ciudad de Chillán			
	Nº de Educadoras de Párvulos por nivel		
	NT1	NT2	Total
Escuela Parvularia Federico Froebel			
Escuela Básica Los Héroes			
Escuela Básica General Libertador Bernardo O'Higgins			
Escuela República de Israel			
Escuela Arturo Merino Benítez			
Escuela Gabriela Mistral			
Escuela Javiera Carrera Verdugo			
Escuela República de Italia			
Escuela República de México			
Escuela Básica El Tejar			
Escuela María Amalia Saavedra			
Escuela Básica La Castilla			
Escuela Básica Republica Árabe Unida			
Escuela Rosita O'Higgins Riquelme			
Escuela Básica Reyes de España			
Escuela Básica Juan Madrid Azolas			
Escuela Básica Arturo Mutizabal			
Escuela Básica Quilamapu			
Escuela República de Portugal			
Escuela Básica José María Caro Rodríguez			
Escuela Básica Las Canoas			
Escuela Ramón Vinay			
Escuela Marta Colvin Andrade			
Total	76	70	146

Establecimientos Educativos Particulares Subvencionados de la Ciudad de Chillán			
	Nº de Educadoras de Párvulos por nivel		
	NT1	NT2	Total
Colegio de la Purísima Concepción			
Colegio Seminario Padre Alberto Hurtado			
Escuela Básica Particular El Libertador			
Escuela Particular Hispano Americano			
Instituto Santa María			
Colegio Coyán			
Colegio Darío Salas			
Colegio Sagrado Corazón de Jesús			
Colegio Chillán			
Colegio Creación Ciclo Básico			
Colegio Particular Evangélico Betania			

Escuela de Párvulos Divino Maestro			
Come Wealth School			
Colegio Parroquial San José			
Colegio Concepción de Chillán			
Colegio Sydney College			
Colegio Evangélico BETH-EL			
Colegio San Fernando			
Colegio San Fernando			
Sebastián School			
Colegio Técnico Padre Alberto Hurtado			
Colegio Hispano Americano Rio Viejo			
Colegio Ciudad Educativa			
Colegio Harvard College			
Colegio Alturas de Chillán			
Colegio Antamaro			
Colegio San Buenaventura			
Total	60	68	128

Establecimientos Educativos Particulares Pagados de la Ciudad de Chillán			
	Nº de Educadoras de Párvulos por nivel		
	NT1	NT2	Total
Colegio The Wessex School			
Colegio Alemán Deutsche Schule			
Total	2	2	4

INSTRUMENTO DE EVALUACION:

Conductas que observan las Educadoras de Párvulos en los niños y niñas, para identificar Déficit Atencional o Hiperactividad.

Profesor guía:

Alexis Rebolledo Carreño.

Alumnas:

Katherine Ancalao Hidalgo

Carmen Gutiérrez Contreras.

Angélica Melo Garrido.

Claudia Villablanca Garay.

Pamela Yáñez Cárdenas.

La encuesta a las Educadoras tiene como finalidad conocer cuáles son las características principales y más importantes para detectar la presencia de Déficit Atencional o Hiperactividad en los Párvulos. Es por esto que se les solicita expresar su opinión objetivamente en relación a estos.

Instrucciones: La encuesta de opinión debe ser completada marcando la opción que mejor describa su apreciación en cada uno de los ítems que se presentan.

Para ello considere la siguiente escala:

- 1 Muy en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 De acuerdo.
- 4 Muy de acuerdo.
- 5 N/A No aplica (Se debe seleccionar cuando el ítem no corresponde al Trastorno).

*Obligatorio

Edad *

Tipo de Establecimiento *

Municipal.

Particular Subvencionado.

Particular Pagado.

Años de Experiencia. *

Nivel en el que se desempeña *

NT1

NT2

1. De acuerdo a su experiencia, ¿Considera usted que con los siguientes ítems es posible detectar el Déficit Atencional? *

Indicadores de Déficit Atencional.

(1) Muy en desacuerdo.

(2) En desacuerdo.

(3) De acuerdo.

(4) Muy de acuerdo.

N/A.

1.1 Se distrae fácilmente.

1.2 Tiene problemas para seguir una actividad de grupo.

1.3 Con frecuencia no termina actividades que comienza.

1.4 A menudo no parece escuchar.

1.5 Fácil distraibilidad por estímulos ajenos a la situación.

1.6 Dificultad para seguir instrucciones.

1.7 Dificultad para mantener la atención en actividades lúdicas.

1.8 A menudo no escucha lo que se le dice.

1.9 A menudo pierde cosas necesarias para una tarea o actividad.

2. En relación a lo observado en aula, ¿Considera usted que es viable diagnosticar Hiperactividad con los ítems planteados a continuación? *

Indicadores de Hiperactividad.

(1) Muy en desacuerdo.

(2) En desacuerdo.

(3) De acuerdo.

(4) Muy de acuerdo.

N/A.

2.1 Le es difícil permanecer sentado.

2.2 Tiene problemas para quedarse quieto.

2.3 Corre y trepa por todos lados excesivamente.

2.4 A menudo habla excesivamente, verborrea.

2.5 Inquietud frecuente, que se aprecia por movimientos inquietos o impaciencia.

2.6 Dificultad para esperar su turno.

2.7 A menudo interrumpe o se implica en actividades de otros niños.

2.8 Frecuencia de respuestas anticipadas.

2.9 Frecuentes cambios de una actividad incompleta a otra.

2.10 Dificultad para jugar con calma.

2.11 A menudo practica actividades peligrosas sin tener en cuenta riesgos.