

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS**  
**FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA**



**TESIS DE GRADO**

**“ESTRATEGIAS PSICOEDUCATIVAS PARA LA  
INTERVENCIÓN DEL PROFESOR A NIÑOS Y NIÑAS QUE  
PRESENTAN INDICADORES DE TRASTORNO DE DÉFICIT  
DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD”**

(Para optar el título de Licenciado en Psicología)

**POSTULANTE: GUIDO HERNAN MARCA CUSSI**

**DOCENTE TUTOR: MSC. ROCÍO PEREDO VIDEA**

**La Paz – Bolivia**

**2017**

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
-------------------	---

## **CAPITULO I** **PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN**

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.2.1. Pregunta general.....	11
1.2.2. Preguntas complementarias.....	11
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	11
1.4. OBJETIVOS.....	13
1.4.1. Objetivo general.....	13
1.4.2. Objetivos específicos.....	14
1.4. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	14

## **CAPITULO II** **MARCO TEÓRICO**

2. EL SISTEMA EDUCATIVO PLURINACIONAL DE BOLIVIA.....	15
2.1. EL MODELO SOCIOCOMUNITARIO PRODUCTIVO.....	16
2.2. FUNDAMENTOS DEL CURRÍCULO BASE.....	16
2.2.1. Fundamento político-ideológico (descolonización).....	16
2.2.2. Fundamento filosófico (vivir bien).....	17
2.2.3. Fundamento sociológico (condición plural).....	17
2.2.4. Fundamento epistemológico.....	18
2.2.5. Fundamento psicopedagógico.....	18
2.3. ENFOQUE CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN BOLIVIANA.....	19
2.3.1. El enfoque descolonizador.....	19
2.3.2. El enfoque integral y holístico.....	19
2.3.3. Enfoque comunitario (en el modo de aprendizaje).....	20
2.3.4. El enfoque productivo (en la orientación y formación).....	20
2.4. EDUCACIÓN PRIMARIA COMUNITARIA VOCACIONAL.....	21
2.5. MODELO TEÓRICO.....	22
2.5.1. TEORÍAS COGNITIVAS.....	22
2.5.1.1. La teoría cognitiva de Piaget.....	22
2.5.1.2. La teoría sociocultural cognitiva de Vygotsky.....	25
2.5.2. El enfoque psicoeducativo en el ámbito escolar.....	26
2.5.3. Enfoque cognoscitivo-comportamental.....	28
2.6. PSICOLOGÍA EDUCATIVA EN LA ACTUALIDAD.....	31
2.7. ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE Y ESTRATEGIAS PSICOEDUCATIVAS APRENDIZAJE	
31	
2.7.1. Estrategia.....	32
2.7.2. Estrategia de aprendizaje.....	32
2.7.3. Estrategias psicoeducativas.....	33
2.8. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.....	35
2.8.1. Trastorno.....	36
2.8.2. Antecedente histórico del TDA/H.....	36
2.8.3. Definición del TDA/H.....	40
2.8.4. Síntomas principales.....	43
2.8.5. Diagnóstico del TDA/H.....	50
2.8.6. Evaluación del TDA/H.....	54
2.8.7. Posibles causas del TDA/H.....	62
2.8.8. El niño con TDA/H en el proceso de enseñanza y aprendizaje.....	68

<u>2.8.9. Dificultades de aprendizaje y TDA/H</u> .....	69
<u>2.8.10. Rendimiento escolar del niño y niña con TDA/H</u> .....	75
<u>2.8.11. Intervención en el TDA/H</u> .....	75
<u>2.8.12. Adaptaciones y estrategias a utilizar en el aula</u> .....	76
<u>2.8.13. Tratamiento del TDA/H</u> .....	77
<u>2.9. EL DOCENTE EN LA PRÁCTICA EDUCATIVA</u> .....	90
<u>2.9.1. Formación docente</u> .....	90
<u>2.9.2. Interacción entre educador y educando</u> .....	91
<u>2.9.3. Practica pedagógica</u> .....	92
<u>2.9.4. Ponerse en la situación del profesor</u> .....	94
<u>2.9.5. Necesidades educativas especiales (N.E.E.)</u> .....	97
<u>2.9.6. Inclusión educativa</u> .....	98
<u>2.9.7. Atención a la diversidad de niños</u> .....	99

**CAPITULO III**  
**MARCO REFERENCIA**

<u>3.1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTUDIO</u> .....	100
<u>3.2. EDUCACIÓN REGULAR FORMAL EN EL DISTRITO COROCORO</u> .....	102

**CAPITULO IV**  
**MARCO METODOLÓGICO**

<u>4.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</u> .....	104
<u>4.2. TIPO DE ESTUDIO</u> .....	105
<u>4.3. POBLACIÓN</u> .....	106
<u>4.4. MUESTRA</u> .....	107
<u>4.5. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN</u> .....	108
<u>4.5.1. Conceptualización de las variables</u> .....	108
<u>4.5.2. Operacionalización de variables</u> .....	109
<u>4.6. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN</u> .....	112
<u>4.7. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA “ESTRATEGIAS PSICOEDUCATIVAS”</u> .....	114
<u>4.7.1. Diseño del programa</u> .....	115
<u>4.8. PROCEDIMIENTO</u> .....	118

**CAPITULO V**  
**PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

<u>5.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</u> .....	126
<u>5.2. ANÁLISIS MEDIANTE PRUEBAS ESTADÍSTICAS</u> .....	151

**CAPITULO VI**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

<u>6.1. CONCLUSIONES</u> .....	158
<u>6.2. RECOMENDACIONES</u> .....	160
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

## INTRODUCCIÓN

La etapa escolar es la formación fundamental para el hombre, comenzando por el primer curso de la educación formal, es un espacio donde el niño adquiere su primera formación educativa e intelectual (lectura, calculo, escritura u otros) resulta un espacio importante y es donde los mismos profesores pueden llegar a dirigir la formación educativa del estudiante y determinar ciertas necesidades de los niños y niñas.

En este sentido, algunas veces los niños y niñas demuestran ciertas actitudes fuera de lo común porque no logran acomodarse a los parámetros dados y suelen ser catalogados como niño y niña con problema, cuya causa puede deberse a diferentes factores intrínsecos, entre ellos está el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDA/H).

El docente para llevar acabo su actividad, se servirá de una serie de herramientas que lo ayudarán a transmitir todo el conocimiento que posee, pero además, tiene el reto de responder ciertas demandas educativas que se presenta en aula (dificultades de aprendizaje), lo cual se requiere que el educador tenga el tacto necesario para adaptarse en cada momento a las necesidades y características de todos los educandos, se debe considerar a la educación una tarea de permanente motivación.

Desde la perspectiva de la nueva Ley Avelino Siñani Elizardo Perez N° 070 se considera implementar programas educativos de formación continua y actualización de los maestros en los diferentes sistemas de educación, por tal razón es necesario que en la Unidades Educativas sea adaptada en su organización y su currículo de acuerdo a las necesidades educativas que presenta. Así también la Ley Educativa nos menciona que se debe “contribuir con políticas, planes, programas y proyectos educativos de atención a personas con dificultades en el aprendizaje” (Ley Avelino Siñani Elizardo Perez N° 070, Art. 17 Párrafo 5).

La presente investigación pone en manifiesto conocer y comprender el proceso educativo en las Unidades Educativas en las Unidades educativas Ismael Montes y Vicenta Juarista Eguino de la localidad de Corocoro, pero, exclusivamente como el profesor aplica estrategias educativas frente a niños y niñas con necesidades educativas preferentemente en niños y niñas con indicadores de trastornos de déficit de atención con hiperactividad (TDA/H).

Se conoce que cada niño y niña es diferente los cuales asisten a la escuela con sus propias características personales, interés, ritmos de aprendizaje y necesidades educativas que les son propias.

Lo cual para la escuela regular el trabajo significa replantear sus prácticas educativas para dar cabida a la atención a la diversidad, como ser el TDAH, pero fundamentalmente implica un cambio de actitud hacia los niños con TDAH que muchas veces sacan de control a los profesores; para lo que es indispensable conocer la naturaleza del TDAH e implementar los mecanismos y estrategias que confronten esta problemática.

Esta investigación parte de los conocimientos de la Psicología Educativa y la Psicología cognoscitiva–conductista, desde una perspectiva reflexiva y de intervención del comportamiento humano a situaciones educativas, que promueve la formación, desarrollo personal y colectivo, soluciones o afrontamientos a las necesidades educativas tomando en cuenta la diversidad personal del educando. La psicología interviene en todos los procesos psicológicos que afecta el aprendizaje en este caso a los niños que manifiestan conductas típicas del TDAH.

Se determinó de qué manera los docentes de educación regular o formal, aplican estrategias para una intervención adecuada sobre casos con niños con indicadores de TDA/H, y cuál es el conocimiento que tienen acerca del TDA/H. De esta manera la investigación propone contribuir, como una alternativa de solución con respuestas ante las necesidades de aprendizaje de los niños con conductas del trastorno por

déficit de atención con hiperactividad a través esta investigación, de manera que facilite al docente buscar alternativas para el trabajo áulico, pretendiendo llegar a sus resultados satisfactorios en el rendimiento escolar de estos niños.

En este sentido permite la construcción de un programa de intervención sobre estrategias psicoeducativas para la atención a niños y niñas con indicadores de TDAH.

Para una mejor comprensión del trabajo de investigación, se ha dividido y subdividido en capítulos como se explica a continuación.

En el primer capítulo de la investigación, se presenta el problema de investigación, planteamiento del problema y formulación del problema, justificación de estudio y los objetivos que orienta la investigación, así también se plantea una respuesta anticipada al planteamiento del problema que es la hipótesis.

En el capítulo dos, se realiza el abordaje teórico sobre el objeto de estudio, desde la perspectiva de diferentes autores y estudios que se realizaron con anterioridad. Se toma en cuenta conceptos y definiciones que se van a desarrollar en la investigación científica de este trabajo.

En el capítulo tres, se presenta el marco referencial con una descripción del lugar de investigación, características de la localidad de Corocoro y descripciones de las Unidades Educativas Ismael Montes y Vicenta Juarista Eguino.

El capítulo cuatro, se presenta la metodología de la investigación, lo cual nos ayudó a seguir un camino que contempla el diseño de investigación y tipo, los instrumentos que se aplicó en la investigación, así también se presenta la identificación de variables o categorías, definición conceptual y operacional de las mismas. También, se presenta la unidad de observación que es la población, la muestra y su

procedimiento de selección. Además, se describió en detalle el procedimiento de la recolección de la investigación.

En el capítulo seis, de acuerdo a la administración de las pruebas (Pretest y Posttest), la aplicación del proyecto y la recolección de datos, pues se presenta los resultados y una interpretación sistemática del análisis estadístico.

Para finalizar el trabajo de investigación se realiza una conclusión de lo más sobresaliente y dando respuesta a los objetivos planteados en la investigación y un análisis de la hipótesis. Así también se hace las respectivas recomendaciones para mejorar el trabajo con los niños y niñas con indicadores de TDA/H.

## **CAPITULO I**

### **PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN**

## 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se vive en una nueva etapa de la educación boliviana, donde la educación en Bolivia debe ser “inclusiva, asumiendo la diversidad de los grupos poblacionales y personas que habitan el país, ofrece una educación oportuna y pertinente a las necesidades, expectativas e intereses de todas y todos los habitantes del Estado Plurinacional...” (Ley N° 070 de educación Avelino Siñani y Elizardo Perez: Art. 3, Párrafo 7). Pero a la vez en el Art. 17, capítulo 5 y 7 menciona que se debe “contribuir políticas, planes, programas y proyectos educativos de atención a personas con dificultades en el aprendizaje. Así también incorporar el uso y la correcta aplicación de los métodos, instrumentos y sistemas de comunicación en las dificultades en el aprendizaje del Sistema Educativo Plurinacional”.

Conociendo este mandato de nuestras normas bolivianas el profesor actual debe tener conocimiento sobre las necesidades educativas que puede presentarse en el contexto escolar, desarrollarse bajo competencias de resolución de problemas que se presenta dentro el aula. Por lo que se pretende con esta investigación determinar en cuanto están familiarizados nuestros profesores en la educación formal con el TDA/H u otros problemas de aprendizaje y como ellos intervienen en situaciones que se presentan niños con indicadores de TDA/H, de esta manera describir los tipos de estrategias o metodologías que manejan los profesores.

Una estrategia adecuada, es un medio en él que se puede mejorar el clima educativo y en que todo puede ser posible buscando alternativas. Por tanto, se debe favorecer la integración de los alumnos con TDA/H u otros problemas de aprendizaje y ayudarles a desarrollar sus destrezas cognitivas, psicológicas y sociales, con el objetivo de resolver sus problemas y superar cualquier obstáculo mediante programas o estrategias de intervención.

Además, es importante conocer el perfil del profesor en su actitud (humana) y conocimiento (profesional). Con estas variables se pretende describir cuan



comprometido están los profesores para que pueda ayudar e intervenir en el aprendizaje de cada individuo sin anular en ningún caso.

Tener o enseñar estrategias de aprendizaje frente a un caso de un niño con indicadores de TDA/H es favorable ya sea para el educando y para el educador. Una estrategia de aprendizaje, es un plan general que se formula para realizar una tarea, es el conjunto de procedimientos, conocimiento, actitudes, técnicas, operaciones y medios que se planifican de acuerdo a las necesidades de la población estudiantil la cual van dirigidos los objetivos educacionales que se persiguen y la naturaleza de las áreas o curso que se desarrollan, todo esto con la finalidad de hacer más efectivo el proceso de aprendizaje (Real, 2004, p. 15).

Hoy en día el TDA/H es un trastorno que se presenta en una proporción considerable porcentaje considerado en las aulas regulares. La teoría establece que el verdadero problema del TDA/H, se centra en la dificultad que tienen los niños que lo padecen para inhibir la conducta, o sea, controlar el impulso para responder a una situación determinada Barkley (1998) citado en (González 2006: 76). Y sus características principales son la falta de atención, impulsividad y la hiperactividad, estos niños parecen como un motor encendido que no logran controlar su conducta.

Hay algunos profesores que desconocen del tema (TDA/H) y por índole carecen estrategias de detección e intervención frente a este tipo de necesidad educativa que a menudo se presentan en el salón de clases. Por la falta de conocimiento se llega a veces a tildar a los niños y niñas con adjetivos, (“malcriados”, “molestos”, “intolerante” y otros) a consecuencia de esto ellos llegan a frustrarse por el bajo rendimiento escolar que ellos tienen y por el trato que reciben. Se dice que muchos profesores no tienen voluntad ni compromiso de trabajar con la diversidad de niños y niñas, que aún persiste la práctica de la educación tradicional y las conductas típicas que los docentes piden silencio en el aula, la inmovilidad (que el niño esté atento a todo lo que explica, que no se mueva de su asiento sin permiso), estas son expectativas que no resulta con los niños y niñas con indicadores de TDA/H, ya sea

por el comportamiento y la dificultad que tienen para controlar. Por tal motivo creemos que es muy importante conocer esta problemática dentro de nuestro contexto escolar.

La intervención del profesor en el aula es muy importante ya que ayuda a mejorar el aprendizaje del niño o niña con necesidades educativas.

Desde esta óptica se pretende contribuir al desarrollo de los recursos humanos, con la formación y actualización de los profesores, a través de la aplicación del programa “Estrategias psicoeducativas para la atención a niños y niñas con TDAH” con un enfoque cognitivo-comportamental dirigido a profesores para intervenir casos de niños con TDA/H. La finalidad del programa es que el docente tenga noción del TDA/H, capacidad de detectar y así también intervenir en el momento, de esta forma, disminuir las conductas típicas que presenta los niños (hiperactividad, impulsividad y déficit de atención), para prevenir este trastorno y otros problemas que están asociados al TDA/H. Esta intervención se debe aplicar dentro el contexto escolar donde se desenvuelve el niño, que implica a los profesores quien mayor tiempo interactúa con él y donde requiere mayor esfuerzo y control de su comportamiento para la ejecución de las tareas escolares.

Este programa tiene un modelo cognitivo – conductual y psicoeducativo. Con las estrategias y las técnicas se pretende modificar las conductas mal adaptadas, autocontrolar sus movimientos impulsivos e hiperactivos, y mejorar las relaciones interpersonales para mejorar el rendimiento académico y su adaptabilidad en su entorno. Por tal razón el tratamiento cognitivo-conductual es una alternativa para intervenir y mejorar la sintomatología del TDA/H. Indudablemente se hace necesario identificar y proveer a los profesores, técnicas y estrategias de intervención del enfoque cognitivo-conductual adaptadas al contexto boliviano que logren disminuir los síntomas del TDA/H que afecta adversamente el desarrollo educativo e interpersonal de los niños que presentan este trastorno.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. PREGUNTA GENERAL**

¿La aplicación del Programa “Estrategias psicoeducativas para la atención a niños y niñas con TDAH” mejorará en la intervención del profesor a niños y niñas que presentan indicadores de TDA/H en las Unidades Educativas Ismael Montes y Vicenta Juarista Eguino, Provincia Pacajes-Corocoro, Ciudad de La Paz?

### **1.2.2. PREGUNTAS COMPLEMENTARIAS**

¿Cuál es el grado de conocimiento que tienen los docentes con relación al trastorno de déficit de atención por hiperactividad en las Unidades Educativas Ismael Montes y Vicenta Juarista Eguino de la Provincia Pacajes – Corocoro antes y después de la aplicación del programa?

¿Cuáles son las estrategias de aprendizaje que desarrollan y aplican los docentes con niños y niñas que presentan indicadores de trastorno de déficit de atención con hiperactividad, en las Unidades Educativas Ismael Montes y Vicenta Juarista Eguino de la provincia Pacajes - Corocoro?

¿Cuáles son los efectos de la aplicación del programa Estrategias Psicoeducativas con un enfoque cognitivo comportamental en el desempeño del docente con niños y niñas con TDA/H?

¿Cuáles son alcances y resultados del programa estrategias psicoeducativas para el docente en la intervención de niños con indicadores de TDA/H en el contexto escolar?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN**

El interés de esta investigación es conocer como enfrenta el docente las diversas problemáticas que existen dentro del aula en casos de niños y niñas con indicadores de TDA/H. Así también, determinar las estrategias que aplica al momento de impartir su enseñanza a los niños, el intervenir a niños con indicadores de TDA/H es complejo y dificultoso, se necesita conocimiento sobre el problema, una actitud de paciencia, ya que ellos son niños y niñas con constantes movimientos.

La formación del niño a través de la educación escolar es muy importante para su desarrollo personal, y a través de la escuela se les entregan las herramientas necesarias para desenvolverse mejor en su contexto.

Es casi habitual encontrar en las aulas, alumnos a los cuales son muy difíciles de manejar, puesto que están en continuo movimiento, con una conducta de distracción, lo que contribuye a que sus demás compañeros se dispersen y generen una serie de conflictos en su entorno escolar.

El TDA/H es un síndrome conductual que puede conducir a otros problemas como ser dificultades de aprendizaje u otros trastornos de conducta, y resulta importante detectarlo a temprana edad, para evitar etiquetas molestas que soportar los niños y en consecuencia crean sentimientos de culpabilidad y frustración en sus padres y profesores. Donde ellos desconociendo sus necesidades les exigen los comportamientos característicos de niños y niñas de su edad.

Esto constituye el principal factor de riesgo para la aparición de los problemas de comportamiento social, rendimiento escolar deficiente, baja autoestima, frustración y otros problemas, que son tan frecuentes en estos niños y niñas hiperactivos.

Se busca determinar formas y establecer herramientas, que le permitan a los profesores, captar la atención del niño y niña con indicadores TDA/H, para contribuir con el proceso de consolidación de la personalidad y autoafirmación de sus capacidades. El profesor desempeña un papel muy destacado en la detección de las

primeras señales del trastorno. De alguna manera el contexto de la clase se asemeja a una prueba neuropsicológica, ya que los alumnos deben mantener la atención de forma sostenida, se requiere constancia y organización, autocontrol de los impulsos y permanecer atento (“quieto”) por periodos amplios; es decir, poner en práctica aspectos cognitivos que en el caso del TDA/H se hayan alterado. Por tanto, el profesor podrá observar los síntomas y características que define el trastorno e informar a los padres de la necesidad de una evaluación especializada. Su información puede ser la primera señal de alarma, para determinar ciertas conductas que expresa el TDA/H y, además, tiene la experiencia de ver cuál es el patrón de funcionamiento normal de conducta de los estudiantes.

Esta investigación también considera, que el disponer un conjunto de estrategias psicoeducativas coadyuve no solo a los docentes de unidades educativas de educación formal, si no también sea un aporte a todo profesional en Psicología, este programa de estrategias psicoeducativas que pueda ser una alternativa de ayuda al momento de intervenir desde la Psicología, con técnicas y estrategia adaptadas a nuestro medio, que está basado en las propuestas clínicas y de investigaciones que parecieron más sólidas y objetivas en otros países, hecho que hay pocos estudios en este caso en nuestros contexto. Pero, si se observa en nuestro medio muchos niños presentan estas características de este síndrome, y que en muchos casos no se toma importancia, lo cual, causa en el niño problemas educativos, personales y sociales.

Por este motivo se considera que es importante proponer un programa de estrategias de intervención, este programa sigue un enfoque cognitivo-comportamental y psicoeducativo que cumple una adaptación de acuerdo al contexto escolar boliviano, que va dirigido al profesor.

#### **1.4. OBJETIVOS**

##### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL**

Mejorar la intervención del docente a través del Programa “Estrategias psicoeducativas” en a niños y niñas con indicadores del TDA/H en las Unidades Educativas Ismael Montes y Vicenta Juarista Eguino de la Provincia Pacajes - Corocoro.

#### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Describir el grado de conocimiento que presentan los profesores con referencia al TDA/H de las Unidades Educativas Ismael Montes y Vicenta Juarista Eguino.
2. Identificar los tipos de estrategias de aprendizaje que aplican los profesores de las Unidades Educativas Ismael Montes y Vicenta Juarista Eguino, antes del programa en la intervención de niños y niñas de 1ro a 6to de primaria que presentan ciertos indicadores de trastorno de déficit de atención por hiperactividad.
3. Establecer en los profesores de las Unidades Educativas Ismael Montes y Vicenta Juarista Eguino el conocimiento y las características sobre el TDA/H, para una mejor comprensión sobre la temática.
4. Desarrollar estrategias de detección, planificación e intervención del TDA/H dirigidos a niños y niñas que presentan indicadores de TDA/H.
5. Evaluar los cambios que se generaron en la actitud y el conocimiento de los docentes a partir de la aplicación del programa.

#### **1.4. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN**

La aplicación del “Programa de estrategias psicoeducativas para los docentes” en las Unidades Educativas Ismael Montes y Vicenta Juarista Eguino de la Provincia Pacajes - Corocoro mejorará la intervención educativa de los docentes en casos de niños y niñas que presentan indicadores de TDA/H.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2. EL SISTEMA EDUCATIVO PLURINACIONAL DE BOLIVIA**

El Sistema Educativo Plurinacional está fundamentado en las bases y fines de la

educación boliviana descritos en la Ley “Avelino Siñani - Elizardo Pérez”; su fundamento ideológico, filosófico, sociológico, epistemológico y psicopedagógico son los pilares de la propuesta y estructura curricular y determinan el fin de la educación, los objetivos generales y los lineamientos del sistema de evaluación.

Su estructura permite conocer, de forma ordenada, los ámbitos de competencia y la proyección que se pretende dar a la educación como elemento ideológico en la formación de las nuevas generaciones, en el marco del proyecto político, social y económico de “cambio”.

## **2.1. EL MODELO SOCIOCOMUNITARIO PRODUCTIVO**

Este modelo educativo surge por la necesidad de transformar nuestra realidad desde la educación. Por tanto, plantea la formación de los nuevos hombres y mujeres de la sociedad que como Estado Plurinacional estamos construyendo. El nuevo modelo debe encontrarse con un esfuerzo generacional de construir políticas públicas comunitariamente (Ministerio de Educación de Bolivia 2014, p. 5).

Los fundamentos del currículo plantean una muy importante novedad con respecto a otros tipos de fundamentos curriculares, pues emergen no de la teoría sino de la realidad boliviana. Son en este sentido un esfuerzo de fundar el currículo en las exigencias, visiones y características de la realidad plural de nuestro país (Ministerio de Educación de Bolivia, 2012, p. 29).

## **2.2. FUNDAMENTOS DEL CURRÍCULO BASE**

### **2.2.1. FUNDAMENTO POLÍTICO-IDEOLÓGICO (DESCOLONIZACIÓN)**

La descolonización, parte de una revalorización y potenciamiento de las culturas de los pueblos indígenas originarios.



En el plano educativo, la descolonización implica incorporar al currículo con la misma validez a los saberes y conocimientos indígenas y establecer que la educación debe ser plurilingüe en todos los niveles. Pero además la descolonización en la educación es un proceso de desarrollo propio de una forma de entender la educación, más allá de la aplicación de propuestas pedagógicas de otros contextos. Lo que se concreta en una educación que enfatiza el carácter creativo y transformador de lo que se aprende. La educación ya no se reduce a enseñar-aprender, sino a producir, a crear, a dotarle de un sentido propio a lo que se hace, en función del contexto y de los problemas que se quieren resolver. La educación descolonizadora significa una educación que nos permita formar hombres y mujeres orgullosos de su cultura que produzca conocimientos desde su realidad para transformarla y de esta manera contribuir con el Estado Plurinacional (Ministerio de Educación, 2013, p. 30).

### **2.2.2. FUNDAMENTO FILOSÓFICO (VIVIR BIEN)**

El Vivir Bien, expresado en la experiencia de vida de los pueblos indígenas, es un criterio de vida que orienta la búsqueda de complementariedad y armonía del ser humano con la Madre Tierra, el cosmos y las espiritualidades. El Vivir Bien plantea así la búsqueda de una relación armónica con la Madre Tierra, donde el ser humano viva la experiencia de ser parte de ella, lo que implica una nueva conciencia de interdependencia, complementariedad y relacionalidad con el entorno. Es una educación que busca el vivir bien donde todos y todas debemos vivir en armonía, en comunidad con nosotros mismos, la madre tierra, el cosmos y las espiritualidades (Ministerio de Educación, 2013, p. 31).

### **2.2.3. FUNDAMENTO SOCIOLÓGICO (CONDICIÓN PLURAL)**

Nuestra realidad presenta una gran diversidad social, cultural y civilizatoria que hasta ahora no había sido reconocida y potenciada. La educación debe ser también plurinacional, lo que quiere decir que la condición plural se convierta en criterios (como intraculturalidad, interculturalidad y descolonización) para estructurar el

currículo, la metodología, la gestión educativa, el perfil del tipo de estudiante que se busca formar (Ministerio de Educación, 2013, p. 32).

#### **2.2.4. FUNDAMENTO EPISTEMOLÓGICO**

Existen diversos tipos de saberes y conocimientos en las diferentes culturas (pluralismo epistemológico). El carácter de estos saberes y conocimientos depende de las diferentes relaciones, desde las cosmovisiones, que los seres humanos establecen con la realidad, que pueden ser de una extrema objetivización (en la que se conoce en cuanto se puede observar y medir un objeto) o de una sabiduría en la que el ser humano se asume como parte de la naturaleza, o tiene una relación espiritual de respeto y reciprocidad con ella (Ministerio de Educación, 2013, p. 33).

En este marco se busca trabajar desde la experiencia de los maestros, una visión amplia que le permita articular de modo complementario diversas formas de conocimiento desde la experiencia de su práctica docente.

#### **2.2.5. FUNDAMENTO PSICOPEDAGÓGICO**

El nuevo currículo se fundamenta en el aprendizaje comunitario, que es un modo de aprendizaje cuyo núcleo central es la comunidad. Esto significa que la educación no se da de manera aislada de la comunidad, sino que está articulada a ella, tanto en el modo del aprendizaje, como en el sentido, la finalidad y los participantes de la educación (Ministerio de Educación, 2013, p. 32).

Un elemento fundamental del aprendizaje comunitario es el diálogo como un componente de su modo de aprendizaje. El diálogo como metodología pedagógica implica una relación mutua de educación entre los sujetos, tanto en la vida comunitaria más amplia como en las propias relaciones de aula o taller. Esto significa que se elimina donde la maestra o el maestro es el único que enseña y el estudiante

(participante) es el que no tiene luz (el alumno) y debe ser llenado, por tanto, de conocimientos (Ministerio de Educación, 2013, p. 33).

### **2.3. ENFOQUE CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN BOLIVIANA**

Según el Ministerio de Educación de Bolivia (2012) la organización curricular de la educación boliviana se enmarca en los diferentes enfoques que a continuación se menciona:

#### **2.3.1. EL ENFOQUE DESCOLONIZADOR**

Desde este enfoque la educación es transformadora de la realidad que busca, por un lado, recuperar la afirmación identitaria de las naciones y pueblos indígenas de Bolivia y, por el otro, busca la supuesta liberación de las formas perversas del capitalismo, que es la forma contemporánea de dominación neocolonial.

No busca un retroceso al pasado, sino se inspira en las prácticas y conocimientos de las culturas y los pueblos indígenas de Bolivia, potenciando sus contenidos liberadores para transformar las estructuras políticas, económicas, jurídicas y socioculturales a través del cambio de estructuras de pensamiento colonizado. El enfoque descolonizador implica liberar desde la educación sin que eso signifique buscar revancha ni consolidar otro proyecto dominador (Ministerio de Educación de Bolivia, 2012, p. 28).

#### **2.3.2. EL ENFOQUE INTEGRAL Y HOLÍSTICO**

Significa promover una formación integral a través del desarrollo de las dimensiones del Ser, Saber, Hacer y Decidir en el proceso de transformación social y holística a través de la búsqueda de una convivencia armónica y complementaria con la Madre Tierra (naturaleza) y el Cosmos, fundada en el desarrollo de la conciencia y la espiritualidad. Este enfoque considera que una educación integral se da a partir del

ser, porque se educa en y desde los valores comunitarios; del saber, porque desarrolla capacidades cognitivas; del hacer, porque es una educación que se forma en el proceso de la práctica misma; y del decidir, porque focaliza la educación en la posibilidad de educar una voluntad comunitaria con incidencia social (Ministerio de Educación de Bolivia, 2012, p. 28).

### **2.3.3. ENFOQUE COMUNITARIO (EN EL MODO DE APRENDIZAJE)**

Lo comunitario se rige bajo el principio de relacionalidad entre ser humano, Madre Tierra, Cosmos y espiritualidad que se complementan entre sí. Todo lo que nos rodea puede formar parte del proceso educativo. Esta relacionalidad se efectiviza en una unidad diversa, donde todos los elementos están articulados e integrados.

Este enfoque toma como base los saberes y conocimientos de los pueblos y culturas de Bolivia, para potenciar los procesos educativos, con conciencia de la diversidad de culturas y lenguas y las diversas formas de aprendizaje. Busca la interrelación, el intercambio y el diálogo con otras culturas del mundo bajo los principios de reciprocidad y complementariedad (Ministerio de Educación de Bolivia, 2012, p. 28).

### **2.3.4. EL ENFOQUE PRODUCTIVO (EN LA ORIENTACIÓN Y FORMACIÓN)**

Este enfoque tiene dos modalidades: La primera, la producción en educación es un recurso pedagógico para poner en práctica los saberes y conocimientos; en ese sentido, todo proceso educativo es productivo. La segunda, producción es un medio para desarrollar cualidades y capacidades articuladas a políticas estatales, como la soberanía alimentaria, ligada a la autonomía con la cual producimos y la transformación de la matriz productiva, para desarrollar y dotarnos de otros medios de vida, así como al desarrollo de las potencialidades y vocaciones productivas territoriales (Ministerio de Educación de Bolivia, 2012, p. 29).

## 2.4. EDUCACIÓN PRIMARIA COMUNITARIA VOCACIONAL

Según el Ministerio de Educación de Bolivia (2012, p. 9), el currículo de la Educación Primaria Comunitaria Vocacional prioriza la comunicación y lenguaje, el pensamiento lógico matemático y la orientación vocacional de acuerdo a la cosmovisión de nuestras culturas y los avances de la ciencia y tecnología.

En los tres primeros años de escolaridad, se enfatiza el desarrollo de capacidades de lectura y escritura con la producción de textos gradualmente complejos, combinando el uso del idioma nativo, castellano y extranjero. El desarrollo del pensamiento lógico matemático se inicia con las principales operaciones aritméticas y fortalece la capacidad de abstracción de las y los estudiantes. La orientación vocacional contribuirá a descubrir las inclinaciones de las y los niños en relación a las acciones de la realidad social y económica.

A partir del cuarto año de la Educación Primaria Comunitaria Vocacional, el énfasis continúa en la orientación vocacional, el fortalecimiento del pensamiento lógico matemático, la lectura y escritura.

La Educación Primaria Comunitaria Vocacional comprende la formación básica; es intracultural, intercultural y plurilingüe, integral, cualitativa, vocacional e inclusiva con calidad.

- **Básica**, porque constituye el cimiento fundamental para todo el proceso de formación posterior.
- **Intracultural, intercultural y plurilingüe**, porque parte de las experiencias, saberes, conocimientos, lenguas y tecnologías propias complementadas con los de otras culturas.
- **Integral**, porque permite desarrollar diferentes potencialidades y capacidades prácticas y teóricas.
- **Vocacional**, porque se apoya a identificar la vocación de acuerdo a sus

talentos, habilidades, aptitudes e interés en relación con la ciencia, la cultura y el trabajo productivo.

- **Inclusiva**, porque abre oportunidades de formación a la población en situación de vulnerabilidad social, principalmente de las y los estudiantes con discapacidades y sus formas de comunicación alternativa.

## **2.5. MODELO TEÓRICO**

### **2.5.1. TEORÍAS COGNITIVAS**

Para el cognitivismo el aprendizaje es un proceso de modificación interno que se produce como resultado de la interacción entre la información procedente del medio y el sujeto activo. Tiene un carácter absolutamente intencional por parte el sujeto (Euromexico, 2001, p. 14).

Dentro de la teoría constructivista destaca la importancia del medio ambiente físico-social en los aprendizajes y como estos se estructuran sobre ya adquiridos en una forma activa y creadora y no meramente acumulativa, pues se considera al escolar capaz de procesar, adquirir e incorporar nuevos conocimientos. Para esto ocurre el uso de diversas técnicas como la repetición, las ayudas nemotécnicas (ejercicios que propician el desarrollo de la memoria), los subrayados, la imaginación, el razonamiento por analogía la meta cognición o conocimiento del pensamiento (Euromexico, 2001, p. 15).

Piaget, dentro de su teoría establece que una conducta, sea motora perceptiva, memorística o propiamente inteligente es un intercambio entre el sujeto y el mundo exterior. Para él, la experiencia y el aprendizaje no son suficientes para explicar el conocimiento y su origen; ya que es necesaria una estructuración y depende enteramente de la actividad del sujeto llegar a ese conocimiento.

#### **2.5.1.1. LA TEORÍA COGNITIVO DE PIAGET**

El psicólogo suizo Jean Piaget (1896-1980) afirma que los niños crean de forma activa su propio conocimiento del mundo y atraviesan cuatro fases dentro del desarrollo cognitivo. Dos procesos son fundamentales para esta construcción cognitiva del mundo: **organización y adaptación**. Para dar sentido a nuestro mundo, organizamos nuestras experiencias. Por ejemplo, separamos las ideas importantes de las menos importantes. Conectamos una idea con otra. Pero no sólo organizamos nuestras observaciones y experiencias, también adaptamos nuestro pensamiento para incluir nuevas ideas porque la información adicional fomenta la comprensión. Piaget creía que nos adaptamos de dos maneras: mediante la asimilación y la acomodación.

La **asimilación** ocurre cuando los individuos incorporan nueva información a su conocimiento existente. La **acomodación** ocurre cuando los individuos ajustan la nueva información. Consideremos una situación en la que se proporciona un martillo y unos clavos a una niña de nueve años para colgar un cuadro en la pared. Ella nunca ha usado un martillo, pero por la observación y la experiencia ajena se da cuenta de que un martillo es un objeto que se debe sujetar, que se balancea por el mango para clavar el clavo y que normalmente se balancea varias veces. Reconociendo cada una de estas cosas, ella adapta su comportamiento con la información que ya posee (asimilación). Sin embargo, el martillo pesa demasiado, por tanto lo sujeta muy cerca del final, lo golpea muy fuerte y el clavo se dobla, así que tiene que rectificar la presión de sus golpes. Estos cambios muestran su habilidad para alterar ligeramente su concepción del mundo (acomodación) (Santrock, 2003, p. 28)

Según Piaget el desarrollo cognoscitivo atraviesa cuatro períodos en la comprensión del mundo. Cada una de estas fases está relacionada con la edad y constan de diferentes formas de pensamiento. Recuerda que son las diferentes formas de comprender el mundo lo que nos hace avanzar de una fase a la siguiente, según la visión de Piaget no es la mayor cantidad de información la que hace el pensamiento del niño más avanzado. A esto es a lo que se refería Piaget cuando decía que la cognición del niño es cualitativamente diferente en una fase comparándola con otra.

Las cuatro fases del desarrollo cognitivo de Piaget son:

La primera fase, el **estadio sensorio-motriz**, desde el nacimiento hasta aproximadamente los dos años. En esta fase, los niños construyen su comprensión del mundo a través de la coordinación de sus experiencias sensoriales (como la visión y la audición) con las acciones físicas y motrices, de ahí el término sensorio-motriz. Al comienzo de esta fase, los bebés tienen sólo algunos patrones reflejos con los que adaptarse al mundo. Al final de la fase, a los dos años, los niños tienen patrones sensorio-motrices más complejos y empiezan a operar con símbolos primitivos.

La segunda fase, **el estadio pre-operacional**, desde los dos a los siete años aproximadamente. Los niños empiezan a representar el mundo con sus propias palabras, imágenes y dibujos. El pensamiento simbólico va más allá de simples conexiones de la información sensorial con las acciones físicas. Sin embargo, los niños de educación infantil que pueden realizar una representación simbólica del mundo, según Piaget, carecen todavía de habilidad para llevar a cabo pensamientos operacionales, el término piagetiano para la interiorización de las acciones mentales que permiten a los niños realizar de forma mental lo que habían hecho previamente de forma física.

La tercera fase, estadio de **operaciones concretas**, que dura desde los siete a los 11 años. En esta fase los niños pueden llevar a cabo operaciones y el razonamiento lógico reemplaza al intuitivo mientras que el pensamiento pueda aplicarse a ejemplos específicos o concretos. De hecho, los niños de operaciones concretas no pueden imaginar los pasos necesarios para completar una ecuación de álgebra, ya que es demasiado abstracta para el pensamiento en esta fase del desarrollo.

La cuarta fase, el estadio de **operaciones formales**, que aparece entre los 11 y los 15 años. Nos mencionan el autor que los individuos van más allá de las experiencias concretas y piensan en términos abstractos más que lógicos. Como parte de este pensamiento más abstracto, los adolescentes desarrollan imágenes de circunstancias



ideales.

### **2.5.1.2. LA TEORÍA SOCIOCULTURAL COGNITIVA DE VYGOTSKY**

Al igual que Piaget, el ruso Lev Vygotsky (1896-1934) también creía que los niños construían de forma activa su propio conocimiento. Vygotsky plantea la teoría sociocultural cognitiva que hace hincapié en el análisis del desarrollo, el papel del lenguaje y las relaciones sociales.

Santrock, (2003, p. 30) indica tres ideas que componen la teoría de Vygotsky: 1) las habilidades cognitivas de los niños pueden ser comprendidas sólo si se analiza e interpreta su desarrollo; 2) las habilidades cognitivas son mediadas por las palabras, el lenguaje y las formas del discurso, que sirve como herramienta psicológica para facilitar y transformar la actividad mental; 3) las habilidades cognitivas tienen su origen en las relaciones sociales y están inmersas en un ambiente sociocultural.

Para Vygotsky, hablar de un enfoque evolutivo significa comprender algunos aspectos del funcionamiento cognitivo del niño, debemos examinar sus orígenes y transformaciones desde etapas tempranas hasta las formas posteriores. De este modo, un acto mental particular, como el uso del discurso interno (hablar con uno mismo), no puede entenderse como un hecho aislado, sino que debe ser evaluado como un paso gradual en el proceso del desarrollo. La segunda tesis de Vygotsky sostiene, que para comprender el funcionamiento cognitivo es necesario examinar las herramientas que lo median y le dan forma, esto le lleva a creer que el lenguaje es la herramienta más importante. Vygotsky argumenta que, en la niñez temprana, el lenguaje comienza a ser usado como una herramienta que ayuda al niño a planear actividades y resolver problemas. La tercera tesis, afirma que las habilidades cognitivas tienen su origen en las relaciones sociales y culturales. Él consideraba que el desarrollo del niño era inseparable de las relaciones sociales y culturales. El desarrollo de la memoria, la atención y la razón implicaba aprender a utilizar las invenciones de la sociedad, como el lenguaje, los sistemas matemáticos y las estrategias de

memoria. En una determinada cultura esto significa aprender a contar con la ayuda de un ordenador, en otra puede consistir en aprender a contar con los dedos de la mano (Santrock, 2003, p. 32)

La teoría de Vygotsky ha estimulado un interés considerable sobre la visión de que el conocimiento es situado y colaborativo. Es decir, el conocimiento se distribuye entre la gente y el entorno, que incluye objetos, artefactos, herramientas, libros y las comunidades en las que la gente vive. Esto sugiere que el conocimiento avanza más a través de la interacción con los demás en las actividades que requieren cooperación.

En si Vygotsky creía que las actividades humanas ocurren en ambientes culturales y que no es posible entenderlas separadas de esos ambientes. Una de sus principales ideas fue que nuestras estructuras y procesos mentales específicos pueden rastrearse en nuestras interacciones con los demás. Estas interacciones sociales son algo más que simples influencias en el desarrollo cognoscitivo, ya que en realidad crean nuestras estructuras cognoscitivas y procesos de pensamiento (Woolfolk, 2010, p. 18).

### **2.5.2. EL ENFOQUE PSICOEDUCATIVO EN EL ÁMBITO ESCOLAR**

Autores como Concepción López y Agustín Romero (2014), nos menciona que la psicoeducación consiste en la formación o la capacitación al individuo sobre el trastorno que padece, esta formación no solo se da a los que presentan el trastorno sino a las personas que le rodean (familiares, profesores, compañeros de trabajo, u otras allegados).

Desde el enfoque psicoeducativo, la intervención debe encuadrarse dentro de los distintos contextos o ambientes en los que se desenvuelve el niño o la niña, así como implicar a aquellas personas que en mayor medida interactúan con él o ella, es decir, padres y profesores (López y Romero, 2014, p. 178).

Para poderles ayudar a superar que incluye transmisión de información relativa al conocimiento que se tiene del problema del que se trate; causas de inicio vulnerabilidad, variables implicadas en el desarrollo, mantenimiento, etc. pero además a corto y medio plazo la intervención persigue que los profesores y padres obtengan toda la información posible sobre el TDA/H: concepto, etiología, pronóstico y tratamiento (Macia, 2012, p. 122).

Jackson y Farrugia, (1997), (citado en Weiss, 1999, p. 50) describen que la psicoeducación debe aplicarse desde el principio del proceso de diagnóstico. El propósito es promover el conocimiento acerca del trastorno, el significado del diagnóstico y el impacto que ha tenido en el individuo. La primera parte del proceso de educación es proporcionar información fundamental acerca del TDA/H, y sigue existiendo una cantidad sorprendente de información “laica” errónea que es engañosa y confunde al paciente o a las personas interesadas (profesores o padres de familia). Murphy, 1998 (citado en Youny y Bramham, 2009 p. 45) sugiere que el terapeuta debe explicar la razón por la que el individuo cumple los criterios para un diagnóstico de TDA/H con el fin de enriquecer su comprensión del trastorno. La educación en torno a los métodos de tratamiento es importante en esta etapa, ya que muchos individuos pueden tener preconcepciones acerca del impacto del tratamiento estimulante y la utilidad de las aproximaciones psicológicas

Una revisión realizada sobre los conocimientos que tienen los profesores sobre el TDA/H (Jarque, Tárraga y Miranda, 2007 citado en Marca, 2015, p. 127) concluyó que era necesario ampliar la formación específica sobre el trastorno, tanto en los estudios de las escuelas de formación de profesores como en los cursos de formación continua que se ofrecen. Éste es un elemento crucial a partir del cual se podrá avanzar en la ayuda óptima a los profesores que tienen en sus aulas alumnos con estas características.

Este proceso debe servir para incluir definitivamente una formación suficiente sobre la atención a la diversidad, actualizando los estudios básicos de grado con la

inclusión, entre otros elementos, del estudio científico y riguroso de un trastorno que presenta una prevalencia tan elevada como el TDA/H.

El profesor cumple un papel esencial en el proceso de detección, evaluación e intervención del TDA/H. El contacto diario con diversos grupos de estudiantes permite a los profesores establecer comparaciones entre los comportamientos de un gran número de niños de la misma edad, detectando a aquellos que no actúan dentro de lo esperado para su nivel de maduración. Por eso, no es de extrañar que sean ellos los que realizan más remisiones o sospechas iniciales de menores para evaluaciones específicas del TDA/H. El rol de los profesores también es esencial en el establecimiento del diagnóstico, ya que sus observaciones sobre las conductas de sus estudiantes, junto con las estimaciones de los padres y los resultados de las pruebas neuropsicológicas aplicadas al propio menor, son los datos que permiten al evaluador esclarecer el diagnóstico (López y Romero, 2014, p. 182).

En cuanto a la intervención, varios estudios han encontrado una relación positiva entre los conocimientos sobre el TDA/H de los profesores y la eficacia de las intervenciones que llevan a cabo. Los profesores proporcionan un feedback (retroalimentación) sumamente útil sobre los efectos terapéuticos que tienen las intervenciones en diferentes áreas. En la práctica clínica, también, sus estimaciones conductuales se consideran habitualmente informaciones relevantes para ajustar la dosis de medicación estimulante. Del mismo modo, los juicios de los profesores acerca de los comportamientos de los menores con TDA/H que reciben intervenciones psicopedagógicas nos permiten introducir modificaciones en aspectos esenciales de las mismas como, por ejemplo, sus objetivos, duración, intensidad y selección de estrategias entre otros (López y Romero, 2014, p. 190).

Por todo esto se considera al profesor una pieza clave para que todo el proceso de evaluación y tratamiento se realice de forma rigurosa y efectiva.

### **2.5.3. ENFOQUE COGNOSCITIVO-COMPORTAMENTAL**

A inicios de la década de 1960 comienza un nuevo enfoque de tratamiento, denominado cognitivo-comportamental, que complementa el enfoque conductual, estas teorías centran su interés en trabajar los procesos cognitivos y los procesos mentales que regulan la conducta para ayudar al niño a ser autónomo, hacer las cosas bien dirigiéndose a sí mismo e incrementar su autocontrol. En este trabajo, va a ser decisivo el papel del lenguaje interno para regular la propia conducta, a partir del aporte de Luria, 1986 y Vygotsky, 1995 (citado en Gargallo, 2005, p. 114), la ideología fundamental de estos dos autores, además, de que es un medio de comunicación interpersonal, también sirve para comunicarnos con nosotros mismos para controlar la propia conducta. Todos alguna vez nos decimos cosas a nosotros mismos, a veces en voz alta, en voz baja y en ocasiones solo mentalmente, que nos ayuda a regular la conducta y a hacer lo correcto, evitar los peligros, no hacer daño a los demás, etc., en conclusión, a autocontrolarnos.

En el caso de niños y niñas con TDA/H, que tienen problemas en el autocontrol, según Barkley, (1999) la hiperactividad está en el déficit del control inhibitorio de la conducta, porque no logran como autorregularse, el uso de las estrategias del enfoque cognitivo- comportamental es excelente para ayudar a ejercer control sobre la propia conducta. El control lo acaba ejerciendo el propio niño, de ahí que la mayoría de las técnicas que se aplicara lleva el prefijo de AUTO en su denominación (auto instrucción, autocontrol, autoevaluación reforzada, etc.), el niño va aprender a dirigir y regular él mismo la propia conducta.

Los enfoques cognitivos-conductuales son muy efectivos porque introducen cambios en los patrones de conducta en la interacción entre padres, hijos y profesores. El procedimiento de estas terapias incluye tres fases

Los autores Kendall, Padever, Zupan, (1980) Goldstein, (1981) Camp, Basch, (1998), manifiesta que una **primera** parte de la modificación de conducta en la cual se utilizan técnicas como el reforzamiento diferencial de tasas bajas, la extinción, el coste de respuesta, el tiempo fuera y la restitución. Igualmente se llevan a cabo

programas, como el de economía de fichas y los contratos de contingencias. En **segundo lugar** se encuentra la intervención propiamente cognitiva, en la que aparecen las técnicas de autoinstrucciones y modelos, principalmente. También se han desarrollado programas tales como pensar en voz alta párate y piensa o el aprendizaje estructurado **Una tercera parte**, es la que alude a la intervención que actúa a un nivel físico sobre el menor. Aquí se incluyen ejercicios de psicomotricidad y de relajación, los cuales favorecen la disminución en los niveles de tensión de las respuestas que estos niños y niñas dan a los estímulos ambientales (citado en López y Romero, 2014).

El enfoque cognoscitivo-conductual está formado por una combinación racional del enfoque conductual basado en las teorías del aprendizaje y un enfoque cognoscitivo que enfatiza el rol de los aspectos mediacionales en el aprendizaje y la conducta de las personas.

Se Postula que las fuentes principales de los trastornos psicológicos se encuentran en los conocimientos o pensamientos de las personas en general, y por lo tanto, el objetivo de la terapia es tratar de modificar la conducta y sentimientos del niño actuando sobre los modos de cómo puede pensar (Gonzales 2006, p. 177).

Los procedimientos de intervención, que se sustentan en la postura cognoscitiva-conductual, están basados en ciertos principios que se describen a continuación:

- El organismo responde a las representaciones mentales del mundo circundante y no al medio propiamente dicho.
- Estas representaciones están relacionadas con el proceso de aprendizaje, ya que, los procesos cognoscitivos - mediacionales, están involucrados en todo aprendizaje humano.
- Pensamientos, sentimientos y conductas están causalmente interrelacionadas; de este modo, el programa de tratamiento actúa en estas tres áreas.
- Las cogniciones y conductas son compatibles, lo que hace posible que los procesos cognoscitivos puedan ser interpretados dentro de paradigmas

conductuales y las técnicas cognoscitivas pueden combinarse con procedimientos conductuales.

- La tarea de la terapia cognoscitiva es evaluar las desviaciones o procedimientos cognoscitivos deficientes, las conductas y designar nuevas experiencias de aprendizaje para remediar estas disfunciones (Kendall y Braswell 1985 citado en Gonzales 2006, p. 1778).

## **2.6. PSICOLOGÍA EDUCATIVA EN LA ACTUALIDAD**

La perspectiva que por lo general se acepta actualmente es que la psicología educativa es una disciplina distinta, con sus propias teorías, métodos de investigación, problemas y técnicas.

Los psicólogos educativos hacen investigación sobre el aprendizaje y la enseñanza y, al mismo tiempo, trabajan para mejorar la práctica educativa (Pintrich, 2000 citado en Woolfolk, 2010, p. 9). Para lograr la mayor comprensión posible acerca del aprendizaje y la enseñanza, los psicólogos educativos examinan lo que sucede cuando alguien (un profesor o un padre de familia) enseña algo (matemáticas, lectura, habilidades) a otra persona (un estudiante, un compañero de trabajo o un equipo) en algún contexto (un salón de clases o un teatro). Así, los psicólogos educativos estudian el desarrollo de los niños y los adolescentes, el aprendizaje y la motivación; por ejemplo, la manera en que las personas aprenden diferentes temas académicos como lectura o matemáticas, las influencias sociales y culturales sobre el aprendizaje, la enseñanza y los profesores, y la evaluación, incluyendo los exámenes (Alexander y Winne, 2006 citado en Woolfolk, 2010, p. 10). Así también orientan y responden las necesidades educativas que se presentan en el salón de clase ya sea afectiva, social o cognitiva.

## **2.7. ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE Y ESTRATEGIAS PSICOEDUCATIVAS APRENDIZAJE**

El aprendizaje es el trabajo ejecutado de los intentos realizados por el hombre para enfrentar y satisfacer sus necesidades, es decir el aprendizaje “proceso por el que el individuo adquiere ciertos conocimientos, aptitudes, habilidades, actitudes y comportamientos. Esta adquisición es siempre consecuencia de un entrenamiento determinado (Canda, 2000, p. 27). El aprendizaje supone un cambio adaptativo, y es el resultado de la interacción con el medio ambiente. Sus bases son indiscutibles con la maduración biológica y educación. Pero no todo es tan simple, son muchos los factores que deben tomarse en cuenta para el aprendizaje: el desarrollo de la percepción, la interacción entre los sistemas sensoriales, el impacto de los defectos sensoriales en el rendimiento escolar, la inteligencia y la influencia del medio ambiente, la herencia, el desarrollo intelectual y afectivo, y otros elementos más.

### **2.7.1. ESTRATEGIA**

El desarrollo de la actividad humana debe estar acompañado de estrategias para optimizar el logro de los objetivos que se persiguen en la vida social. La estrategia “es un conjunto de actividades mentales y actitudinales empleadas por las personas en una situación específica de aprendizaje para facilitar la adquisición del conocimiento y el cambio de actitudes” (Real, 2004, p. 14).

Las estrategias de aprendizaje son ideas para lograr metas de aprendizaje, algo así como un tipo de plan general de ataque Derry (1989) (citado en Woolfolk, 2010, p. 272).

La estrategia comprende las siguientes características:

- Es un procedimiento.
- Comprende varias técnicas, operaciones o actividades específicas.
- Persigue un propósito determinado
- Es publica (abierta) o privada (encubierta).
- Es un instrumento sociocultural.

### **2.7.2. ESTRATEGIA DE APRENDIZAJE**



La estrategia de aprendizaje se considera “como el conjunto de procedimientos, actitudes, técnicas, operaciones y medios que se planifican de acuerdo a las necesidades de la población estudiantil a la cual van dirigidos los objetivos educacionales y la naturaleza de las área o cursos que se desarrollan, todo esto con finalidad de hacer más efectivo el proceso de aprendizaje.” (Real 2004, p. 15).

Así también una estrategia de aprendizaje es un procedimiento es un conjunto de pasos o instrumento flexible para aprender significativamente y solucionar problemas y demandas académicas.

Las estrategias de aprendizaje se desarrollan conjuntamente con los contenidos, objetivos y evaluaciones de los aprendizajes, componente fundamental del proceso de aprendizaje.

Supongo que la mayoría de los profesores dirían que desean que sus alumnos “aprendan a aprender” para mejorar su PEA. Muchos profesionales del área indican que el uso de buenas estrategias de aprendizaje ayuda a los estudiantes a aprender y que tales estrategias podrían enseñarse.

### **2.7.3. ESTRATEGIAS PSICOEDUCATIVAS**

Siguiendo a Guillian 1990 citado en Woolfold, p. 20) la Psicología Educacional se conforma como una suerte de “ciencia estratégica” que auxilia la acción docente suministrando análisis, técnicas e instrumentos útiles para la labor educativa. Esto supone tratar el surgimiento del cuerpo de saberes psico-educativos y sobre el desarrollo infantil, considerándolos conformados al interior de un “régimen de prácticas” específico, constituido históricamente, según las condiciones recién apuntadas, y del que, pasa nuestro problema, resulta relevante el dispositivo escolar moderno

Entonces por estrategias psicoeducativas se entiende como un conjunto de actividades de intervención (técnicas, actitudes, estrategias) para la aplicabilidad en el ambiente escolar (necesidades educativas, proceso educativo,) que facilita el proceso de enseñanza y aprendizaje en sentido que el estudiante dirige y controla su propio proceso de aprendizaje. Una de las finalidades de la psicoeducación es proporcionar al profesor, a la familia y al menor la información y la ayuda apropiada y necesaria en el contexto escolar frente a situaciones donde se requiera una intervención psicoeducativa.

Desde el enfoque psicoeducativo, la intervención debe encuadrarse dentro de los distintos contextos o ambientes en los que se desenvuelve el niño, así como implicar a aquellas personas que en mayor medida interactúan con él, es decir, padres y docentes. El objetivo de la psicoeducación es enseñar e informar a los padres, profesores y al menor en qué consiste el TDA/H y qué se puede hacer para mejorar su sintomatología (enseñar estrategias de detección e intervención), repercutiendo en la mejora del clima familiar y en el desarrollo escolar. Se debe aplicar siempre con la familia, con los profesores y con el menor en los casos en que sea posible. En función de la corriente desde la que se vaya a trabajar (conductual, cognitiva o cognitiva-conductual) se acentuarán más a unos aspectos. El profesor cumple un papel esencial en el proceso de detección, evaluación e intervención del TDA/H (López y Romero, 2014, p. 181).

Según expertos, es importante trabajar y acompañar a los padres y educadores en un **entrenamiento** que les permita manejar las conductas disruptivas en el hogar o el aula, así como adaptar ciertas actividades y contextos a las necesidades del niño para favorecer su funcionamiento. Paralelamente, hay que trabajar con el niño para enseñarle habilidades que le permitan desenvolverse de una manera más adaptativa. Para Barkley (1999) (citado en Macías) , el entrenamiento en resolución de problemas, o en habilidades sociales (con modelado, percepción de las necesidades de los demás, del propio estado de ánimo, etc.), ofrece un sobreentrenamiento en

estrategias y repertorios conductuales que ya conoce el menor pero que no ejecuta en el momento oportuno.

En síntesis las estrategias psicoeducativas (cognitiva comportamental ) es la más efectiva en los casos de TDA/H; permite tanto a padres como al paciente y eventualmente a los profesores desarrollar técnicas para identificar situaciones críticas, evitarlas, asumirlas y afrontarlas con un mínimo de comportamiento perturbador.

## **2.8. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD**

En la actualidad nos encontramos en las instituciones con niños o niñas más activas, con déficit de atención y otras más impulsivas que llega a preocupar a los padres y de tal manera o los docentes con quienes trabajan. La hiperactividad o el trastorno de déficit de atención con hiperactividad e impulsividad (TDA/H) como se conoce, pero, en nuestro medio este tema, todavía es poco abordado o desconocido que lleva confusión en el proceso educativo.

A veces este término “hiperactividad” se usa como calificativo con el que se refieren a esos niños bulliciosos, desobedientes, agresivos, u otros adjetivos calificativos, muchas veces desconociendo sobre el origen de la terminología y presentando una concepción no muy fundamental sobre la actividad.

El trastorno de déficit de atención con hiperactividad, es uno de los trastornos de conducta infantil que ha sido investigado con mucho interés por autores de otros países (Barkley (1999), Orjales (2010), Narvarte (2007), entre otros y se necesita establecer conceptos claros para entender este trastorno.

### **2.8.1. TRASTORNO**

Según el DSM-IV de 1995, los trastornos son una clasificación categorial no excluyente, basada en criterios con rasgos definitorios. Los autores admiten que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto, y que se carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Un trastorno es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica.

### **2.8.2. ANTECEDENTE HISTÓRICO DEL TDAH**

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es el resultado de gran variedad de investigaciones. Históricamente se le han dado numerosos nombres entre los que destacan el de inestabilidad psicomotora, hiperactividad, hipercinesia, lesión cerebral mínima, disfunción cerebral mínima y déficit de atención con y sin hiperactividad.

Gargallo, (2005, p. 18), describe un breve recorrido de la evolución sobre el TDAH durante la historia:

La primera referencia científica al respecto señala a H. Hoffman como el primer autor que describe a un niño con déficit de atención e hiperactividad a mediados del siglo XIX.

En 1987, Bourneville describe “niños inestables” que se caracterizan por una inquietud física y psíquica, una actitud destructiva y leve retraso mental.

En 1901, J. Demoor habla de presencia de niños lábiles que se mueven constantemente y dificultad atencional.

El 1902, la ciencia médica documentó por primera vez la existencia de niños que presentaban inatención, impulsividad e hiperactividad. El pediatra George Frederic Still (1902), fue quien primero descubrió la existencia de trastornos en un estudio con 20 niños, muchos de los cuales tenían un historial de daño cerebral y convulsiones. Los niños sujetos de investigación eran considerados por los adultos como; agresivos, desafiantes, con problemas de atención e hiperactividad, con un carácter escandaloso, poco sinceros y obstinados. Los hallazgos del estudio demostraron, en los niños una mayor incidencia de anomalías físicas menores, entre ellas, macrocefalia y paladar ojival. El autor creía que los niños que fueron sujetos de estudio poseían un defecto en el control de su conducta, (aunque algunos provenían de hogares disfuncionales) y que el problema se debía a una predisposición biológica, hereditaria en determinados casos. Still desarrolló una concepción muy particular de la hipercinesia asociándola a “fallos en el control moral” que surgía de una comparación cognoscitiva y consciente de la actividad volitiva del individuo con lo que es bueno en términos absolutos, lo cual implicaba la capacidad de mantener en la mente información sobre las acciones de uno mismo junta a información referida al contexto. Con esta concepción se podría constatar un estrecho vínculo con los conceptos contemporáneos de autoconsciencia, memoria de trabajo, conducta regida por reglas y control inhibitorio que, como se mencionó desempeñan un papel crucial en las interpretaciones actuales del trastorno. Still consideraba, además, que existía en estos niños una predisposición biológica, posiblemente hereditaria a sufrir esta condición por lo que consideró que debían excluirse de la categoría de fallos en el control de la conducta moral aquellos casos que procedían de familias con una forma de vida caótica, reservándolo para aquellos que tenían hogares con pautas de crianza adecuadas.

Golstein (1942) estudio soldados que habían sufrido daños cerebrales en la segunda guerra mundial y encontró en ellas mismos síntomas similares. Por eso se pensó que los niños que tenían los problemas antes mencionados padecían algún tipo de daño cerebral.

Strauss y Lihtinen (1947) también consideraron que el trastorno hiperactivo estaba provocado por una lesión cerebral exógena determinada por algún factor ajeno a la dotación genética del individuo. Los autores delinearon el “síndrome Strauss”, además, de la hiperactividad se incluían otros síntomas fundamentales como la impulsividad, labilidad emocional, perseverancia, atención escasa y dificultades perceptivas. La aportación más significativa de los autores fue las recomendaciones que diseñaron para la educación de los niños con lesión cerebral, a pesar del escaso apoyo científico que las respalda, ya que muchos de los niños estudiados no presentaron daño cerebral luego de aplicarles un examen neurológico convencional. Con relación a esto Strauss y Lihtinen, creyeron que el examen neurológico administrado a los niños no era lo suficientemente sensible para detectar el daño, este proceso dio origen al concepto de “daño cerebral mínimo o disfunción cerebral mínima”. A lo largo de las décadas siguientes, los científicos se concentraron más en las posibles causas del trastorno, dejando a un lado el interés por la definición. Se entendía que el problema estaba determinado por alguna alteración en el sistema nervioso central. La falta de pruebas concluyentes de estas alteraciones hizo que cambiase la forma de entender el problema y que la hiperactividad se entendiese, sobre todo por psicólogos, pedagogos y educadores como un trastorno del comportamiento caracterizado por excesiva actividad motriz.

En la década de 1970, fue decisiva la aportación de Virginia Douglas (1972), presidenta de la Asociación Canadiense de Psicología. Ella defendía que el principal problema de estos niños no era el exceso de actividad, sino su impulsividad y su incapacidad para mantener la atención los criterios que proponía Virginia Douglas para diagnosticar la hiperactividad eran las siguientes: niños con inquietud motora excesiva, problemas atencionales, incapacidad para permanecer sentados y dificultades para controlar sus impulsos. Tales problemas deberían estar presentes desde la primera infancia y no ser una mera consecuencia de la restructuración del hogar. Se excluían niños con psicosis, lesiones cerebrales, retraso mental o deficiencias sensoriales. Las manifestaciones deberían darse tanto en casa como en

la escuela. Este es el primer momento en que aparece referencia a la edad de inicio de los síntomas y a la naturaleza transituacional de éstos.

Las aportaciones de esta autora fueron decisivas en la interpretación actual que se da al trastorno, que arranca del DSM-III de 1980 donde se caracteriza el trastorno por inatención e impulsividad persistente en el tiempo, quedando la inquietud motora en segundo plano.

Esta interpretación se recoge en los dos últimos dos sistemas de clasificación internacional, el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, al que ya hicimos mención, de la Sociedad Americana de Psiquiatría (DSM-IV de 1995 y DSM-IV-TR de 2002) y en el Sistema de Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales, de la Organización Mundial de salud (1992 y 1996), denominada ICD-10 en inglés y CIE-10 en castellano. Que lo definen como el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, nos dice la característica esencial del TDA/H es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar.

Barkley (1999), se puede considerar el mayor experto en el tema ha elaborado un modelo explicativo del TDA/H, según el cual la clave de hiperactividad está en un déficit en el “control inhibitorio” de la respuesta que implica dificultades para detener una conducta ya iniciada, controlar impulsos inmediatos, evaluar los acontecimientos y valorar las consecuencias. La impulsividad del TDA/H es una manifestación de un problema más que es la capacidad para controlar la conducta y que tiene diversas manifestaciones en: la memoria tener conciencia del pasado y del futuro, la autorregulación y el autocontrol, el uso del lenguaje se trata del lenguaje interno, de lo que nosotros decimos a nosotros mismos para controlar nuestra conducta y hacer lo correcto, y a los procesos de análisis y síntesis, la capacidad para desglosar la información a los mensajes que nos llegan en partes y combinar esas partes en nuevos mensajes o respuesta, entre otros.

El DSM-V (2013) lo categoriza como un trastorno del neurodesarrollo y sigue manteniendo los tres grupos de síntomas (hiperactividad, déficit de atención e impulsividad).

La desorganización constituye también un elemento esencial de la estructura clínica del TDA/H, especialmente en adultos, y bien podría catalogarse como el cuarto dominio clínico.

Los síntomas deben aparecer antes de los años de edad, aunque ese criterio ha sido modificado en la actual clasificación de la APA, que permite establecer el diagnóstico de TDA/H si los síntomas aparecen antes de los 12 años (López y Romero, 2014, p. 21).

### **2.8.3. DEFINICIÓN DEL TDA/H**

Prácticamente se escucha y se utiliza más de una vez el término hiperactivo; ya sea en la familia o en la escuela este término se convirtió muy popular en nuestro medio, hecho que se relacione la hiperactividad con un niño con problemas conductuales, como; desobediencia, no cumple con sus tareas, siempre anda jugando, además golpea a sus compañeros u otros comportamientos más.

Así como existieron abundantes términos para describir a los niños con estas conductas, también hubo diferencias entre los especialistas acerca de la definición, origen y sus formas de manifestación relevantes del trastorno.

Entre las diferentes definiciones se dan a conocer las siguientes:

La definición de trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad (TDA, TDA/H), propuesta por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en su Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (APA, DSM-IV, 1994) lo describe como un trastorno caracterizado por alteraciones de la atención,



inquietud psicomotriz y problemas de control de impulsos, formando el conjunto de síntomas de la tríada déficit de atención, hiperactividad e impulsividad, con clara interferencia en la vida (familiar, escolar y social) de la persona. El DSM-V (2013) lo categoriza como un trastorno del neurodesarrollo y mantiene los tres grupos de síntomas. La desorganización constituye también un elemento esencial de la estructura clínica del TDA/H, especialmente en adultos, y bien podría catalogarse como el cuarto dominio clínico. Los síntomas deben aparecer antes de los 7 años de edad, aunque ese criterio ha sido modificado en la actual clasificación de la APA, que permite establecer el diagnóstico de TDA/H si los síntomas aparecen antes de los 12 años.

El concepto básico es que el TDA/H se caracteriza por la dificultad de reprimir o inhibir ciertos comportamientos mientras se realizan tareas no interesantes o “fascinantes”, en terminología de Barkley (2006). El problema se pone de manifiesto por una deficiencia en la capacidad para inhibir y supervisar al mismo tiempo las conductas y por la dificultad para poner freno a las distracciones (déficit de atención), a los pensamientos y actividad (impulsividad) y a los movimientos y acción constantes (hiperactividad). Este modelo neuropsicológico sugiere que el déficit en la inhibición de las conductas es el problema principal del TDA/H. Se puede considerar que la integración de diversas funciones complementarias que implican un incremento de la inhibición de necesidades o impulsos primarios, y cuya complejidad avanza a lo largo del desarrollo, está muy alterada en este trastorno (López y Romero, 2014, p. 21).

Otra definición del TDA/H, es un trastorno de origen neurobiológico que se caracteriza por tres síntomas típicos: déficit de atención, impulsividad e hiperactividad motora y vocal. Se identifica como un trastorno cuando estos síntomas o los comportamientos que se deriven se observen con mucha mayor frecuencia e intensidad que los niños y adolescentes de igual edad interfieran en la vida cotidiana en casa, escuela y en su entorno general (Mena y otros, 2006, p. 1).

Según el doctor García Castaño (2001), “el TDA/H es un trastorno del desarrollo de naturaleza biocomportamental, que constituye un desorden biológico con amplias repercusiones en la conducta del que lo padece. Se trata de uno de los trastornos que se inicia en la niñez, y su aparición varía de persona a persona. Se considera un desorden biocomportamental lo que, en palabras sencillas, significa una perturbación de la conducta, la que tiene un origen biológico” (González, 2006, p. 17).

En el diagnóstico no se presentan síntomas exclusivos. Sus manifestaciones forman parte de conductas que presentan todos los individuos; aunque la frecuencia e intensidad varían de individuo a individuo. Es un trastorno heterogéneo; esto quiere decir que la manifestación de los síntomas no es igual entre las personas que lo padecen. De hecho, rara vez una persona presenta la totalidad de los síntomas. Esta particularidad tan especial ocasiona manifestaciones diversas del mismo desorden.

Muchos autores coinciden y han constatado que los niños y niñas hiperactivos constituyen un grupo heterogéneo en el que no en todos los casos y de forma permanente están presentes todos los rasgos y síntomas que se describen como característicos de este trastorno (López y Romero 2014, p. 22). Muchos niños pueden no cumplir los criterios de evaluación para su diagnóstico, pero si manifiestan, lo cual, es un grupo diverso y complejo al momento de diagnosticar.

El DSM-V menciona que se utilice otro TDA/H especificado o TDA/H no especificado para pacientes con síntomas notables que no cumplen los criterios precisos para TDA/H. Algunos ejemplos podrían incluir a las personas cuyos síntomas inician después de los 12 años o son escasos. Recuerde, para justificar el diagnóstico, los síntomas deben asociarse a disfunción. Si usted desea especificar la razón por la cual el diagnóstico de TDA/H no es apropiado para el paciente, elija F90.8 (de los criterios del DSM-V) y agregue algo como “síntomas identificados por vez primera a los 13 años” (Morrison, 2014, p. 38).

## 2.8.4. SÍNTOMAS PRINCIPALES

A pesar de los cambios en la denominación los síntomas centrales del trastorno se siguen manteniendo, los profesionales y la literatura de divulgación sobre el TDA/H continúan describiéndolo en torno a tres síntomas principales: desatención, hiperactividad e impulsividad. Escasas publicaciones se centran en las alteraciones de la atención en el TDA/H sin relacionarlas con el comportamiento hiperactivo e impulsivo. Por tanto, permanece como núcleo básico del trastorno el comportamiento perturbador, siendo menos probable que se reconozca un TDA/H en las personas cuyas alteraciones significativas de la atención no se acompañen de síntomas hiperactivos-impulsivos. Las manifestaciones clínicas primarias o síntomas principales del TDA/H son: el déficit atención, la hiperactividad y la impulsividad.

### 2.8.4.1. Déficit de atención

Tudela (1992) (citado en Macia, 2012, p. 38) define la atención como: “un mecanismo central de capacidad limitada cuya función primordial es controlar y orientar la actividad consciente del organismo de acuerdo con un objetivo determinado”

Asimismo, Macia (2012) nos indica los mecanismos atencionales implicados pueden ser de tres tipos:

- a) **Mecanismos selectivos**, que se ponen en marcha cuando, aun en presencia de una gran cantidad de estímulos, el ambiente nos exige centrarnos en uno sólo o en una tarea. De este modo, la denominada **atención selectiva o también llamada focalizada** hace referencia a la capacidad del organismo para centrarse en una tarea (respondiendo a unos estímulos e ignorando otros) o concentrarse en una actividad.

Los niños y niñas con TDA/H presentan dificultades en la atención selectiva, impidiéndoles seleccionar la respuesta correcta entre un conjunto de alternativas;

serían niños que inspeccionan y planifican menos, siendo menos activos en la búsqueda de información. Tienen dificultad para recordar y seguir instrucciones y para resistir o evadir las distracciones cuando intenta seguir aquéllas.

**b) Mecanismos de distribución**, que se requiere o activan cuando es necesario atender a varias cosas a la misma vez; así, la **atención dividida** se refiere a la actividad mediante la cual se ponen en marcha los mecanismos de desplazamiento (la atención oscila rápida e intermitentemente, se desplaza, de una tarea a otra) o de distribución (la atención se distribuye entre las distintas tareas o actividades) que el organismo utiliza para responder cuando se presentan múltiples demandas del ambiente.

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

**c) Mecanismos de mantenimiento o sostenimiento**, que se inician cuando tenemos que atender una tarea durante un período prolongado de tiempo. La persistencia de la atención o **atención sostenida** es la capacidad del organismo para mantener la atención y permanecer durante largos períodos de tiempo. La atención sostenida es la más perturbada o afectada en los niños y niñas con TDA/H. Presentan problemas en la realización de determinadas tareas por su incapacidad para mantener la atención de manera continuada, sobre todo en tareas que no sean altamente motivadoras y no les resultan gratificantes (tareas largas y repetitivas), si bien también se puede manifestar, en menor grado, en tareas lúdicas. La escuela y el aprendizaje escolar exige una atención intensa y continuada para realizar las tareas solo atiende a lo que le interesa y por poco tiempo.

Barkley (2006) considera que la falta de atención que manifiestan los niños y niñas con TDA/H con predominio desatento (TDA/H-DA) refleja probablemente deficiencias en la rapidez del procesamiento de la información y en la atención selectiva o focalizada, lo que supone la existencia de dificultades distintas a las que pueden manifestar los niños con TDA/H con predominio hiperactivo-impulsivo (TDA/H-HI), que los presentan especialmente en la atención mantenida y en su incapacidad para no atender los estímulos irrelevantes; mientras que los niños con TDA/H con subtipo combinado (TDA/H-C) tendrían déficits tanto en la atención sostenida como en la dificultad de control motor ( citado en Macia, 2012, p. 44).

#### **2.8.4.2. La hiperactividad**

La hiperactividad tiene que ver más que todo con la actividad de movimiento, es una actividad aumentada, la hiperactividad del desarrollo de los niños se caracteriza por movimientos constantes de exploración, experimentación, etc., y suele acompañarse de distraimiento, baja tolerancia y frustración (Olortegui, 214). El niño manifiesta movimientos continuos y excesivos, como estar corriendo, subiendo y bajando de los muebles (sillas, mesas u otros), tiene dificultad para mantenerse sentado o en reposo, actúa como impulsado por un motor y colocándose a veces en situaciones peligrosas.

Los niños y niñas con TDA/H, se comportan como si tuvieran un motor interno (encendido), están siempre en movimiento en situaciones que resulta inadecuado; presentan inquietud, nerviosismo e incapacidad para estar sentados. Muchos padres y profesores les denominan de revoltosos, de moverse en su asiento, molestar a los demás compañeros, hablar en exceso y hacer continuamente ruidos con los dedos. La actividad motora de los niños hiperactivos se caracteriza por ser excesiva, desorganizada e inoportuna (Macia, 2014, p. 45).

La hiperactividad motora es el síntoma que más se aminora con la edad. A medida

que el niño se hace mayor es capaz de mantenerse sentado más tiempo, pero pueden mostrar cierta inquietud con movimientos continuados de una pierna, golpecitos en la mesa con los dedos o patadas con los pies en el suelo, u otros. (Macia, 2014, p. 45)

#### **2.8.4.3. La impulsividad**

La impulsividad es una conducta reactiva inmediata; son reacciones inmediatas y constantes, rápidas y espontáneos que no miden las consecuencias. Los impulsos fluyen constantemente sin parar. La impulsividad está íntimamente ligada a la hiperactividad y es característica del TDA/H (Narvarte, 2008, p. 34). “En si la impulsividad se puede definir como un déficit en la capacidad para inhibir conductas en respuesta a demandas situacionales” (Macia, 2014, p. 45).

Macias (2014, p. 46), nos menciona que los niños con TDA/H se caracterizan por ser impacientes, y a menudo actúan (hacen o dicen algo) antes de pensar (dan respuestas prematuras). No tienen la capacidad de aguardar su turno para hablar, interrumpiendo frecuentemente a los demás; realizando con frecuencia actividades físicas arriesgadas, sin calcular las consecuencias que pueden traer, como accidentes. La impulsividad se manifiesta por la incapacidad que tienen para inhibir conductas que conllevan satisfacción inmediata (autocontrol); presentan pues incapacidad para refrenarse o contener (deficiente control de impulsos) y para esperar las gratificaciones.

Barkley (1999) asigna un papel central a la impulsividad para entender el TDA/H y considera que es un trastorno del desarrollo de la inhibición de la conducta. La deficiente capacidad de inhibición es el problema nuclear del TDA/H. La inhibición permite al niño detenerse y pensar antes de actuar, valorar las consecuencias posibles de una conducta, y en función de dicho análisis, planificar y organizar el propio comportamiento.

#### **2.8.4.4. Otros síntomas presentes**

Las características propias del TDA/H limitan la adaptación del niño, pero al mismo tiempo suponen la aparición de una serie de síntomas secundarios en los distintos ámbitos de su vida que vienen a complicar más su desarrollo personal y social. Son complicaciones derivadas de las deficiencias propias del niño. De hecho, para diagnosticar un TDA/H es necesario que se cumpla el criterio que establece que deben existir pruebas claras de deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.

Como afirma Perellada (2009 citado en Macia, 2012, p. 48), el describir algunos problemas como síntomas secundarios a la evolución del TDA/H diferenciándolos de los problemas comórbidos se llegaría a pensar en el TDA/H como un factor de riesgo evolutivo, que dejado a su evolución espontánea progresa añadiendo a los problemas ya existentes otros que no forman parte del trastorno y que podrían evitarse con una intervención temprana y adecuada,

##### **a) Dificultad de relación social (pares, familia y profesor)**

Macia (2012) el comportamiento del niño o niña con TDA/H es molesto para quienes conviven y con él, las conductas de los niños con el trastorno presentan problemas de relación social con los demás adultos que les rodean (profesores y familiares) y también con otros niños o compañeros de curso. Su comportamiento (impulsividad, no seguir las instrucciones, ser desordenado, etc., y con el tiempo cierta agresividad y desobediencia) provoca una relación con los padres y profesores llena de discusiones, reproches y castigos (relación poco eficaz para modificar su conducta en sentido positivo y muy eficaz para empeorarla).

Con sus compañeros suelen tener problemas al ser incapaces de controlar sus impulsos resultando molestos en el aula e incluso en el juego, por lo que de forma progresiva pueden ir quedando aislados, por ejemplo, al interrumpir el juego de los

compañeros y molestarlos. Este hecho produce en los amigos un rechazo y les lleva a su aislamiento; de ahí que parezcan independientes y poco sociables. Asimismo, les dificultan formar parte de actividades y tareas colectivas que requieren ajuste a ciertas normas, como es el caso de los juegos cooperativos.

En si las alteraciones de conducta tienen como consecuencia problemas de integración social y aislamiento

### **b) Dificultades en el aprendizaje**

Los síntomas del TDA/H obstaculizan el trabajo escolar y el aprendizaje. Las deficiencias de atención son las responsables de que las tareas escolares sean desordenadas y se cometan muchos errores al no prestar atención a los detalles; se distraen con facilidad; dejan muchas tareas a medio terminar; evitan el hacer tareas que exigen un esfuerzo mental sostenido; son descuidados en sus objetos personales. Les resulta muy complejo elaborar estrategias de estudio, como hacer esquemas, organizar la información, hacer resúmenes. Este peor desempeño escolar está relacionado con la impulsividad y con la menor habilidad para utilizar estrategias complejas de solución de problemas de tipo intelectual y social, y con las dificultades en la “memoria de trabajo” que les dificulta, al abordar un trabajo intelectual, aplicar estrategias reflexivas, inhibir la respuesta y reflexionar sobre el problema. De tal manera, los niños con TDA/H son irregulares (variabilidad) en su rendimiento académico (Macia, 2012, p. 49).

Los niños con este trastorno también se observan algunas otras deficiencias específicas que afectan el aprendizaje. En general en lenguaje, escritura y matemáticas, dificultades en la lectura comprensiva y secuencia aritmética (problemas con largos enunciados que no terminan de leer o resolver ejercicios matemáticos).

### **c) Problemas de comportamiento**



Es frecuente y notorio que los problemas conductuales acompañen a la hiperactividad el 80% de los niños hiperactivos presentan trastornos de conducta, como ser; problemas de disciplina, incumplir o faltar las normas y reglas establecidas. Sobre todo, estas dificultades aparecen en la escuela: molestan a sus compañeros, hablan sin permiso del profesor, realizan sonidos desagradables y perturbadores e inician peleas. Los padres indican que son desobedientes y habitualmente comienzan discusiones y peleas con los hermanos (López y Romero, 2014, p. 26).

#### **d) Alteraciones emocionales, bajo nivel de autoestima**

El déficit de autoestima, la inestabilidad y labilidad emocional tienen su explicación, en los conflictos continuos con el medio social y en sus experiencias de fracaso. Estos menores tienen una sensación crónica de fallar en todo, de no hacer nada bien, y están acostumbrados a recibir críticas constantes de padres y profesores, a pesar de intentar hacer las cosas bien. Consideran que son el objeto de esas críticas y quejas de los demás sin saber muy bien la razón; piensan que no gustan a los demás y no saben qué hacer para resolver la situación; por ello su autoestima y autoeficacia son muy bajas (López y Romero, 2014, p. 26).

El rechazo por parte de sus compañeros y los permanentes conflictos con los adultos, van alimentando una visión de sí mismo muy negativa, lo que le conduce a una baja autoestima y a problemas emocionales y a consecuencia de esto repercute en su rendimiento escolar.

Según Orjales (1999) los niños con TDA/H emocionalmente muestran un desarrollo más inmaduro que sus compañeros de edad. Se desmoralizan con facilidad, cambian frecuentemente de estado de ánimo, no toleran la frustración, les cuesta aceptar sus errores y culpan con frecuencia a los demás, les cuesta ponerse en el lugar del otro y tener en cuenta sus deseos y sentimientos, se muestran tenaces (“tercos”) y malhumorados con frecuencia y parecen tener una autoestima muy baja.

La autoestima es factor trascendental en el desarrollo psico-social del niño que ayuda a un mejor rendimiento académico, puesto que el sentirse capaz o incapaz de realizar una tarea condiciona sus posibilidades de acción y de logro.

### **2.8.5. DIAGNÓSTICO DEL TDA/H**

El TDA/H habitualmente se define como un patrón de comportamiento desadaptado y desproporcionado para la edad del niño o niña de síntomas de hiperactividad, impulsividad y/o inatención, presentes generalmente desde antes de los 7 años de edad, en más de un ambiente (casa, colegio, etc.) y que originan problemas importantes desde el punto de vista escolar, familiar o social.

El DSM-V detalla los síntomas de cada categoría diagnóstica, y a su vez cada síntoma en concreto es descrito a través de un listado de comportamientos claramente definidos.

#### **Criterios diagnósticos en el DSM-V**

La Asociación Americana de Psiquiatría (2013) nos presentan los criterios diagnósticos para el TDA/H en su última versión del DSM-V, a continuación se describe los criterios de diagnóstico:

**A.** Un persistente patrón de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, que interfiere con el funcionamiento o desarrollo caracterizado por los síntomas enumerados en 1 y 2.

**1. Inatención:** Seis (o más) de los siguientes síntomas han persistido por al menos seis meses a un grado que es inconsistente con el nivel de desarrollo y que impacta de modo negativo y directo en las actividades sociales, académicas u ocupacionales.

**Nota:** Los síntomas no son sólo una manifestación de una conducta oposicionista, hostil o desafiante, ni es resultado de la falla en el entendimiento de la tarea o las

instrucciones. Para adolescentes y adultos (de 17 años en adelante) se requieren al menos cinco de los síntomas.

- a. De manera constante falla en prestar atención cercana a los detalles o tiene errores por descuido en trabajos escolares, en el trabajo o durante otras actividades.
- b. De forma continua tiene dificultad para sostener la atención en tareas o actividades de juego (p. ej., para permanecer atento en lecturas, conversaciones o cuando lee un texto largo).
- c. Con frecuencia parece no estar escuchando cuando le hablan de manera directa (parece estar en otro lado, incluso en ausencia de algún distractor).
- d. Con frecuencia no sigue instrucciones y falla en terminar tareas, trabajos escolares o algún deber de su trabajo (p. ej., empieza las tareas, pero se distrae y desvía con facilidad).
- e. A menudo tiene problemas para organizar tareas y actividades (se le dificulta manejar tareas secuenciales, cuidar materiales y mantenerlos en orden; es sucio y desordenado en el trabajo; su manejo del tiempo es pobre, y falla en cumplir con los plazos de entrega).
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se resiste a comprometerse en tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (trabajo escolar o tareas; en adolescentes y adultos, preparar reportes, completar formas, revisar papeleo extenso).
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para realizar sus tareas y actividades (materiales de la escuela, lápices, libros, herramientas, carteras, llaves, papeles del trabajo, lentes, teléfono móvil).
- h. Se distrae con facilidad gracias a estímulos inusuales o extraños (para adolescentes y adultos, incluye pensamientos).
- i. Es olvidadizo en sus actividades diarias (haciendo tareas o diligencias, regresando llamadas, pagando cuentas, concertando citas).

**2. Hiperactividad e impulsividad:** Seis o más de los siguientes síntomas han persistido por al menos seis meses a un grado que es inconsistente con el nivel de desarrollo, e impacta de forma directa y negativa en las actividades académicas,

ocupacionales o sociales.

**Nota:** los síntomas no son sólo una manifestación de una conducta oposicionista, hostil o desafiante, ni es resultado de la falla en el entendimiento de la tarea o las instrucciones. Para adolescentes y adultos (de 17 años en adelante), se requieren al menos cinco de los síntomas.

- a. De manera constante toquetea y hace ruido con manos y pies, o se retuerce en su asiento.
- b. Casi siempre se levanta en situaciones donde se esperaría que permaneciera sentado (deja su lugar en el salón de clases, en la oficina o lugar de trabajo, o en cualquier otra situación donde se requiere permanecer en un lugar).
- c. Con frecuencia corre o trepa en situaciones donde esto es inapropiado (nota: en adolescentes y adultos se puede limitar a sentirse intranquilo).
- d. A menudo es incapaz de jugar o realizar en silencio cualquier actividad.
- e. Con frecuencia parecería que está prendido o actuando como si estuviera dirigido por un motor (es incapaz de permanecer quieto por largos periodos de tiempo, como restaurantes, donde da la impresión de estar intranquilo).
- f. Suele hablar en exceso.
- g. Con frecuencia responde antes de que terminen de preguntarle (completa las oraciones de las personas, no puede esperar su turno en la conversación).
- h. Casi siempre le cuesta trabajo esperar su turno (p. ej., en una fila).
- i. A menudo interrumpe y se mete con otros (irrumpe en conversaciones, juegos o actividades; puede utilizar las cosas de otros sin preguntar o recibir permiso).

**B.** Varios de los síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivo están presentes antes de los 12 años.

**C.** Varios de los síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivo están presentes en dos o más espacios (hogar, escuela, amigos, parientes y en otras actividades).

**D.** Existe evidencia clara de que los síntomas interfiere con o reducen la calidad del funcionamiento social, académico u ocupacional.

**E.** Los síntomas no ocurren como resultado de esquizofrenia o algún otro trastorno

psicótico, y los síntomas no son mejor explicados por otro trastorno mental (trastorno del estado de ánimo, de ansiedad, disociativo, desorden de personalidad, intoxicación por sustancia o abstinencia).

Especificar la presentación actual:

- Presentación TDA/H combinado: Si tanto el criterio A1 (falta de atención) como el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) se presentaron en los últimos seis meses.
- Presentación predominantemente inatenta: si el criterio A1 (falta de atención) se satisface, pero el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) no se cumple durante los últimos seis meses.
- Presentación predominantemente hiperactiva/impulsivo: si el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) se cumple y el criterio A1 (falta de atención) no se cumple en los últimos seis meses.

Los criterios para el diagnóstico de TDA/H han sufrido modificaciones relevantes y una ampliación diagnóstica: (1) la consideración del trastorno, que pasa del grupo de trastornos del comportamiento perturbador al de trastornos del neurodesarrollo; (2) la edad de inicio, que pasa de considerar síntomas antes de los 7 años a retrasarlos a los 12 años, y (3) la incorporación del diagnóstico a adultos, con recomendaciones explícitas para su reconocimiento. Como se ha expuesto en el prólogo, y sin negar la evidencia de alteraciones en el neurodesarrollo, desde la perspectiva clínica esta alteración determina un comportamiento perturbador, y los tratamientos psicológicos siguen siendo prioritarios.

El diagnóstico del TDA/H debe realizarlo un profesional entendido en la materia (psicólogo clínico, psiquiatra, etc.). Además, cuanto antes se lo detecte mejor, porque se podrá instaurar pautas de tratamiento que facilitaran su convivencia del niño con TDA/H. El uso único de los criterios del DSM-V, puede llevarnos a limitaciones si nos centramos única y exclusivamente a ello y no sería significativo. Recordemos que estos criterios fueron desarrollados en el contexto de un modelo

médico, lo que puede llevar a no prestar la atención debida las variables ambientales que pueden desempeñar un papel importante en determinados problemas de conducta del niño, todo esto nos conlleva a manifestar que debe ser desde un enfoque multimodal la evaluación.

### **2.8.6. EVALUACIÓN DEL TDA/H**

La evaluación del TDA/H es un asunto complejo, pues depende de diversos factores y la casuística puede ser muy variada.

Como señala Fernández Ballesteros (2011, p. 193), todo especialista, durante el proceso de la evaluación, lleva a cabo una serie de tareas con dos objetivos fundamentales: 1) seleccionar información suficiente que permita la formulación de supuestos sobre el caso concreto, y 2) verificar tales hipótesis mediante técnicas de evaluación adecuadas y, en su caso, por medio de contrastación experimental. Esto es particularmente importante en el TDA/H, pues, como se ha comentado, puede haber una tendencia al sobrediagnóstico al tratarse de un problema externalizado de conducta, o bien ser infradiagnosticado en el caso de mujeres; además presenta un número importante de síntomas asociados y trastornos comórbidos, con afecciones distintas en función de la gravedad, mayor o menor presencia de los mismos en función del ambiente en que se desarrolla el niño; siendo por tanto, todo ello fundamental para establecer una determinada evolución del problema.

Para abordar este apartado se va tener presente los distintos momentos del proceso de evaluación en psicología clínica, si bien es importante subrayar que la evaluación psicológica del TDA/H se ha de realizar desde una perspectiva multidisciplinar en la que junto al psicólogo intervienen otros profesionales, como médicos (pediatra, psiquiatra y neurólogo), trabajadores sociales y el propio profesor. La consideración del TDA/H como un trastorno neuroconductual obliga a una exploración física para detectar posibles signos neurológicos u otras alteraciones orgánicas. Sin embargo, para el diagnóstico del TDA/H, en la gran mayoría de los casos, no es necesario

tener que utilizar pruebas diagnósticas complejas, electroencefalograma, tomografía axial computarizada, resonancia magnética, etc., salvo que la valoración clínica tras la exploración física y la historia clínica lo justifique (Grupo de Trabajo sobre TDA/H, Pliszka-AACAP 2010).

En todos los casos, es esencial evaluar el TDA/H desde todas las dimensiones (social, cognitiva, conductual, etc.), además de investigar acerca de los posibles trastornos comórbidos, para poder programar el tratamiento más adecuado.

Los niños con signos de hiperactividad forman un grupo muy diverso, nada homogéneo, y no todos presentan los mismos comportamientos y déficit, o no concuerdan en su frecuencia y relevancia ni en las situaciones o contextos. Igualmente, pueden diferir con respecto al origen y posibles motivos de sus problemas.

En conjunto, los principales aspectos generales o criterios que se deben tener en cuenta para la evaluación del TDA/H aparecen resumidos en la siguiente tabla 1:

TABLA: 1

Aspectos que se debe tomar en cuenta en la evaluación de la hiperactividad infantil (Moreno, 1999 citado en López y Romero, 2014, p. 134)

Evaluación del TDA/H infantil: Aspectos generales y específicos

- Enfoque multidisciplinario e integrador.
- Atención al nivel de desarrollo evolutivo.
- Consideración de las pautas educativas y normas de conducta propias del entorno familiar y escolar.
- Comparación del comportamiento infantil con el grupo social de referencia.
- Informes de observadores independientes sobre los comportamientos infantiles anómalos.

Desde la psicología, se debe contemplar tres dominios o ámbitos del problema: 1) los déficits de atención, 2) el nivel de actividad motora y 3) el comportamiento general del niño en el entorno natural (educativo y social).

La valoración del TDA/H se basa en las pruebas o instrumentos (cuestionarios, entrevistas, test, etc.) que el profesional aplica al sujeto, a padres y profesores con la finalidad de conseguir información sobre cómo es su comportamiento en casa y en la escuela. El análisis de estos contextos resulta esencial, y se debe insistir en este aspecto, porque en un gran número de niños las conductas alteradas se presentan asociadas a situaciones y entornos específicos.

Moreno (1999) describe que la evaluación del TDA/H debe concretarse en las siguientes áreas:

**Estado clínico.** En esta parte se detectan los comportamientos alterados y las anormalidades psicológicas que el menor manifiesta en el momento actual. Se observa si el niño muestra rasgos característicos del trastorno (inquietud, déficit de atención, actividad motora) y conductas antisociales tales como desobediencia o agresividad. De tal manera también se debe obtener datos de cómo son sus relaciones con los iguales (pares), si está integrado en el grupo de compañeros o si está aislado. Por último, se tiene en cuenta en esta área la presencia de posibles perturbaciones de tipo emocional (ansiedad, baja autoestima, etc.).

**Nivel intelectual y rendimiento académico.** Según los autores Safer y Allen, (1976), ésta es el área más relevante para el diagnóstico de hiperactividad. Los informes que proporciona la escuela han de explicar cómo es el comportamiento del niño, su rendimiento académico en el curso actual y cómo ha sido anteriormente. Se toman en cuenta tanto los aspectos positivos como los negativos, subrayar los problemas, tomar en cuenta sus progresos, las tareas escolares en las que normalmente tiene éxito y qué tipo de habilidad utiliza habitualmente cuando ha de



planificar y resolver los ejercicios escolares; en resumen, cómo se enfrenta a la resolución de los deberes académicos.

**Factores biológicos.** La evaluación del trastorno incorpora también un análisis físico completo para localizar posibles signos neurológicos, anomalías congénitas u otros síntomas de tipo orgánico que sean de interés, así como para descartar patologías neurológicas específicas que pueden ser la base de los síntomas conductuales y rechazar la hiperactividad como trastorno principal.

**Condiciones sociales y familiares.** Se debe prestar atención al nivel socioeconómico, la valoración de la familia y las conductas de sus miembros, clima familiar, relaciones interpersonales, calidad de vida y lugar de la vivienda familiar, disciplina, cumplimiento de normas y horarios, actitudes de los padres hacia los problemas infantiles, factores que parecen originar los conflictos, y otros aspectos sociales.

**Influencia del marco escolar.** El papel que ejerce la escuela en la detección de las alteraciones infantiles y en la intervención posterior. Los especialistas se centran en dos aspectos principalmente: factores personales y organización estructural de la institución educativa. En lo que se refiere a factores personales, se examinan las actitudes de los profesores cuando los alumnos desobedecen, la indisciplina o incumplen las normas escolares y las pautas de conducta que estos profesionales utilizan en el contexto de clase, es decir, si son profesores más o menos autoritarios o flexibles, si potencian la integración del menor en el aula, si conocen y manejan bien los déficits específicos. Respecto a la gestión del centro, es importante obtener información sobre los recursos de materiales y de funcionamiento, la ubicación del mismo y su estructura organizativa.

#### **2.8.6.1. Instrumentos de Evaluación**

Hay muchos instrumentos que ayudan al clínico a evaluar bastantes aspectos del

TDA/H (Quinlan, 2003). Se pueden agrupar en cuatro categorías: entrevistas estructuradas, inventarios, test psicométricos de funcionamiento cognitivo e instrumentos específicos para medir variables críticas y concretas del TDA/H.

Según Quinlan (2003), estas herramientas permiten al profesional clínico ir más allá de la observación y juicio clínico, explorando campos de forma sistemática, midiendo procesos con mayor precisión y una observación estandarizada y objetivamente cómo funciona el sujeto. Para que sea útil, cualquier instrumento ha de proporcionar información al clínico de forma predecible y consistente: debe ser repetible en diferentes situaciones (fiable), debe darnos información relevante para el diagnóstico de TDA/H o para un aspecto concreto de él (válido) y debe hacerlo de forma que sea rentable en tiempo, esfuerzo y gastos (coste-efectividad).

Tomar cuenta que los efectos del trastorno deben ser significativos y aparezcan en múltiples contextos o mínimo en dos ambientes (escuela y casa). No hay una sola prueba que pueda abarcar todas estas áreas ni “realizar un diagnóstico” pero los test pueden ofrecer al clínico datos válidos para emitir un juicio sobre la presencia de un síntoma y sobre el nivel de alteración de manera más objetiva, cuantificable y fiable. Tras utilizar estos instrumentos, la valoración final del clínico consistirá en cuantificar la importancia que se debe dar a un resultado obtenido mediante un test. Decidirá si algunos aspectos críticos de los síntomas del menor se incorporan en la evaluación y si un nivel concreto de alteración constituye un “trastorno” Quinlan (2003).

La categorización de pruebas eficientes para evaluar TDA/H incluye:

- **Entrevistas**, estructuradas y semiestructuradas que detectan la presencia de diferentes alteraciones psicopatológicas.
- **Escalas o inventarios**, generales para trastornos de conducta perturbadores y específicos para TDA/H.
- **Test psicométricos**, generales de desarrollo y de facetas psicológicas, y específicos de atención y memoria, organización y planificación, aptitudes, déficit

de aprendizaje y de otras funciones afectadas a menudo por el TDA/H, como la lectura, la escritura y el cálculo.

- **Técnicas de observación**, observaciones dentro el contexto donde se desarrolla el niño (escuela, casa, u otro.).

#### **2.8.6.1.1. Entrevistas**

Cuando se solicita la intervención del psicólogo para ayudar en la resolución de un problema es frecuente que la primera descripción del mismo se realice por los padres de forma ambigua e imprecisa, con la utilización de términos, ya sean quejas o adjetivos: “va mal en el colegio”, “es muy malo”, “no obedece nunca”. Por esta razón la entrevista es la primera herramienta para obtener información. Macia (2012) nos menciona la primera tarea a realizar por el psicólogo, es utilizando como técnica la entrevista, generalmente en un formato no estructurado, recabar una información preliminar que le permita especificar y delimitar la clase de conductas que los padres entienden que constituyen el problema de su hijo (y en qué situaciones se producen), y precisar de este modo, con claridad, el motivo de la consulta. Es decir, transformar los planteamientos generalmente vagos en términos conductuales concretos, así como conocer y concretar desde su inicio los objetivos que los padres pretenden alcanzar con la intervención psicológica. Se indaga sobre los posibles elementos moduladores, es decir, lo que hace que el problema pueda mejorar o empeorar y las situaciones en las que es más probable que ocurra la conducta problema.

Tras esta primera entrevista con los padres es conveniente mantener un primer contacto-entrevista con el propio niño de forma que podamos comprobar si conoce los propósitos de la visita al psicólogo y su punto de vista respecto al problema. Este primer contacto facilita la relación terapéutica evitando desde el primer momento interpretaciones erróneas que pueden provocar ansiedad y/o rechazo del niño.

La entrevista no estructurada, en el inicio del proceso de evaluación, nos permite

recoger información muy variada, adaptarnos a las características de la demanda, observar la conducta del niño, de los padres y profesores (y su interacción) y avanzar en el establecimiento de una buena relación terapéutica (Macia 2012: 77).

#### **2.8.6.1.2. Escalas de valoración**

Existe una variedad de escalas, estos instrumentos deben basarse en los criterios de diagnóstico del DSM-V a la vez se debe realizar una adaptación de acuerdo al contexto donde se va aplicar, ya que, la mayoría de las escalas están elaboradas en otro entorno (España, EE. UU, Argentina, otros países.), al tomar en cuenta un instrumento, el profesional clínico debe elegir el más adecuado para recoger toda la información que se necesita. Hay dos tipos de escalas las generales o de amplio espectro, y las específicas.

**a) Escalas generales o de amplio espectro.** Moreno (1999) Las escalas para valorar alteraciones comportamentales u otros trastornos (trastornos del comportamiento perturbador TCP) relacionados con la hiperactividad, incorporan herramientas que, aunque no han sido en principio pensadas para evaluar hiperactividad, reúnen ítems sobre impulsividad, actividad motora, distracción, y otros concernientes a problemas de comportamiento en general. Usualmente son semejantes a los inventarios de síntomas que pueden contribuir al reconocimiento de los niños con TDA/H (López, 2014, p. 140).

**b) Escalas específicas para síntomas del TDA/H.** El número de escalas específicas para síntomas del TDA/H es amplio. Hay configuraciones para niños, adolescentes y adultos con distintos contenidos, distintos niveles de representación de síntomas y distintos niveles de justificación en la investigación. Por sí mismas, las escalas de valoración no pueden ofrecer la información necesaria para emitir un diagnóstico definitivo. Son el inicio del proceso diagnóstico y posibilitan una recopilación sistemática de datos derivados de múltiples fuentes que a veces no son fáciles de conseguir en entrevistas diagnósticas. Ambos formatos (dirigidos al menor

y a los padres y maestros) son útiles para obtener información sobre el funcionamiento del niño en diferentes contextos y situaciones. Constituyen el tipo de instrumento más utilizado actualmente en las investigaciones sobre los trastornos por déficit de atención con hiperactividad, pero, la variedad de escalas no quiere decir que se debe aplicar en cualquier contexto, en nuestro país no existe una escala ya definida, lo que se debe realizar o lo que realizan muchos investigadores de pregrado son las adaptaciones de acuerdo a una escala ya existente de otro país (ejemplo la escala de Conners).

#### **2.8.6.1.3. Test Psicométricos**

Son instrumentos aplicados al niño para realizar la complementación de la evaluación de la hiperactividad a través de la información que nos proporciona el propio niño o niña. Existe una variedad de estos instrumentos psicométricos el psicólogo debe elegir el más adecuado y tenga el alcance para extraer información necesaria para el diagnóstico del supuesto niño con TDA/H, entre las cuales la que se utiliza es la escala de Weschler u otra.

La Escala de inteligencia para niños de Weschler (WISC, 1987), esta prueba se aplica a niños y adolescentes entre las edades de 5 años hasta los 15 años, nos proporciona cinco puntuaciones: el cociente intelectual total y cuatro índices: comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento. Este test está integrado por 12 subtest que se agrupa de la siguiente manera **Verbales:** vocabulario, analogías, aritmética, comprensión general, información general y retención de dígitos y **De ejecución:** completamiento de figura, ordenamiento de historias, construcción de cubos, composición de objetos, claves y laberintos. Con la evaluación del CI se conoce el rendimiento intelectual general del niño, además, permite descartar un posible problema de discapacidad intelectual en el origen del retraso escolar y de otros síntomas conductuales (desatención y conducta sobreactiva) compartidos con el TDA/H. También será importante conocer esta capacidad intelectual para establecer un

pronóstico.

#### **2.8.6.1.4. Observación Conductual**

También es útil llevar a cabo observaciones del comportamiento del niño en el contexto natural, especialmente en las Unidades Educativas. Este tipo de evaluación se ve simplificada por la utilización de códigos concretos de observación (listados de conductas incluidas en categorías conductuales diferentes). Así, una categoría conductual incorpora varias conductas descritas de manera objetiva, mientras que los códigos conductuales aluden a dos o más categorías.

La utilización de la observación presenta ventajas tales como facilitar el registro de conductas manifiestas típicas del trastorno. También se logra una alta fiabilidad entre los evaluadores y, dada su estructura, favorecen la evaluación de los tratamientos.

En resumen, es evidente que una evaluación completa del niño o niña con TDA/H puede ser muy laboriosa debido al gran número de áreas y facetas que se deben explorar. No siempre es posible emplear mucho tiempo en la exploración, por lo que conviene disponer de un mínimo de pruebas que nos permitan detectar los problemas de planificación y autorregulación típicos de disfunciones ejecutivas y que determinan los comportamientos sintomáticos de la hiperactividad en diferentes edades.

#### **2.8.7. POSIBLES CAUSAS DEL TDA/H**

El determinar la etiología del TDA/H sigue siendo muy controversial, En la actualidad se desconocen las causas directas o inmediatas del TDA/H. Los avances en las técnicas de diagnóstico por neuroimagen y en la genética han ayudado a esclarecer algunas cuestiones, pero aún no se ha conseguido una evidencia definitiva que explique los orígenes del trastorno (Mena, 2006, p. 7). Barkley (1999), sostiene que

han sido numerosas las causas propuestas como posibles orígenes del TDA/H, pero la evidencia para muchas de estas ha sido poca o ninguna. Una gran mayoría de factores causales de este trastorno ha obtenido apoyo en investigaciones, pues se sabe que se relacionan o tienen un efecto directo en el desarrollo o funcionamiento del cerebro, aunque no se sabe a ciencia cierta cómo ocurre. Se puede mencionar varios factores entre ellos está un trastorno neurobiológico ocasionando por una amplia variedad de factores biológicos y hereditarios. Los factores ambientales no son causa directa de la hiperactividad, pero si puede ser fundamental en determinados sujetos para que esta se manifieste, así como para incrementar o reducir la gravedad del trastorno.

#### **2.8.7.1. Estudios Neurobiológicas**

Las primeras aproximaciones rigurosas al TDA/H lo entendían como un problema fundamentalmente médico y defendían que estaba asociado con diversas alteraciones del sistema nervioso central. Sin embargo, la idea más extendida es que la hiperactividad tiene su origen en alguna disfunción cerebral, es decir, un funcionamiento inadecuado del sistema nervioso central (SNC). Los estudios realizados con el TAC (Tomografía Axial Computarizada) no aportan datos claros que apoyen la existencia de una lesión cerebral. No obstante, apuntan que pueda existir una disfunción (funcionamiento inadecuado) del lóbulo frontal y de las estructuras del diencefalo-mesencefálicas en los niños con TDA/H. Ello es debido a lo que se encuentran en los niños hiperactivos signos neurológicos menores e irregulares como dificultades de equilibrio, pobre coordinación motora fina, torpeza, reflejos asimétricos o movimientos irregulares o espasmódicos de los miembros, etc. (Gargallo, 2005, p. 42).

Por otra parte un estudio de 1996 de F. Javier Castellanos, Judith Rappórt y sus colegas del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, que uso la técnica de formación de imágenes encontró que en algunos niños hiperactivos, que determinadas zonas del cerebro, en la corteza pre-frontal derecha, los dos ganglios basales (el núcleo caudado y el globo pálido) y algunas zonas del cuerpo calloso que

vinculan las regiones cerebrales frontales y parietales tienen un tamaño significativamente reducido en comparación con los niños en general.(Miranda , A. y Jarque, 2001 citado en Gargallo, 2005, p. 42).

Barkley (1998), menciona la corteza pre-frontal derecha interviene en la emisión de la conducta del individuo, resistiendo a las distracciones y desarrollando la conciencia de la propia entidad y del tiempo. El núcleo caudado y el globo pálido contribuyen a desconectar las respuestas automáticas, posibilitando que la corteza delibere con más detenimiento y que se coordine entre las diversas regiones de la corteza informaciones neurológicas (Gargallo, 2005, p. 42).

#### **2.8.7.2. Herencia Genética**

Se dice que un niño con este trastorno a menudo tiene un familiar que lo padece, quien podría ser uno de sus padres, un hermano, un abuelo u otro pariente con historial de conductas similares. Según datos del profesor Barkley en 1998 los hijos de un progenitor con hiperactividad tienen hasta el 50% de probabilidades de experimentar las mismas dificultades.

Un estudio dirigido por Jacquelyn J. Gillis (1992) de la Universidad de Colorado, demostró que el riesgo de que un niño sufriera TDA/H cuando su gemelo idéntico lo padecía era mayor incidente de veces que el hermano no gemelo. Según los datos de esta investigadora entre el 52 y el 92% de los gemelos idénticos de niños con TDA/H padecían el trastorno. Uno de los trabajos más exhaustivos desarrollados sobre gemelos fue dirigido por Helene Gjone y Jon Sundeth, de la Universidad de Oslo, en colaboración con Jim Stevenson, de la Universidad de Soutampton (Gargallo, 2005, p. 43). Estudiaron 526 gemelos univitelinos (gemelos idénticos, con los mismos genes, que siempre son del mismo sexo), y 389 mellizos (gemelos vitelinos, con distintos genes, que pueden ser de distinto sexo). Estos investigadores encontraron una heredabilidad del 80%. Los resultados de estos estudios de concordancia de TDA/H en gemelos no podrían ser más claros. La tasa de concordancia en gemelos



monocigóticos está entre 58 y 82% de los casos; mientras que la concordancia en gemelos dicigóticos del mismo sexo se tiene entre 31 y 38% (Willcutt, Pennington, y DeFries, 2000) (en Galicia, 2015, p. 86).

Hasta aquí los resultados de los estudios genéticos permiten concluir que el TDA/H puede ser significativamente familiar y que esta familiaridad podría deberse en especial a una influencia genética.

### **2.8.7.3. Genes y neurotransmisores**

La dopamina es un neurotransmisor, (los neurotransmisores son productos químicos que secreta el organismo y que transmite información entre las neuronas) sustancia química cerebral que ayuda a mantenernos preparados para la acción, pero sin dejar que los estímulos irrelevantes nos distraigan (Miranda, Amado y Jarque, 2001, p. 63) un nivel adecuado de dopamina nos permite prescindir de lo que no es importante y mantenernos atentos a las informaciones que sí lo son. Los receptores de la dopamina están en la superficie de ciertas neuronas; la dopamina entrega a las neuronas su mensaje enlazándose con los receptores. Los transportadores de dopamina de las neuronas que secreta el neurotransmisor y atrapan dopamina sin usar para que pueda utilizarse en otra ocasión. Parece que las personas con TDA/H pueden sufrir alteraciones en el gen de los receptores de la dopamina, o en el gen de los transportadores de la dopamina. La consecuencia de estas alteraciones es la generación de receptores menos sensibles a la dopamina, o de transportadores “excesivamente eficaces” que acaparan toda la dopamina secretada antes de que una neurona vecina. El resultado final es un proceso defectuoso de transmisión de la dopamina que hace que el sujeto hiperactivo disponga de valores de este neurotransmisor menores que los sujetos en general. Esta disfunción química afecta sobre todo a las áreas del cerebro responsables de la inhibición de las conductas inapropiadas (los lóbulos frontales y ganglios basales), lo que se traduce en un déficit de autocontrol.

Sin embargo, los genes que conllevan un mayor riesgo de TDA/H no se conocen con certeza por el momento. El principal candidato es el gen llamado DRD4\*7, que está en el cromosoma 11. El DRD4 \* 7 es responsable de producir el receptor D4 del neurotransmisor dopamina. Este gen es defectuoso en el 30 % de la población general, pero esta proporción sube hasta el 50-60 % en los pacientes con TDA/H. El receptor D4 se activa al unirse a la dopamina, pero también por la adrenalina y noradrenalina (también llamadas epinefrina y norepinefrina). Otro gen que se asocia con el TDA/H es el DAT1 (gen de la proteína transportadora de la dopamina), también un gen de la dopamina, y está en el cromosoma 5. Otros genes que se han visto implicados en el TDA/H en diferentes estudios son el DRDS y el DBH, también de proteínas relacionadas con la dopamina. Como veremos más adelante, las medicaciones que elevan los niveles de dopamina (como el metilfenidato y la dextroanfetamina) y noradrenalina (como la atomoxetina y los antidepresivos tricíclicos) son eficaces en el tratamiento del TDA/H (Soutullo y Diez, 2007, p. 16).

Tanto la dopamina como la noradrenalina son potentes agonistas del receptor D4 dopaminérgico (DRD4). Este receptor está distribuido de forma amplia en el sistema prefronto-estriatal y se ha encontrado de manera reciente un polimorfismo (un alelo con siete repeticiones) de este receptor en el exón III de sujetos con TDA/H. Este polimorfismo, presente en el TDA/H, tiene como característica funcional producir una disminución en la sensibilidad a la dopamina del receptor D4. Algunos estudios muestran un adelgazamiento regional de la corteza cerebral asociado con la repetición del alelo DRD4-7 en pacientes con TDA/H; dicho adelgazamiento es más evidente en los niños y mucho más ligero en los adolescentes. Otros estudios apoyan estas conclusiones y además han mostrado este mismo adelgazamiento en la materia blanca en áreas específicas del cerebro del TDA/H, como la corteza prefrontal y el cerebelo. Se ha sugerido que este polimorfismo podría reducir la actividad dopaminérgica mesolímbica en los lóbulos frontales, provocando una disminución de la efectividad del componente de atención frontal, responsable de la atención voluntaria, uno de los elementos de atención afectado de manera profunda en el TDA/H (en Galicia, 2015, p. 89).

La persona con TDA/H comporta una disponibilidad menor de dopamina que en los sujetos normales, lo que explica los problemas que tienen para retener la atención y para controlar las respuestas inadecuadas. Son estudios que se realizó pero se sigue manejando una respuesta hipotética y no así definitiva.

#### **2.8.7.4. Factores Psicosociales y Ambientales**

##### **a) Factores ambientales que pueden afectar biológicamente en el TDA/H.**

Autores como Sprich-Buckminster, Biederman, Milberger, Faraone y Krifcher-Lehman, (1993), destacan ciertos factores ambientales que afectan biológicamente durante la gestación y pre-perinatales tales como toxemia, eclampsia, prematuridad, infecciones neonatales, mala salud materna, parto prolongado, bajo peso al nacer, hemorragias preparto, etc. Los estudios a este respecto, no obstante, distan mucho de ser concluyentes, salvo a la hora de presentar una serie de factores predisponentes a una mayor vulnerabilidad general, no específica para el TDA/H. También Zuluaga (2009), menciona otros factores en la gestación que correlacionan con la hiperactividad como el consumo de alcohol y el tabaco, es decir, el hábito de fumar de la madre durante el embarazo y el alcoholismo materno. En definitiva, se puede afirmar que todos estos factores pueden valorarse como **factores de predisposición** más que como causas directas y concretas del trastorno, instaurando en el crecimiento del niño o niña una vulnerabilidad que más tarde podrá ser fortalecida por factores ambientales de carácter personal, familiar y social (López y Romero, 2014, p. 79).

Según Mena Pujol, y otros (2006, p. 7), el TDA/H no es causado por alergias alimentarias, problemas familiares, malos profesores o escuelas ineficaces; en ningún caso los padres se deben sentir culpables por la enfermedad de su hijo y no deben permitir que nadie les culpe. Hay muchos mitos sobre las causas del TDA/H, pero no hay ninguna evidencia científica de que alguna de ellas pueda

generar el TDA/H.

**b) Factores psicosociales que pueden afectar biológicamente en el TDA/H.**

Herreros (2002), señala, entre los factores psicosociales contribuyentes al trastorno, una mayor prevalencia se encuentra en los medios urbanos desfavorecidos como ser: En ambientes de pobreza, malnutrición, exclusión social, malos cuidados prenatales y posnatales, problemas familiares (incluidos consumos de alcohol y drogas) y violencia en el hogar, estos factores mencionados favorecen la aparición de los síntomas y contribuyen a su desarrollo y perpetuación.

Zuluaga (2009) expone los postulados de Biederman y otros. (2002), según los cuales la adversidad psicosocial influye significativamente en la expresión de los síntomas del TDA/H. En sus investigaciones hallaron que mientras ningún estresor psicosocial particular incrementó la mala evolución del TDA/H, el efecto aditivo de múltiples estresores (clase socioeconómica baja, familia numerosa, psicopatología de los padres, hogares de acogida) ejercía un impacto significativo en el nivel de alteración. Es más evidente la hipótesis que hay una etiología biológica, pero también queda claro que hay factores ambientales y psicológicos que pueden influir más o menos en el desarrollo de esta neuropatología, y por tanto no toda la etiología es de origen genético o hereditario (López y Romero, 2014, p. 84).

**2.8.8. EL NIÑO CON TDAH EN EL PROCESO DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE**

Cabe tener en cuenta también que los escolares con TDAH presentan dificultades de aprendizaje que el resto de la población infantil, siendo este hecho uno de los principales motivos de preocupación para el fracaso escolar.

Tampoco se debe confundir la conducta hiperactiva con las dificultades en el aprendizaje, pero esto no quiere decir que todos los niños hiperactivos tienen

dificultades de aprendizaje. Puede estar acompañado el TDA/H con algunas dificultades de aprendizaje.

El bajo rendimiento académico es debido, en parte, a las “propias dificultades organizativas, de planificación, priorización, déficit de atención y precipitación de la respuesta que obedecen a las alteraciones de las funciones ejecutivas (memoria de trabajo e inhibición de la respuesta) propias del TDA/H, y a las dificultades específicas que comportan los trastornos específicos del aprendizaje frecuentemente asociados como es la dislexia, problemas en las matemáticas, etc. (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad de Cataluña, 2010, p. 50).

Pero en la educación formal, muchas veces los niños y las niñas son nombrados por los profesores “niños problema” en ocasiones se les deja de lado, sin conocer ni comprender la causa de su dificultad y se continua con el avance programado con los demás niños. Por el contrario, en el proceso educativo se debe tomar en cuenta que no todos los niños tienen el mismo nivel de conocimiento ni las mismas habilidades y capacidades y ello requiere que en este proceso se debe estimular a en función de su esfuerzo y su ritmo de aprendizaje y no solo de sus resultados.

#### **2.8.9. DIFICULTADES DE APRENDIZAJE Y TDA/H.**

Se maneja habitualmente la expresión dificultades de aprendizaje como si se tratara de un término común y corriente que no necesita mayores explicaciones, pero en realidad es uno de los aspectos más controvertidos y probablemente menos comprendido. Para comprender este problema se han empleado diferentes términos como incapacidad de aprendizaje, problemas de aprendizaje, dificultades de aprendizaje, discapacidad de aprendizaje o trastornos de aprendizaje, cada término tiene su historia. La más aceptada es llamar a este problema como dificultad de aprendizaje.

Por su lado, la Comisión Nacional Conjunta sobre las Dificultades de Aprendizaje (1994) indica “es un término general que se refiere a un grupo heterogéneo de trastornos manifestados en impedimentos importantes para la adquisición y uso de las habilidades para escuchar, hablar, leer, escribir, razonar y las habilidades matemáticas. Estos trastornos son intrínsecos al individuo, se puede suponer que se deben a una disfunción del sistema nervioso central o no así también sino por factores ambientales (educación) y pueden ocurrir durante todo el ciclo vital. Aunque una discapacidad para el aprendizaje puede estar asociada a otras dificultades (trastorno sensorial, retardo mental, trastorno socio-emocional) o influencias ambientales (diferencias culturales, instrucción insuficiente, o inadecuada, factores psicógenos), ésta no es resultado directo de dichas incapacidades sino influencias ambientales” (Jiménez, 1999, p. 19).

Detrás de los niños diagnosticados de TDA/H se encuentran un rendimiento académico inferior al que se espera por edad e inteligencia. Esto se puede explicar por la sintomatología del trastorno. La hiperactividad, la impulsividad o la dificultad atencional no son buenos aliados para un adecuado proceso de aprendizaje. El TDA/H suele asociarse con dificultades de aprendizaje como; la lectura, escritura y matemáticas. (Mena, y otros, 2006, p. 14).

El bajo rendimiento escolar es la tónica generalizada en estudiantes con TDA/H. Un 20% de niños hiperactivos, experimentan trastornos específicos de aprendizaje en las áreas de lectura, escritura y matemáticas (Fundación Catabria, 2009, p. 11).

Según, la Fundación Catabria (2009) nos describe las dificultades de aprendizaje que presenta el niño o niña con TDA/H entre ellas esta:

#### **2.8.9.1. Dificultades en lenguaje y escritura**

Aproximadamente un 20% de los niños hiperactivos tienen problemas en el lenguaje oral. Su comprensión lectora es deficiente, tienen dificultades en la comprensión de textos largos a pesar de no tener puntuaciones bajas en vocabulario. Por su

impulsividad y los problemas de atención suelen omitir palabras e interpretan mal el contenido de la lectura. De esta manera en la comprensión de instrucciones escritas, el niño realiza la tarea en función de la información que ha logrado retener, considerando solo algunas variables en la ejecución de tareas. La comprensión de un texto implica construir el significado e integrarlo en los conocimientos previos que tenemos. En los niños con TDA/H la dificultad aparece ante tareas de evaluación con altas demandas de autorregulación o que tratan de analizar la representación de un texto. Suelen presentar una comprensión pobre en oraciones de notable complejidad sintáctica; captan un número menor de ideas, no se ajustan a la estructura interna del texto y su organización de la información es pobre.

Se clasifican las dificultades en la lectura en dos grandes grupos:

- a) Niños cuyas dificultades se centran en la lectura de palabras y, como consecuencia, muestran dificultad para extraer el significado global del texto (déficit en procesos léxicos).
- b) Niños que pudiendo leer las palabras les cuesta comprender lo que leen (déficit en procesos de alto nivel).

En las áreas que requieren destreza manual, tales como la escritura, tienen problemas de motricidad fina que afecta a la coordinación y a la secuencia motora en el trazado de las letras, la inatención e impulsividad dificultan la regulación de sus movimientos, por lo que no desarrollan la habilidad de realizar movimientos lentos y controlados. Son torpes para ensartar, modelar con plastilina, colorear de forma controlada, abrochar botones pequeños, las cuales son habilidades pre-requisito para el control y manejo del lápiz y la adquisición de la escritura, como consecuencia, su letra es desorganizada, excesivamente grande o pequeña.

### **2.8.9.2. Trastornos del habla**

El TDA/H puede expresarse también con dispraxia o torpeza motora del habla, que consiste en un déficit en la expresión de la palabra por una lengua poco coordinada o

torpe. Existe escasa agilidad y velocidad en los movimientos linguales, lo que conduce a la imposibilidad para repetir el mismo movimiento de la misma forma y a un lenguaje fluido y peculiar. Suelen tener una escasa o deficiente participación en actividades mediadas por habla. En general, los niños con trastornos de la articulación tienen más problemas en su coordinación motora

### **2.8.9.3. Dificultades en el aprendizaje de las matemáticas.**

Para los niños y niñas con TDA/H, las dificultades en matemáticas se multiplican, ya que el déficit afecta a aspectos involucrados en la resolución de problemas, como la impulsividad y un déficit en auto instrucciones.

El rendimiento en matemáticas es significativamente inferior al esperado a su edad y por debajo de su nivel de funcionamiento intelectual. Errores cometidos en las diferentes fases de la resolución:

- a) Déficit viso espaciales:** No utilizan efectivamente imágenes visuales y pueden encontrar dificultades en tareas que requieren procedimientos holísticos y visuales, obstaculizando tareas que exigen diferenciación entre números similares desde el punto espacial (6 y 9), símbolos, monedas, manecillas del reloj; memorizar ordenadamente los números de cantidades (escribe 12 por 21); alinear números para hacer operaciones.
  
- b) Déficit en memoria y procesamiento auditivo:** El ejemplo más claro son las tablas de multiplicar. Tienen una dificultad específica para mantener la información numérica en la memoria de trabajo, lo que explica su escaso conocimiento de hechos numéricos tales como; reconocimiento rápido de números (auditiva y visualmente); dificultades para memorizar y reproducir el grafismo de cada número.
  
- c) Dificultades en el procesamiento auditivo:** Manifestado al realizar ejercicios



orales (cálculo mental) y al contar siguiendo una secuencia dada.

- d) Procesos cognitivos y meta cognitivos:** Carecen de conciencia acerca de las habilidades y recursos necesarios para realizar una tarea y fallan en el uso de mecanismos autorregulatorios.

#### **2.8.9.4. Problemas perceptivo- motores**

Más de un 30% de niños y niñas con un diagnóstico de TDA/H presentan frecuentemente movimientos rígidos y problemas en la coordinación motora. Estos problemas de coordinación afectan al trazado de las letras dando lugar a escritura irregular, tachones, soldaduras, interlineado y márgenes ondulantes. En algunos casos es fácil observar cuando están escribiendo que sacan la lengua y mueven los labios. También es significativo el número de niños con TDA/H que tienen caídas y tropezones frecuentes como consecuencia de sus deficiencias en la motricidad gruesa.

#### **2.8.9.5. Funcionamiento cognitivo en el niño y niña con TDA/H**

##### **2.8.9.6. Déficit de Atención**

“La atención es necesaria porque procesar la información que recibimos del entorno es un proceso lento, secuenciado y que requiere esfuerzo” (Orjales, 1999, p. 45). En los niños que presenta el TDA/H, el déficit de atención es integrante fundamental de este trastorno porque es producto de la distractibilidad lo cual impide concentrar la atención y obstaculiza este proceso tan importante para el aprendizaje.

Muchos de los autores se inclinan a afirmar que los niños con TDA/H, no tiene menor capacidad de atención que los niños normales, sino que estos niños difieren en la forma en que focalizan y dirigen su atención.

A continuación, presentamos algunas de las dificultades atencionales que los niños y niñas con TDA/H presentan, puntualizadas por Isabel Orjales (1999):

**a) Dificultad en la atención controlada frente a la automática.** Se ha comprobado que los niños hiperactivos muestran un buen rendimiento en pruebas de procesamiento automático y un rendimiento negativo en aquellas que requieren esfuerzo. Esto nos quiere decir cuando la tarea no es conocida se realiza menor esfuerzo.

Cuando una tarea es nueva o no ha sido bien aprendida realizamos un procesamiento controlado, toda nuestra corteza cerebral está concentrada en la realización de la tarea y eso requiere un esfuerzo. Cuando la tarea no es difícil o ya es conocida, podemos relegar esa función a sistemas automáticos realizando un menor esfuerzo

**b) Dificultad en procesar varios estímulos simultáneamente.** A este proceso se le llama atención focalizada y obliga al niño a seleccionar de entre los distintos estímulos que recibe, aquellos que son más relevantes para realizar la tarea. Se ha comprobado que el rendimiento de los niños hiperactivos es peor cuantos más estímulos irrelevantes presente la tarea que se le ha encomendado.

**c) Dificultad para mantener la atención de forma continuada.** La mayoría de las investigaciones constatan que los niños hiperactivos en comparación con los niños no hiperactivos no tienen más dificultades para concentrar su atención en tareas simples, pero sí tienen dificultades para mantener este grado de atención durante largos periodos de tiempo.

**d) Dificultad en aprender y recordar lo aprendido por procesar la información de forma más superficial.** La información es aprendida y recordada más fácilmente si ha sido procesada de forma significativa (con sentido para nosotros) y durante un largo periodo de tiempo (estudiándola varias veces); o cuando el niño establece una relación entre la información que quiere recordar y las estrategias que utilizó para aprenderla (“recuerdo esto porque me lo aprendí con este truco que era muy divertido”). Por el contrario, si la información ha sido procesada sin sentido (de memoria), demasiado rápidamente (en poco tiempo) o

de forma desorganizada, se almacena de forma temporal en la memoria inmediata y no llega a almacenarse en la memoria a largo plazo.

Los niños utilizan para aprender estrategias simples, propias de niños normales mucho más pequeños. Por ejemplo, si se les pide que traten de recordar una lista de palabras, las procesan más por su sonido que por su significado.

#### **2.8.10. RENDIMIENTO ESCOLAR DEL NIÑO Y NIÑA CON TDA/H**

Detrás de la mayoría de los niños diagnosticados de TDA/H se encuentra un rendimiento académico inferior a la que se espera por edad e inteligencia. Esto se lo puede explicar por la propia sintomatología del trastorno. La hiperactividad, la impulsividad o la dificultad atencional no son buenos aliados para un adecuado proceso de aprendizaje. Como se mencionó anteriormente el TDA/H suele asociarse con dificultades o trastornos propios del aprendizaje. Sobre todo, ante las tareas de lectura, escritura y matemáticas (Mena y otros, 2006, p. 14).

Se dice que los niños con TDA/H presentan con mucha frecuencia dificultades de aprendizaje por las siguientes tareas que no logran superar; la mala organización, mala memoria secuencial, déficit en actividades psicomotrices finas y gruesas, y habilidades cognitivas improductivas (Soutullo y Diez, 2007, p. 38).

#### **2.8.11. INTERVENCIÓN EN EL TDAH**

Cualquier intervención estratégica, en la etapa infantil persigue un objetivo favorecer la adaptación y el desarrollo psicológico de los niños Marsellach (2005). Razón, que intervenir el TDA/H, se convierte en una de las prioridades más significativas para diferentes autores de distintas disciplinas que se ocuparon a lo largo de los años que propusieron tratamientos que busquen minimizar sus efectos ya sean a corto o largo plazo. Los avances de la ciencia y aportes de varios autores nos explican que en la actualidad no se dispone de un tratamiento curativo y definitivo para este trastorno,

pero si existe medidas terapias eficaces para reducir las manifestaciones sintomáticas previniendo o impidiendo que las mismas provoquen los severos problemas de adaptación a las demandas escolares, sociales y personales, que son los que comprometen el bienestar del niño y su familia (Beltran, 2008, p. 28).

### **2.8.12. ADAPTACIONES Y ESTRATEGIAS A UTILIZAR EN EL AULA**

La adaptación o también llamado adecuación es una estrategia y recurso didáctico específico de apoyo a la integración escolar o la inclusión escolar que posibilitan el acceso y progreso en el diseño curricular de un alumno con necesidades educativas. (Paniagua, 2007, p. 24).

Paniagua (2007) menciona de acuerdo con el caso estos procedimientos pueden generar una programación individual. El currículo será construido desde la diversidad y no desde la homogeneidad.

Las primeras medidas las dirigiremos a realizar adaptaciones ambientales y metodológicas aplicables a todo el grupo. Una vez estudiadas las posibilidades del grupo, el profesor ahorrará mucha energía y trabajo si diseña sus clases adaptándose al ritmo de los niños con más dificultades. No se trata de reducir el nivel de exigencia sino de modificar las condiciones en las que se desarrolla la clase.

Adaptaciones ambientales consiste en hacer modificación como; situar los pupitres de modo que se reduzca la dispersión. Sentarle al niño en un lugar tal que le podamos tener vigilado, lejos de distracciones y de las ventanas y junto a compañeros en los que se pueda apoyar para copiar o completar las tareas, a realizar apuntes y no distraerle. Así le facilitaremos los procesos de atención, concentración y seguimiento de su trabajo (Fundacion Cantabria, 2009, p. 30)

Para culminar esta parte, más que modificaciones en el aula, lo que se necesita es supervisar, recordar, animar, incentivar, premiar, aprobar, alimentar, motivar y

estimular a los niños con signos o síntomas con TDA/H.

### **2.8.13. TRATAMIENTO DEL TDA/H**

El TDA/H como ya se expuso anteriormente se puede considerar un cuadro neurobiológico complejo que afecta a la totalidad del desarrollo psicoemocional, cognitivo y social del niño. Por este motivo, el tratamiento e intervención de este trastorno debe contemplar un tratamiento multimodal.

#### **2.8.13.1. Tratamiento médico farmacológico**

El tratamiento de la hiperactividad consiste desde hace muchos años en la administración de fármacos años de investigación confirman que la utilización de fármacos estimulantes produce el aumento de las catecolaminas que hace que los niños hiperactivos mantengan mejor la atención y reduzcan la hiperactividad motriz (Orjales, 1999, p. 103). Es necesario aclarar que los fármacos no eliminan el déficit de atención con hiperactividad, pero reducen sus manifestaciones y facilitan la adaptación social y escolar.

Los fármacos más usados son tanto el metilfenidato, atomoxitina, dexanfetamina, estos; fármacos u otros son administrados para tratar a niños o niñas con diagnóstico de TDA/H.

Según los médicos, los niños o niñas con TDA/H tienen un desequilibrio químico de los neurotransmisores, los más afectados son la dopamina y la noradrenalina (sustancias químicas del cerebro), lo que ocasiona un retraso en el desarrollo cerebral. Principalmente, se ve afectado el lóbulo frontal; por tanto habrá una alteración en la atención, en el control de impulsos y en las funciones ejecutivas.

Los fármacos utilizados en el trastorno son principalmente el Metilfenidato y la Atomoxetina, estos son estimulantes que aumentan los niveles de dopamina y la noradrenalina. El metilfenidato es un estimulante que mejora tanto la hiperactividad como la inatención en niños con TDA/H. Más de 60 años de experiencia con ésta medicación, y más de 150 estudios en diversos países confirman que es eficaz y segura en el tratamiento. Aunque suele tolerarse bien, como es un estimulante, a veces puede producir algunos efectos secundarios generalmente leves como la disminución del apetito o del sueño, fácilmente reversibles bajando la dosis. La atomoxetina es un medicamento no derivado anfetamínico, también de primera elección en pacientes con TDA/H. Su efecto positivo dura todo el día y puede administrarse en una sola toma por la mañana. Además, no tiene potencial de abuso, puede mejorar la ansiedad y no empeora los tics (Fundación Catabria, 2009, p. 8).

Los fármacos utilizados para este trastorno modifican el funcionamiento cerebral y les ayuda tanto a estar más atentos en sus tareas escolares y cotidianas, como también a no tener esa necesidad de movimiento excesivo, pero es temporal. Es necesario la combinación de intervenciones tanto fármaco y psicológico (psicoeducativas) como socio-familiares, para mejorar la autonomía del niño, su déficit de atención, hiperactividad e impulsividad.

#### **2.8.13.2. Tratamiento psicopedagógico**

El tratamiento psicopedagógico tiene por objetivo reeducar las funciones cognitivas que se encuentran deficitarias, trabajando así sobre la recuperación cognitiva. A este trabajo, se unirá la recuperación del aprendizaje y la organización conductual. Este tratamiento permitirá ir modificando o atenuando la sintomatología que caracteriza el TDA/H (Narvarte, 2008, p. 182).

Este trabajo es el indicado para niños en etapa escolar de 6 años hasta la adolescencia siendo muy adecuado por su característica psicopedagógicas y para acompañar el

desenvolvimiento escolar y las necesidades que presenta en su formación, a la vez que se ajusta y contiene la organización conductual (Narvarte, 2008, p. 183).

El trabajo que realiza el psicopedagogo en la institución educativa, cumple un rol fundamental como mediador entre el TDA/H y las consecuencias escolares, tanto en su comportamiento como en el desarrollo escolar y los trastornos escolares (disgrafía, dislexia, discalculia u otros), la adaptación curricular y orientación escolar. El psicopedagogo trabaja directamente con el niño, con sus dificultades educativas que presenta.

### **2.8.13.3. Tratamiento Psicológico**

#### **2.8.13.3.1. Tratamiento psico-educativo**

Desde el enfoque psicoeducativo, la intervención debe encuadrarse dentro de los distintos contextos o ambientes en los que se desenvuelve el niño o niña, así como implicar a aquellas personas que en mayor medida interactúan con él o ella, es decir, padres y docentes.

El objetivo de la psicoeducación es enseñar a los padres, profesores y al menor en qué consiste el TDA/H y qué se puede hacer para mejorar su sintomatología, repercutiendo en la mejora del niño. Se debe aplicar siempre con la familia, los profesores y con el menor en los casos en que sea posible. De acuerdo a la corriente desde la que se vaya a trabajar (cognitiva-conductual) se acentuarán más unos aspectos u otros (López y Romero, 2014, p. 178).

Está dirigido a informar al niño con TDA/H y a sus allegados (profesores y padres) de las causas, síntomas, pronóstico, y tratamiento del trastorno. Una de las consecuencias más beneficiosas de este tipo de intervenciones es desculpabilizar al niño o niña sobre las dificultades que presenta. Tanto él como las personas cercanas habrán pensado muchas veces que los problemas que presentaba en diversas áreas de su vida estaban

relacionados con algún tipo de defecto personal, con la mala intención, o con falta de voluntad y de interés. Esto habrá deteriorado la autoestima del niño, y habrá llenado sus relaciones interpersonales de reproches, rabia, decepciones y rupturas. Dentro esta investigación entraremos a fondo con el tratamiento cognitivo comportamental como parte de la psicoeducación a las personas que corresponde (niños con TDA/H, profesores, y sus padres).

#### **2.8.13.3.2. Tratamiento Cognitivo – Comportamental**

Como sea empleado anteriormente la impulsividad, la hiperactividad e inatención producen un importante deterioro, tanto en la vida del niño como en su entorno familiar, escolar y social. El niño con TDA/H tendrá más dificultades en el rendimiento escolar, en las relaciones interpersonales y problemas emocionales. Todo ello constituye un factor de riesgo para la posterior aparición de otros trastornos; por ejemplo, trastornos de conducta o problemas emocionales. La intervención psicológica, generalmente en combinación con el tratamiento farmacológico, se dirige a reducir la sintomatología del trastorno y es fundamental para prevenir o tratar otras complicaciones o problemas/trastornos asociados.

El tratamiento psicológico debe ser individualizado, centrando sus objetivos, en cada caso, en función de las características e intensidad de los síntomas, de la comorbilidad y de las complicaciones o repercusiones sobre el desarrollo evolutivo del niño o sobre el ámbito familiar, escolar y social. Requiriendo la máxima implicación y motivación de profesores y padres.

Autores como Corral, (2003); Pelham y Fabiano, (2008) citado en (Macia, 2012, p. 120). Mencionan que el tratamiento psicológico conductual-cognitivo ha demostrado una mayor eficacia en el niño, en los padres y en la escuela; donde se utiliza programas de entrenamiento a padres y profesores (con técnicas operantes: reforzamiento, extinción,



economía de fichas, coste de respuesta, u otros) y técnicas cognitivo-conductuales (resolución de problemas, entrenamiento en autoinstrucciones, u otros) con el propio niño.

Las técnicas o los programas de este tratamiento que se conoce, han demostrado su eficacia, se han de adaptar a cada caso, a las características de cada niño, en función de los datos obtenidos en el proceso correlacional y conductual. La intervención, que será prolongada (a lo largo de todo el desarrollo infantil), y que al tratarse de un trastorno crónico será diferente en las distintas edades, se centra de forma conjunta con los padres, que recibirán entrenamiento para ser agentes de cambio, el niño afectado y los profesores que recibirán entrenamiento de las estrategias de intervención (ámbito escolar).

A continuación se desarrollara la intervención psicológica desde el enfoque cognitivo-conductual y el enfoque psicoeducativo, el trabajo puede ser directo con el niño o mediante el entrenamiento psicoeducativo a los profesores o padres.

El enfoque cognitivo-conductual es muy efectivo porque introducen cambios en los patrones de conducta en la interacción entre padres e hijos o hijas. El procedimiento de estas terapias incluye tres fases (López, 2005):

1. Una primera parte de modificación **de conducta** en la cual se utilizan técnicas, la extinción, el coste de respuesta, el tiempo fuera y la restitución la economía de fichas y los contratos de contingencias, etc.

2. En segundo lugar se encuentra la intervención propiamente **cognitiva**, en la que aparecen las técnicas de autoinstrucciones y modelos principalmente. También se han desarrollado programas tales como pensar en voz alta (Camp y Basch, 1998), párate y piensa (Kendall, Padever y Zupan, 1980) o el aprendizaje estructurado (Goldstein, 1981) citado en (Lopez, 2005).

3. Una tercera parte, es la intervención que actúa a un **nivel físico** sobre el menor. Aquí se incluyen ejercicios de control de la hiperactividad y de relajación, los cuales favorecen la disminución en los niveles de tensión de las respuestas que estos niños y niñas dan a las demandas ambientales.

Los expertos aconsejan no descartar ninguna de las posibilidades terapéuticas que han demostrado ser eficaces, y sugieren por tanto la aplicación de tratamientos integrados que incluyan los procedimientos y enfoques necesarios en cada caso.

El tratamiento debe ser diseñado para cada caso concreto teniendo en cuenta las peculiaridades del menor y su familia.

Según el Grupo Europeo Interdisciplinar para la Calidad en el TDA/H (EINAQ) (2003), los objetivos del tratamiento del TDA/H deben ser:

- Reducir los síntomas del TDA/H.
- Reducir los síntomas comórbidos.
- Reducir el riesgo de complicaciones.
- Educar (proporcionar conocimientos) al menor y a su entorno sobre el trastorno.
- Adaptar el entorno a las necesidades del menor.
- Mejorar las habilidades de afrontamiento de los menores, padres y educadores.
- Cambiar las percepciones desadaptativas.

Un resumen de los enfoques y de estos procedimientos se ve a continuación en la tabla:

TABLA: 3 Enfoques y procedimientos en el tratamiento del TDA/H (adaptado de López-Soler, 2005)

Enfoques	Procedimiento
----------	---------------

Modificación de conducta.	Técnicas.	Reforzamiento diferencial de tasas bajas de conducta. Extinción. Coste de respuesta.
		Economía de fichas. Contrato de contingencias.
Cognitivo.	Técnicas.	Autoinstrucciones.
	Programas.	Modelos (técnica tortuga v otros). Pensar en voz alta (Basch). Párate y piensa (Kendall). Aprendizaje estructurado (Goldstein).
Físicos.	Psicomotricidad.	
	Relajación.	

Es importante trabajar y acompañar a los educadores en un entrenamiento (psicoeducación) que les permita manejar las conductas disruptivas en el aula, así como adaptar ciertas actividades y contextos a las necesidades del niño para favorecer su funcionamiento. Paralelamente, hay que trabajar con el niño para enseñarle habilidades que le permitan desenvolverse de una manera más adaptativa. Para Barkley (1998), el entrenamiento en resolución de problemas, o en habilidades sociales (con modelado, percepción de las necesidades de los demás, del propio estado de ánimo, etc.), ofrece un sobre entrenamiento en estrategias y repertorios conductuales que ya conoce el menor pero que no ejecuta en el momento oportuno (López y Romero, 2014, p. 175).

En concordancia con lo expuesto hasta aquí, para la mayoría de los autores el tratamiento de elección debería incluir:

- Intervenciones que permitan **estructurar el ambiente** para que pueda proveer estímulos y señales que puedan favorecer desde el exterior la regulación de la conducta.

- Proporcionar al niño o niña un sistema de **contingencias** estructurado y permanente, que le sirva de control externo. Es decir, que aprenda qué consecuencias tiene su conducta, tanto la desadaptativa como la adaptativa.
- Proporcionar fuentes de **motivación externa** (sistema de premios) para lograr incrementar el nivel de motivación interna, con el fin de generar conductas adaptativas y positivas, las que puedan intentar conseguir los objetivos planificados.

### **Principales intervenciones en el tratamiento del TDA/H (cognitivo- conductual)**

Se pueden diferenciar las siguientes corrientes dentro de las intervenciones propuestas para el TDA/H: conductual, cognitiva y cognitivo-conductual.

**1. Intervención conductual.** Su objetivo principal de tratamiento es formar a padres y a profesores en conocimientos generales sobre el TDA/H y procedimientos que en su gran mayoría derivan de los principios del condicionamiento operante (técnicas de modificación de conducta), con el fin de comprender y dirigir mejor los problemas de comportamiento de los niños en casa y en la escuela (Weiss y Hetchtman, 1992).

Son programas intensivos de manejo de contingencias (o manejo de situaciones en las que se producen conductas y consecuencias de dichas conductas) realizados con los niños, en los que se aplican sistemas de puntos y recompensas a una serie de conductas que se producen en el día a día.

La intervención conductual consiste en modificar y trabajar directamente sobre la misma conducta, mediante asociaciones adecuadas. Básicamente las técnicas de modificación de conducta se fundamentan en el uso de los premios y castigos para modificar la conducta negativa y mantener la conducta deseada (Gargallo, 2006, p. 92).

**2. La intervención cognitiva.** El objetivo principal del tratamiento es enseñar a los niños con TDA/H, técnicas de autocontrol y resolución de problemas debido a que el déficit de autocontrol se considera un aspecto central en el TDAH. Las técnicas

cognitivas, según Orjales (1999, p. 106) “manifiesta que requieren que el niño trabaje con su pensamiento, lo que aumenta su eficacia a largo plazo, sobre todo, pero también complica su aplicación” (Castillo, 2006, p. 59).

Las técnicas más empleadas son: técnicas para aumentar la autorregulación, administración de autorrecompensas y autoinstrucciones (Meichenbaum y Goodman, 1971). Estos procedimientos se basan en teorías de Luria y Vygotsky sobre lenguaje interiorizado.

**3. Intervención cognitivo-conductual.** Comparte y combina los objetivos y procedimientos de los dos enfoques anteriores (cognitivo y conductual). Estos métodos centran su interés en trabajar los procesos cognitivos y los mentales que regulan la conducta para ayudar al niño a ser autónomo hacer las cosas bien dirigiéndose a sí mismo e incrementar su autocontrol, en esta tarea, va ser decisivo el papel del lenguaje interno para regular la propia conducta (Gargallo, 2005, p. 114).

Todos alguna vez nos decimos cosas a nosotros mismos, a veces en voz alta, en voz baja y en ocasiones solo mentalmente, que nos ayuda a regular la conducta y a hacer lo correcto, evitar los peligros, no hacer daño a los demás, etc., en conclusión, a autocontrolarnos. En el caso de niños y niñas con TDA/H, que tienen problemas en el autocontrol, si recordamos Barkley nos dice, la hiperactividad es el déficit del control inhibitorio de la conducta, porque no logran como autorregularse, el uso de las estrategias del enfoque cognitivo- comportamental es excelente para ayudar a ejercer control sobre la propia conducta. El control lo acaba ejerciendo el propio niño, de ahí que la mayoría de las técnicas que se aplicara lleva el prefijo de AUTO en su denominación (auto instrucción, autocontrol, autoevaluación reforzada, etc.), el niño va aprender a dirigir y regular él mismo la propia conducta (Gargallo, 2005, p. 115).

Dentro el enfoque cognitivo- conductual existen varias técnicas:

#### **a) Estrategias cognitivas**

**Técnicas de autoinstrucciones.** - El entrenamiento en autoinstrucciones puede enseñar a los niños con hiperactividad a comprender las situaciones, a generar espontáneamente las estrategias y mediadores y a utilizar tales mediadores en la guía y control del comportamiento.

Según el modelo de Luria y Vygostky se considera que los niños con TDA/H requieren ser instruidos en mediadores verbales (pensamientos en forma de frases para hablarse a sí mismo) para que utilicen su lenguaje verbal con el objeto de que regulen su conducta (Burgos, 2009, p. 12).

**Técnicas de autocontrol.** - Es un conjunto de estrategias o técnicas basadas en modelos teóricos distintos, pero con una finalidad común: dotar a la persona de las competencias necesarias para dirigir o controlar su propio comportamiento. La característica principal es la importancia que concede a la persona como director y responsable de su propio comportamiento evaluando y modificando, participando y evaluando los resultados.

El autocontrol supone previsión y anticipación de consecuencias, análisis, y evaluación de los efectos de la conducta y elección de modos de actuar adecuados para el sujeto y para los demás (no hacer daño a los demás, hacer lo correcto, etc.) que muchas veces no son los que más apetecen pero que, a la larga conducen a mejores resultados (Gargallo, 2005, p. 117).

Con las técnicas o estrategias de autocontrol se le enseña al sujeto a observar con precisión su conducta (**autoobservación**), establecer criterios para evaluarla y utilizarlas (**autoevaluación**), a reconducir su conducta (plan de acción), y autoadministrarse una recompensa (**autoreforzo**) sólo cuando se ha logrado ajustarse a esos criterios o superarlos. Con este último paso se le enseña a retrasar la recompensa y cambiarla por otra que recibirá más tarde y que es de mayor valor.

**Entrenamiento en solución de problemas.** - Es un procedimiento para aumentar el grado de autonomía del sujeto y el desarrollo de habilidades para la autodirección y el autocontrol. Muchos conflictos en los que se ven envueltos los niños hiperactivos se ve, precisamente, de su poca habilidad para resolver problemas, de su falta de capacidad de anticipar y valorar las consecuencias de lo que hacen y para ponerse en lugar del otro. De lo que se habla no son problemas escolares (matemáticas) si no problemas cotidianos (pelea con el hermano mayor, por manejar la bicicleta). El objetivo básico de las técnicas de solución de problemas es identificar alternativas eficaces de funcionamiento, se trata de buscar respuestas adecuadas para resolver la situación problemática y de elegir la más apropiada (Gargallo, 2005, p. 124).

La solución de problemas eficaz ha de tener 5 pasos, según D'Zurilla y Nezu y Cols.

1. **Orientación hacia el problema.** Identificación y clasificación de los problemas, análisis de sus causas y valoración del mismo.
2. **Definición y formulación del problema.** Clarificar y comprender la naturaleza del problema. Recogida de información.
3. **Generación de alternativas.** Búsqueda del mayor número posible de alternativas. Uso de la técnica torbellino de ideas.
4. **Toma de decisiones.** Identificación de las consecuencias personales y sociales potenciales que se derivan de las alternativas escogidas.
5. **Puesta en práctica de la solución y verificación.** Puesta en práctica de lo planificado. Autorregistro de las actuaciones, autorreforzar los logros e introducir las modificaciones pertinentes si fueran necesarias.

**Entrenamiento en habilidades sociales.** - Los objetivos de este entrenamiento consisten en incrementar el reconocimiento de las conductas sociales adecuadas e inadecuadas y dotarles de las habilidades suficientes para ejecutarlas correctamente.

Muchas de las dificultades sociales que tienen los niños con TDA/H se deben a sus problemas para relacionarse con los demás por su impulsividad e hiperactividad. El

aprendizaje de habilidades sociales, suele hacerse en grupos pequeños de niños de edades similares, y se emplean técnicas como juego simbólico o role-play. Algunos de los aspectos que se les pueden enseñar son: entender y aplicar las reglas del juego, aceptar las consecuencias, no culpar a los demás, no abandonar el juego, resolver problemas e Identificar los propios sentimientos y de los demás (Soutullo y Díez, 2007, p. 121).

**La técnica de la tortuga.** - Ayuda a canalizar de manera apropiada la expresión de las emociones, que con la impulsividad se desbordan acarreado consecuencias negativas para el niño. El entrenamiento se desarrolla en cuatro fases. En la primera fase se enseña al niño a responder a la palabra clave tortuga cerrando los ojos, pegando los brazos al cuerpo, bajando la cabeza al mismo tiempo que la mete entre los hombros y replegándose como una tortuga en su caparazón. En la segunda fase el niño aprende a relajarse. La tercera fase pretende conseguir la generalización en la utilización de la posición de la tortuga a diferentes contextos y situaciones. La última fase se dedica a la enseñanza de estrategias de solución de problemas interpersonales.

## **b. Técnicas comportamentales**

Las técnicas de modificación de conducta que se utiliza en la intervención se pueden organizar, siempre en función de los objetivos que intentan cumplir: técnicas para incrementar los comportamientos adecuados (denominadas técnicas de refuerzo o reforzadores) y las técnicas para reducir o disminuir los comportamientos inadecuados (denominados técnicas de castigo). Las estrategias conductuales pueden emplearse tanto para aumentar o mantener las conductas o como para reducir o eliminar comportamientos (Gargallo, 2005, p. 102).

Las estrategias comportamentales más utilizadas son:

- **La extinción.** - La extinción es ignorar totalmente aquellas conductas que queremos que no se repitan. No debe realizarse cuando son conductas peligrosas para el niño u otros. Se debe esperar que en los primeros



momentos se produzca un empeoramiento de la conducta, pero hay que ser constante en su aplicación.

- **Reforzamiento positivo.** - Para aumentar la frecuencia de las respuestas aceptadas socialmente mediante la administración de reforzadores o estímulos agradables. Se puede usar la: alabanza (“eres un niño brillante porque realizaste la tarea”), atención (sonriéndole), contacto físico (una palmadita por la espalda, significando algo positivo), recompensas y privilegios (un sello, una estrella, etc.), ley de la abuela (comerás mi torta si terminas de comer la sopa”).
- **Moldeamiento.** - Consiste en el reforzamiento sistemático de las aproximaciones sucesivas a la conducta final y la extinción de las conductas anteriores. Esta técnica se utiliza para instaurar una conducta que todavía no existe en el repertorio del niño o niña. Por medio de la adquisición y ejecución.
- **Recompensas y castigos.** - Esta técnica consiste en ayudar al niño a darse de cuenta de que ciertas conductas producen consecuencias deseables en una sociedad responsable y consciente, mientras que otras no. A medida va madurando se dará cuenta de estas nociones y será capaz de asumir la responsabilidad de su propio comportamiento. Se manejará por medio de dos variables; Recompensa: Algo material o inmaterial que parece deseable a la persona. Castigo: Algo indeseable para la persona.
- **Economía de fichas.** - Se conceden o se entregan fichas a los niños cada vez que su conducta se ajusta a un cierto modelo establecido, Posteriormente el niño lo canjea por premios.
- **Contrato de rendimiento.** - Consiste en reunirse con el niño en una entrevista informal y amistosa comentando con él formas concretas de mejorar su conducta, y procedimientos específicos para que la escuela y la familia satisfaga, con mayor eficacia sus necesidades. Al llegar a un acuerdo ambas partes, familia, profesor, niño firman un contrato y se reúnen pasado un tiempo determinado para ver los avances conseguidos.
- **Costo de respuesta.** - Consiste en la retirada de algún reforzador positivo condicionado (fichas, puntos, dinero, actividades) de manera probable a la

emisión de una conducta que se pueda eliminar. Se utiliza conjuntamente con el reforzamiento positivo de conductas incompatibles con la anterior o de la conducta deseada.

- **Técnica del «tiempo fuera»** Consiste en un período de tiempo en el que se separa al niño de toda consecuencia gratificante. Se le sitúa en otro cuarto, en el pasillo, en una esquina del aula, etc. El lugar de aislamiento no debe ser atractivo ni estar muy lejos. Hay que evitar todo tipo de refuerzo a la ida, a la vuelta y durante la estancia en el área de tiempo fuera. No debe mantenerse más de un minuto por año de edad. Se debe evitar aplicar este procedimiento en casos en los cuales sirva para salir de situaciones desagradables.

En el programa psicoeducativo con un enfoque y cognitivo- conductual “Estrategias psicoeducativas para la atención a niños y niñas con TDAH” se detalla las estrategias y las técnicas de detección e intervención de manera más específica.

## **2.9. EL DOCENTE EN LA PRÁCTICA EDUCATIVA**

### **2.9.1. FORMACIÓN DOCENTE**

La formación docente es la fase que debe ser cuidadosamente proyectada y mejor realizada, que de esto depende mejores resultados en la educación de los niños y niñas. Pero es lamentable que algunos docentes opten esta profesión más por razones económicas, sin tener el conocimiento muy definida sobre el trabajo que se realiza con los niños e involucrarse un trabajo donde se necesita mucha preparación académica, porque la formación del niño es pilar fundamental para el progreso a futuro en una sociedad (Castillo, 2006, p. 12).

La docencia debe ser una de las profesiones donde nunca se termina de aprender, hoy en una sociedad de constante cambio, son los propios niños y niñas que exigen al docente mayor creatividad, donde la práctica pedagógica sea más dinámica y atención diferenciada, esta actualización no solo se debe aplicar a docentes de la

educación formal sino también a docentes que ejercen en instituciones alternativas o no formales. El trabajo de docencia es comprometerse con el educando para su formación, un docente debe actualizarse y prepararse constantemente en el nivel de trabajo que se encuentra.

Ahora bien, que se está hablando de niños y niñas con problemas de aprendizaje o dificultades de aprendizaje, uno mismo debe hacer conciencia sobre la necesidad que tiene un niño o niña con supuesto problema de aprendizaje y saber cómo enfrentar y ayudar al menor. El docente debe tener la capacidad de cómo prevenir e intervenir en la dificultad de aprendizaje que se presenta en el aula, saber manejar estrategias de intervención y prevención.

El compromiso es de los educadores, es conocer cómo manejar algunas necesidades educativas, como la conducta del niño con TDA/H y otras dificultades de aprendizaje, inherentes al trastorno. Si se tiene en cuenta cómo afecta el trastorno en su rendimiento académico, en su autocontrol, en la relación con los demás y en su autoestima, se logrará entender y comprender lo que vivencia el niño a nivel intrínseco (personal) y en aula.

### **2.9.2. INTERACCIÓN ENTRE EDUCADOR Y EDUCANDO**

La docencia es un oficio estructurado alrededor de las relaciones interpersonales, la práctica del docente se realiza con todo su entorno; niños y niñas, padres de familia, compañeros de trabajo, y comunidad, de tal modo que para trabajar necesita conocer a aquellos con quienes se relaciona y al mismo tiempo tener la habilidad de relacionarse con los agentes de la educación. En especial al grupo de niños y niñas que tiene a su cargo, constituye una necesidad indispensable pues ayuda a lograr un mejor trabajo pedagógico. Pero en el ejercicio de la docencia, en la interacción con los estudiantes, se llega a conocer cualidades reales o supuestas del educando (Castillo, 2006, p. 13).

Es importante la interacción educadora – educando, a partir de esto logramos conocer sus necesidades educativas. Se considera de gran importancia, en el desarrollo del proceso educativo tener conocimiento sobre las particularidades de cada uno de los niños y niñas, esto no solo para considerarlos niños malos o buenos, sino con el fin de conocerlos como persona diferente y única a hacia los demás, que tiene sus propias características y tiene determinadas formas de conducta al relacionarse con sus maestros, con los adultos, sus compañeros y su entorno (Castillo, 2006, p. 14)

Por tal razón la observación que el docente debe realizar es importante; observar la motivación de los estudiantes hacia las actividades escolares, como participa en momentos de recreación con sus pares, ver cada día el estado de ánimo con el que asisten a la institución educativa. Sin embargo, la observación debe complementarse con la conversación individual con los niños y los padres, la visita al hogar y la revisión del expediente del, sus características psicopedagógicas y porque de su comportamiento y sus dificultades todo ello da una imagen aproximada del niño.

El equilibrio emocional del docente es importante al cuidar de no emplear o mencionar términos no solamente técnicos hasta ofensivos al referirse del niño y niña delante de otras personas eso debilitaría la autoestima e influye en la valoración de sus compañeros hacia él, en su estimación y resultados que pueda alcanzar (Marca, 2015, p. 22).

Es muy útil que el proceso de interacción del docente ofrezca igualdad de oportunidades a todos los niños y niñas, el desarrollo no se produce de forma homogéneo, ni aun mismo ritmo en todos los niños; conocer las diferencias y dificultades del niño permite al maestro ofrecerle oportunidades en los que puede experimentar vivencias de éxito.

### **2.9.3. PRACTICA PEDAGÓGICA**

Sigue existiendo en las aulas, una práctica pedagógica que se caracteriza por una posición del educador verticalista y hasta tradicional en el desempeño de su rol (Gutiérrez), aun algunos docentes ejecutan la práctica tradicional, donde se entendía a la enseñanza como un traspaso de conocimientos de cabeza a cabeza y el aprendizaje como una capacidad memorística por parte del estudiante. Es decir, el acto de enseñar y aprender consistía en que el maestro va depositando información en la cabeza del educando y este lo va almacenando de manera rápida y ordena rescatando lo llamado de educación bancaria por Paulo Freire en la Pedagogía del Oprimido (Marca, 2015, p. 23).

Se debe ser consiente, que sigue persistiendo la educación tradicional o la pedagogía del silencio, hasta dar halagos aquel docente que mantiene el orden y la autoridad ante sus estudiantes, cuanto más callados y tranquilos estén los niños, la clase es un modelo y para llevar acabo la pedagogía del silencio se requiere de una disciplina férrea y para lograrlo se tiene ciertos castigos, por el incumplimiento de sus deberes o la conducta inadecuada que manifiesta en el aula, se sigue escuchando en algunos docentes frases como “silencio”, “siéntate tranquilo”, “no molestes”, que es una práctica de la educación tradicional, este tipo de exigencia para los niños con conductas del TDA/H presentan mayores dificultades porque no cumplen con las habilidades de permanecer sentado y escuchar a las explicaciones, o siempre están conversando con el compañero de a lado no respetan las reglas establecidas por el docente, me atrevo a decir son niños que deben sufrir más incomodidad y frustración por sus características que manifiestan. Que se explicara más adelante sobre niños con TDA/H.

La relación del educador educando en el proceso de aprendizaje se refiere a como un individuo adquiere nuevas capacidades y conocimientos de manera crítica y reflexiva, se llama proceso porque la instrucción no puede ser un hecho aislado y estático sino un proceso activo paralela a la vida misma.

La nueva perspectiva y práctica de la educación inclusiva y de la atención a las necesidades educativas especiales implica cambios sustanciales en la práctica

educativa y el rol de los docentes. Consecuentemente, la formación es una estrategia fundamentalmente para contribuir estos cambios. Es también importante que los docentes tengan condiciones laborales adecuadas, una mayor valoración por el trabajo que realizan y una serie de incentivos que redunden en su desarrollo profesional.

Responder a la diversidad y personalizar las experiencias comunes de aprendizaje requiere un docente capaz de: diversificar y adaptar los contenidos, las actividades; que no establezcan a priori lo que el estudiante puede o no hacer, sino que brinde múltiples oportunidades; que evalúe el progreso de los educandos en relación a su punto de partida y no en comparación con otros; que valore el esfuerzo y no los resultados; que valore el error como punto de partida para el aprendizaje; que conozca a probar nuevas estrategias; que esté dispuesto a aprender de sus estudiantes; que valore las diferencias como enriquecimiento profesional y no como obstáculo; que conozca y proveche las potencialidades de los estudiantes; que sea capaz de pedir ayuda aprovechar todos los alcances y trabajar colaborativamente con otros, sobre todo con los especialistas.

En relación con la formación docente existe consenso sobre la necesidad de que todos los docentes, sea cual sea el nivel educativo en el que enseñen, tengan conocimientos básicos teóricos–prácticos en relación con la diversidad, la detección de las necesidades educativas especiales, la adaptación del currículo, la evaluación diferenciada a las necesidades educativas más relevantes asociadas a diferentes tipos de discapacidad, situaciones sociales o culturales (Jacques Delors Informe de la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI, 1996).

#### **2.9.4. PONERSE EN LA SITUACIÓN DEL PROFESOR**

Antes de manifestarse o ir contra el profesor, ofendido por la falta de comprensión que se considera frente a un niño con TDA/H se debe pensar en lo siguiente, Orjales

(2012) nos describe cierta inquietud o sentimiento en la situación que se encuentra los profesores frente a niños con TDA/H:

- **El profesor tiene una perspectiva diferente**, por que pasa muchas horas al día conviviendo con el niño con TDA/H y observando su comportamiento y ritmo de aprendizaje, y otros veinte niños de su misma edad. Observa en actividades que exigen atención continua (en la realización de tareas muchas veces monótonas y no demasiado atractivas, que exigen concentración e inhibir estímulos distractores) y también en actividades que requieren mayor organización y autocontrol físico y emocional.
- **Todos los padres quieren una atención preferencial para sus hijos.** La exigencia de los padres al profesor, ya sea observando su trabajo si está bien o mal, causa o le supone una gran presión y en situaciones provoca mucho estrés.
- **Todos los niños demandan mucha atención del profesor.** En general, los niños pequeños necesitan un referente muy cercano del adulto, buscando en su profesor aprobación, cariño y supervisión permanente. A medida que van creciendo, comienzan a mostrarse emocionalmente más autónomos: ya no quieren saludar a la profesora si la ven por la calle, no les afecta tanto si ésta no se muestra cariñosa en clase y no necesitan la confirmación constante de que están haciendo un buen trabajo. Esto es sano y normal. Sin embargo, nos estamos encontrando generaciones de niños acostumbrados a ser el centro de atención en su casa, hijos únicos o hermanos que se están educando de forma más parecida a los hijos únicos por tener una gran diferencia de edad entre ellos.
- **Muchos niños de hoy tienen poco clara la autoridad y tienen más dificultad para aceptar y seguir las instrucciones de un adulto.** Educar democráticamente, respetar los derechos de los niños y, al mismo tiempo, mantener la autoridad sin caer en el autoritarismo, no es una tarea sencilla. Muchas veces olvidamos que la familia no es una democracia: “educamos para la democracia, pero la familia no es una democracia”. Cuando fallamos

en este proceso acabamos criando niños que no tienen clara la autoridad de los adultos, cargados de derechos, que no sólo evitan, sino que, muchas veces, desconocen sus propias obligaciones. ¿Recuerdas lo que suponía en tu infancia ser llamado al despacho del coordinador o del director del colegio? En el momento actual, aunque lo intentamos, no siempre conseguimos educar a nuestros hijos en el autocontrol y respeto a la autoridad que deberíamos.

- **Piensa que un niño con TDA/H distorsiona la clase**, agota y desespera a un profesor más que tres niños con limitaciones intelectuales. El profesor tiene que estar diariamente controlando que funcione él y que no “disfuncione” a los demás durante unas cinco horas diarias.
- **Es probable que el profesor tenga niños y niñas con TDAH o dificultades de aprendizaje.** Dada la epidemiología de este trastorno, es posible que cuente con otro niño más con TDA/H, además de cinco niños sin límites educativos, un disléxico, un niño que acaba de llegar y tiene un desfase académico y tres con padres recientemente divorciados (por poner sólo algunos ejemplos). No importa que se trate de un colegio público o privado.
- **Muchos de los profesores no tienen la formación que deberían** y no discriminan con facilidad cuando un niño “no puede” o cuando un niño “no quiere”. Muchas veces las medidas educativas incorrectas no se deben tanto a la “mala idea” o a la despreocupación del profesor, sino a una percepción equivocada del problema: el profesor está convencido de que el niño puede y no quiere, y que actuar con benevolencia con él sería perjudicarlo. Por ello, actúa como en conciencia cree que debe hacer.
- **El profesor recibe presiones de los padres** (incluidos también los padres de niños con TDA/H) y, en ocasiones, se le juzga con comentarios como: “no lo hace bien”, “no tiene ni idea”, “no se preocupa de mi hijo”, “mi niño es muy noble y ese profesor no se ha molestado ni en conocerle”, etc. Eso puede herir a un profesor cuando, equivocado o no en sus planteamientos, está tratando de ayudar a un niño y a su familia. Piensa que no eres la única madre que demanda atención específica para su hijo.



- **El profesor recibe presiones del director:** “Tu clase no tiene la media en ortografía que debería”, “el programa del curso tiene que darse completo”, “no quiero niños en el pasillo”, “este niño es tuyo, ¿no?, pues estaba en la sala de profesores dándole patadas al estante de libros”, u otros aspectos.
- **Los profesionales de la enseñanza en el país no tienen el reconocimiento profesional y económico que se merecen.** Dada la dedicación y el desgaste que supone su trabajo, especialmente teniendo en cuenta la importancia de la labor que desempeñan.
- **Los profesores tienen su vida personal** y, aunque todos deberíamos dejar al lado nuestros problemas personales para poder trabajar con profesionalidad, pero se debe recordar, que también son humanos y tienen preocupaciones personales.

Todo ello puede ser cierto, pero limitarnos a culpabilizar a los profesores no nos conduce a nada. Partamos pues, de lo siguiente: “no hay culpables”, nadie tiene la culpa de que un niño tenga TDA/H. Ahora bien, toda decisión debería pasar primero por entender de forma objetiva la situación a la que nos enfrentamos y, segundo, por aceptar que no se trata de una lucha contra el profesor, sino de la lucha conjunta del profesor, el niño y los padres contra el problema.

### **2.9.5. NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES (N.E.E.)**

Existe unas necesidades educativas comunes compartidas por todos los educandos y unas necesidades educativas individuales que algunas de las cuales son especiales a tratar. Hoy en día todo docente sabe que es necesario responder a estas diferencias, pero también siente que no es una tarea fácil por diferentes motivos; la presión de terminar el programa establecido, el número de estudiantes por aula, la falta de tiempo, y la falta de conocimiento.

Hay niños y niñas que, además de las diferencias individuales para aprender, tiene dificultades de mayor o menor grado para progresar en relación de las competencias

establecidas en el currículo que requiere más ayuda o ayuda distinta que abecés no se le puede dar el profesor. En este caso estamos hablando de necesidades educativas especiales. Posiblemente el termino NEE evoque en la mente de las personas a los niños con discapacidad, y es lógico que así sea, porque tradicionalmente solo los niños y niñas con discapacidad tenían derecho a recibir una educación especial, siendo atendidos en centros especiales a cargo de especialistas. Se tiene que romper ese paradigma, estamos en una nueva etapa donde el niño debe ser incluido en la educación formal y debe tener un apoyo o adecuación curricular de acuerdo a sus necesidades educativas (Guidugli, 2000, p. 12-14).

Una necesidad educativa (N.E.) es un requerimiento particular a nivel académico, que presenta un estudiante dentro de un contexto académico regular y social (Paniagua, 2007, p. 15). Las necesidades educativas son el nuevo término que se emplea, dentro de la educación cuando se trata de dificultades o problemas que presenta un estudiante directamente relacionadas con la adquisición de las competencias académicas.

#### **2.9.6. INCLUSIÓN EDUCATIVA**

La inclusión implica que todos los niños de una determinada comunidad aprendan independientemente de sus condiciones personales, sociales, o culturales. Se trata de que no exista requisitos de entrada en una institución, ni mecanismos de selección o discriminación de ningún tipo; una institución educativa que modifique sustancialmente su estructura, funcionamiento y propuesta pedagógica para dar respuesta a las necesidades educativas de todos y de cada uno de los niños y niñas, incluidos aquellos que presentan una discapacidad, o dificultades de aprendizaje (Blanco, UNESCO/Santiago).

La educación inclusiva implica una visión diferente de la educación regular basada en la heterogeneidad y no en la homogeneidad. La atención a la diversidad es una responsabilidad de la educación regular porque las diferencias son inherentes al ser

humano y están presentes en cualquier proceso enseñanza y aprendizaje. La Ley de Educación Boliviana Nro 070 en su Artículo 3, párrafo 7, nos describe que la educación es “es inclusiva, asumiendo la diversidad de los grupos poblacionales y personas que habitan en el país, ofrece una educación oportuna y pertinente a las necesidades, expectativas e intereses de todas y todos los habitantes del Estado Plurinacional, con igualdad de oportunidades y equiparación de condiciones, sin discriminación...” es así entonces es un derecho de todos los estudiantes con N.E. ser incluido en la educación formal así también en la misma Ley en el Artículo 5, párrafo 21, nos indica “promover y garantizar la educación permanente de niñas, niños y adolescentes con discapacidad o con talentos extraordinarios en el aprendizaje bajo la misma estructura, principios y valores del Sistema Educativo Plurinacional”.

### **2.9.7. ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD DE NIÑOS**

Los niños y niñas con NEE van a necesitar más ayuda de lo que se presta al resto del grupo y, por lo tanto, se tendrá que poner en marcha una serie de acciones y estrategias para que esto sea posible pero no se debe caer en una enseñanza mecánica y tradicional por tener el temor que de otra forma pueda aprender. Para dar respuesta a las diferencias individuales hay que adaptar el currículo, la metodología de enseñanza, la organización de aula, la forma en que evaluamos los progresos de los estudiantes (Guidugli, 2000, p. 4-8).

La atención a la diversidad, debe comprometer a todos; profesores, padres, (primero y principal) o tutores, comunidad educativa, (y aquí me refiero a todos desde la dirección hasta el personal de limpieza), profesionales o especialistas de otras áreas que atienden al niño (psicólogos, psicopedagogos, etc.) hasta nuestras autoridades brindando toda la posibilidad para la ejecución de esto.

Los niños y niñas tienen capacidades, motivaciones, ritmos de aprendizaje, intereses y pautas culturales que mediatizan sus experiencias de aprendizaje y que hacen que

el aprendizaje sea una experiencia única para cada niño. El concepto de diversidad implica que todos los estudiantes tienen necesidades educativas individuales propias y específicas (Guidugli, 2000, p. 4).

## **CAPITULO III**

### **MARCO REFERENCIAL**

#### **3.1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTUDIO**

Coro Coro (también conocido como Corocoro) es un municipio boliviano, capital de la provincia de Pacajes del departamento de La Paz. Su localidad de mayor

población, que a la vez es la más relevante históricamente, es la ciudad que lleva su mismo nombre.

El municipio era uno de los territorios mineros más importantes de Bolivia debido a sus yacimientos de cobre. Ello cambió a partir de 1985, cuando debido a diversas razones económicas y políticas el centro minero fue clausurado y sus trabajadores abandonaron la zona. Desde entonces, el desarrollo del municipio ha estado estancado.

Corocoro está ubicado en la provincia de Pacajes del departamento de La Paz de Bolivia, a aproximadamente 82 kilómetros de distancia de la ciudad de La Paz. Tiene un área de 1094 km<sup>2</sup>, y está a una altitud de 4020 msnm. Limita con los municipios de Caquiaviri, Calacoto, Comanche, Santiago de Callapa y Waldo Ballivián y con la provincia de Aroma.

La localidad de Corocoro se encuentra ubicada en la región sur del departamento de La Paz y al Sudeste de la ciudad de La Paz a 150 km. Por lo general el transporte es diario, existe un servicio de minibuses, buses y camiones desde la ciudad de La Paz, a través de la carretera asfaltada La Paz - Viacha - Chacoma - Comanche – Corocoro, de tránsito vehicular permanente.

El territorio abarcado por Corocoro incluye lo que anteriormente eran los cantones de Caquingora, Jancko Sirpa Marca, Jayuma Llallagua, José Manuel Pando, Muro Pilar Mejillones, Porvenir Quilloma, Rosapata Huancarama, Topohoco, Villa Exaltación de Enequella y Corocoro; ello significa que las poblaciones pertenecientes a los mencionados cantones se encuentran comprendidas en Corocoro incluyendo, por supuesto, a la ciudad del mismo nombre

El clima predominante es frío, la temperatura media anual es de 10° C, con una humedad relativa del 55%. El período de lluvias se concentra entre noviembre y abril, con una precipitación media anual de 500 mm.

Según datos del INE de 2001 , Corocoro tiene una población de 11813 personas, de las cuales 1884 (el 16%) viven en la localidad de Corocoro. La gran mayoría de habitantes del municipio son originarios aimara, lo cual hace que la lengua materna predominante sea el idioma Aimara. A pesar de esto, buena parte de la población aprende también idioma castellano, de modo que es bastante mayor la población bilingüe.

Respecto a la educación, la tasa de analfabetismo del municipio es del 14,09%. La tasa de asistencia es del 80,76%. En total, en Corocoro hay 2849 estudiantes matriculados, y 44 unidades educativas (en promedio, 64,75 estudiantes por unidad educativa). El número de docentes disponibles es de 191 para un promedio de 14,92 estudiantes por maestro (<https://es.wikipedia.org>).

### **3.2. EDUCACIÓN REGULAR FORMAL EN EL DISTRITO COROCORO**

Las unidades educativas de Corocoro son instituciones de formación integral al educando donde se desarrolla procesos de enseñanza y aprendizaje, basados Currículo Base del Sistema Educativo Plurinacional de Bolivia. En Corocoro existe tres Unidades Educativas; un colegio (U. E. Pedro Kramer) y dos escuelas (U. E. Ismael Montes y U. E. Juarista Eguino).

La investigación se realizó, en el sistema educativo estatal en la localidad de Corocoro, en las Unidades Educativas Ismael Montes y Juarista Eguino ubicadas en el mismo pueblo.

La unidad educativa Ismael Montes cuenta con los niveles de educación inicial en familia comunitaria no escolarizada y el nivel de educación primaria comunitaria vocacional de 1ro de primaria a 6to de primaria cada grado presenta dos paralelos “A” y “B”, la infraestructura de la unidad educativa Ismael Montes tiene 26 aulas, una

sala de técnicas, una salón de reuniones, dos oficinas administrativas (dirección y secretaria), una biblioteca que tiene pocos textos.

El número de niños que cuenta la U. E. Ismael Montes es de 285, el plantel docente está compuesto por 19 profesores, en su estructura administrativa cuenta con un director, una secretaria y un portero.

La aplicación de la Ley de Educación Avelino Siñani – Elizardo Pérez Nro 70 es parcial en el aula y por el maestro, debido a que no se cuenta con las condiciones necesarias como indica para un Modelo Sociocomunitario Productivo, falta de infraestructuras adecuadas, falta de instrumentos, falta materiales educativos y actualización sobre la base curricular del sistema boliviano.

La Unidad Educativa Juarista Eguino, cuenta con dos niveles de formación: Educación Inicial en Familia Comunitaria no Escolarizada y el Nivel de Educación Primaria Comunitaria Vocacional de 1ro de primaria a 6to de primaria cada grado presenta un paralelo, la escuela cuenta 12 aulas, un ambiente para la materia de técnica, un salón para actividades artísticas, una oficina administrativa una sala de biblioteca y un depósito de material educativa.

El número de niños inscritos y que asisten a la escuela es de 170 estudiantes, cuenta con un plantel docente de 14 maestros y en la estructura administrativa cuenta con el director, una secretaria y un portero.

En la Unidad Educativa Vicenta Juarista Eguino no se está logrando aplicar por completo el curriculum base del sistema educativo plurinacional, esto por las limitaciones y la falta de apoyo de las instancias correspondencias.

Según los directores de las dos Unidades Educativas tienen toda la predisposición de integrar e incluir a niños con dificultades de aprendizaje o con una discapacidad, pero, lamentablemente no tienen las condiciones apropiadas para incluir niños con necesidades especiales, presentan una infraestructura inadecuada, los profesores no

tienen capacitación de las diferentes necesidades educativas, que hace que tengan dificultades de afrontar e integrar a los niños con problemas de aprendizaje. Otro factor es la malla curricular educativa del Sistema Educativo Boliviano donde se planifico simplemente considerando a los estudiantes que no padecen dificultades de aprendizaje o una discapacidad.

La atención a la diversidad, la sensibilidad, aceptación, comprensión y valorización hacia las diferencias individuales, es uno de los mayores retos. Ante este desafío los docentes necesitan mayor información, capacitación sobre temas relacionados sobre las necesidades educativas, para brindar una atención e intervención necesaria a los estudiantes.

## **CAPITULO IV**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **4.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

En este estudio, se sigue el tipo de diseño de **Cuasi experimental** el que permite manipular deliberadamente, al menos, una variable independiente para observar su efecto y relación con una o más variables dependientes, pero, se debe tomar muy en



cuenta que el experimento que se va realizar se aplica a grupos naturales. En este diseño los sujetos no se asignan al azar a los grupos ni se emparejan, sino que dichos grupos ya están constituidos antes del experimento (profesores): son grupos intactos (la razón por la que surgen y la manera como se formaron es independiente o aparte del experimento) (Hernández, 2010, p. 148).

El diseño de diagramación que se considera es: diseño con Pretest - Postest y sin grupo de control. El diseño de un grupo con pre-test y pos-test sin grupo de control se representa en el siguiente cuadro.

G1	O1	X	O2
----	----	---	----

Dónde:

G1 = Grupo único, formado por docentes de las Unidades Educativas Ismael Montes y Vicenta Juarista Eguino.

O1 = Pre test, que evalúa la variable independiente (intervención del TDA/H). Antes de la aplicación del Programa.

X = Aplicación de la variable dependiente (Estrategias psicoeducativas).

O2 = Pos-test que evaluó la variable independiente (intervención del TDA/H), después de la aplicación del programa.

## 4.2. TIPO DE ESTUDIO

El trabajo responde al tipo de **estudio descriptivo – explicativo**. Por qué **descriptivo** “consiste en la enumeración o narración de hechos, el inventario de rasgos o características de un fenómeno determinado, la medición y registro de variables e incluso la clasificación de los datos recopilados” (Sarmiento, 2006, p. 22) con esta estrategia metodológica se pretende identificar, describir y analizar sistemáticamente las estrategias de aprendizaje que aplica el docente en el proceso de enseñanza y aprendizaje a niños y niñas que presentan indicadores de trastorno

de déficit de atención con hiperactividad (TDA/H) en las Unidades Educativas Ismael Montes y Vicenta Juarista Eguino de la localidad de Corocoro esta descripción será antes de la aplicación del programa. Y por qué **explicativo**, “es descubrir las causas que genera la interdependencia de factores o la producción de un fenómeno, así como los efectos que provocan algunos hechos” (Sarmiento, 2006, p. 23), es decir se pretende responder al efecto que producirá el “Programa de Estrategias Psicoeducativas para docentes” aplicados a los profesores para la mejor atención a niños que presentan indicadores del TDA/H.

### **4.3. POBLACIÓN**

La población es muy importante como una unidad de observación y se entiende como “el universo o conjunto de sujetos en quienes se pretende efectuar el estudio” (Tintaya, 2008, p. 205).

Se tomó énfasis en el trabajo de investigación como unidad de análisis a los docentes de las Unidades Educativas Ismael Montes y Vicenta Juarista Eguino de la Provincia Pacajes - Corocoro

La población a estudiarse son los profesores de las Unidades Educativas Ismael Montes y Vicenta Juarista Eguino de la Provincia Pacajes - Corocoro. De acuerdo con los datos proporcionados por el Director de las Unidades Educativas, existe en las dos escuelas 24 docentes; en la escuela Vicenta Juarista Eguino 10 profesores y en la escuela Ismael Montes 14 profesores, los docentes pertenecen al nivel primario: Educación Inicial en Familia Comunitaria y Educación Primaria Comunitaria Vocacional (de Inicial a 6° de primaria). Los 24 profesores en las dos Unidades Educativas trabajan con ítems.

La U. E. Vicenta Juarista Eguino y la U. E. Ismael Montes se encuentran ubicados en el Departamento de La Paz - Provincia Pacajes Localidad Corocoro, está situado a

95 kilómetros de la ciudad de La Paz y es capital de la primera sección de la provincia Pacajes.

#### **4.4. MUESTRA**

Para obtención de la muestra de la investigación es de tipo **NO PROBABILÍSTICO**, Hernández y otros (2006) nos indica, una muestra no probabilística es aquella donde la selección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación (Tintaya, 2008, p. 209).

El tipo de muestra que se utilizó es el **muestreo de juicio**, se dice que una muestra de juicio según Pardinás, se selecciona a cualesquiera sujetos que convenga de acuerdo con algún criterio decidido por el investigador (Sarmiento, 2006, p. 338).

#### **Características de los sujetos de la muestra en la investigación**

De acuerdo al tipo de muestra (selección de juicio) y el diseño de investigación, se realizó la selección de la siguiente manera; la muestra estuvo conformada por 20 sujetos (profesores), esta selección se hizo directamente de acuerdo a las características del problema de investigación, los profesores son del nivel Educación Primaria Comunitaria Vocacional), quienes trabajan con niños y niñas de 6 a 10 años de edad, pero a la vez dentro de su aula existe niños y niñas que manifiestan indicadores o signos del TDA/H, que están un tiempo considerado con los profesores.

#### **Los criterios para la selección de los profesores fueron:**

- Profesores que trabajen en las Unidades Educativas Vicenta Juarista Eguino e Ismael Montes de la Localidad de Corocoro – Pacajes (La Paz).
- Profesores que trabajan con niños y niñas de 6 a 10 años de edad (Educación Primaria Comunitaria Vocacional).

- Profesores que mediatizan con niños y niñas que manifiestan indicadores del TDA/H.

## **4.5. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **4.5.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

#### **Variable Dependiente (V.I.): INTERVENCIÓN DEL TDA/H (programa)**

A través de la intervención del TDA/H el docente tendrá la capacidad y la habilidad de mejorar la atención a los niños con indicadores de TDA/H, favoreciendo el control de la conducta, desarrollar el autocontrol del niño, mejorar el desarrollo interpersonal del estudiante y en definitiva el manejo y la organización del salón de clase. La intervención que realice el profesor será muy positiva y de gran aporte para él por qué tendrá la noción necesaria sobre el manejo de los niños con indicadores del TDA/H, pero a la vez mejorara el comportamiento en la clase y el rendimiento académico. Si recordamos la definición del TDA/H “es un trastorno de origen neurobiológico que se caracteriza por la presencia de tres síntomas típicos; déficit de atención, impulsividad, e hiperactividad motora o vocal.

#### **Variable Independiente (V.D.): ESTRATEGIAS PSICOEDUCATIVAS**

Son conjuntos de actividades de intervención (técnicas, actitudes, estrategias) para la aplicabilidad en el ambiente escolar (necesidades educativas, proceso educativo), que facilita el proceso de enseñanza y aprendizaje en sentido que el estudiante dirige y controla su propio proceso de aprendizaje. Una de las finalidades de la psicoeducación es proporcionar al profesor, a la familia y al menor la información y la ayuda apropiada y necesaria en el contexto escolar frente a situaciones donde se requiera una intervención psicoeducativa.

#### 4.5.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

##### VARIABLE DEPENDIENTE (V.I.): PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DEL TDA/H

VARIABLE	MODULO	OBJETIVOS	ESTRATEGIAS
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DEL TDA/H	<b>MODULO I</b> 1. Fundamentación Trastorno de déficit de atención con hiperactividad	Informar los conceptos generales sobre el TDA/H para permitir al profesor comprender del tema y discriminar las conductas semejantes del TDA/H en el salón de clase.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposición teórica conceptual.</li> <li>- Definición del TDA/H</li> <li>- Características generales y específicas.</li> <li>- Diagnostico</li> <li>- Causas</li> <li>- Tratamiento</li> <li>• Momento de reflexión.</li> <li>- Tiempo de reflexión</li> </ul>
	<b>MODULO II</b> 2. Estrategias cognitivas – conductuales	Dar a conocer a los profesores estrategias psicoeducativas para la intervención de niños con indicadores de TDA/H.	Exposición Trabajo en grupo sobre casos. Estrategias: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reglas para recordar y guías visuales</li> <li>- Movimiento productivo</li> <li>- Refuerzo Positivo</li> <li>- Reforzamiento negativo externo</li> <li>- Tiempo Fuera</li> <li>- La extinción</li> <li>- Costo de respuestas</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organización y uso de la agenda</li> <li>- Contrato de contingencia</li> <li>- Entrenamiento del auto control</li> <li>- Autoevaluación reforzada</li> <li>- Solución de problemas</li> <li>- La técnica de la tortuga</li> <li>- Auto-instrucción</li> <li>- Técnica del “control de ira”</li> </ul> <p>Tiempo de reflexión Trabajo en grupo</p>
	<p><b>MODULO III</b></p> <p>3. Orientación psicoeducativa ante situaciones concretas,.</p>	<p>Recomendar y orientar estrategias para dirigir el comportamiento del niño o niña con indicadores de TDA/H y minimizar los efectos de sus síntomas con el fin de mejorar su: comportamiento, aprendizaje, habilidades sociales y su autoestima.</p>	<p>Trabajo en grupo</p> <p>Pautas para mejorar la atención</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de estímulos</li> <li>• Pensamiento analítico</li> <li>• Supervisión de tareas.</li> </ul> <p>Pautas para controlar la hiperactividad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar la actividad controlada</li> <li>• Controlar los estímulos.</li> </ul> <p>Pautas para controlar la</p>

			impulsividad <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer reglas</li> </ul> Mantener la autoconfianza y autoestima
	<b>MODULO IV</b> 4. Elaboración de un programa de intervención	Elaborar un programa específico para un caso supuesto de un niño con TDA/H.	Análisis de casos

#### VARIABLE DEPENDIENTE (V.D.): ESTRATEGIAS PSICOEDUCATIVAS

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	MEDIDOR	INSTRUMENTO	ÍTEM
ESTRATEGIAS PSICO EDUCATIVAS	Aprendizaje permanente (conocimiento)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento del TDAH.</li> <li>• Dar respuesta a las N.E. (TDA/H).</li> <li>• Reconoce las dificultades de aprendizaje (TDA/H)</li> </ul>	Presencia	Cuestionario.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 17, 19 y 21.
	Manejo de estrategias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar sus habilidades didácticas.</li> <li>• Adaptación curricular y contexto.</li> <li>• Conocimiento de estrategias.</li> <li>• Manejo de situación (aula).</li> <li>• Utiliza actividades de socialización con padres e hijos.</li> <li>•</li> </ul>	Presencia	Cuestionario.	11, 12, 14, 17, 18, 20, 21 y 22.
	Actitud situacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presenta predisposición con la intervención.</li> <li>• Apoya en las N.E.</li> <li>• Apoya integralmente el desarrollo de su</li> </ul>	Presencia	Cuestionario. Observación.	12, 14, 15, 16 y 23.

		estudiante.			
--	--	-------------	--	--	--

#### 4.6. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Los instrumentos de investigación que se empleó en el trabajo de estudio es el **cuestionario**, tomando en cuenta un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir (Hernández, 2010, p. 217).

El cuestionario que se utilizo es:

##### a) **Cuestionario para profesores sobre el TDA/H**

El instrumento “Cuestionario para profesores sobre el TDA/H”, consta de 23 enunciados con diferentes opciones de respuesta, Este cuestionario está realizado como tipo examen a base de la técnica de escoger la mejor alternativa que conteste la pregunta que esta subdividido en tres categorías; aspecto conceptual, actitud y metodología-estratégica.

**Aspecto conceptual.** En el aspecto conceptual lo que se pretende es llegar a indagar, el nivel de conocimiento que los profesores tiene sobre el TDAH, conocer el origen de su información, y que características esenciales presenta el TDAH, en qué grado es considerado la hiperactividad como causa de posibles dificultades en los niños entre otras, para esto se desarrolló preguntas de manera general para llegar a lo específico.

**Aspecto actitudinal.** Dentro de este apartado, es conocer la predisposición propia que orienta el profesor a actuar selectivamente en la situaciones con las que se encuentra con niños con conductas típicas del TDAH, y la importancia que el brinda al comportamiento que estos niños andan atravesando por las síntomas propias del TDAH, así también el rol que ellos creen cumplir como profesores encargados de



una formación integral del educando, el apoyo pedagógico que el docente propone para un mejor rendimiento.

**Estrategias.** Determinar si los profesores manejan y aplican estrategias de aprendizaje en el salón de clases específicamente cuando se presencia niños con indicadores del TDAH. Como se sabe las estrategias es muy importante al momento de impartir las clases porque se sigue un conjunto de procedimientos, actitudes, técnicas, operaciones y medios que se planifican de acuerdo a las necesidades de los educandos con indicadores del TDAH todo esto con finalidad de hacer más efectivo el proceso de aprendizaje de cada niño.

La finalidad del cuestionario es conocer la práctica educativa que el docente desempeña partiendo de sus conocimientos en relación con el TDA/H.

### **Validez y confiabilidad del cuestionario**

El instrumento se empleó en la tesis de “Rol del docente en el rendimiento académico de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad” autor; Luz Marina Castillo Ulloa (2006) de la Universidad Mayor de San Andrés. Se eligió este instrumento ya que nos da pautas en la realización del cuestionario. En el proceso de la investigación de la tesis se adaptó y se validó el cuestionario de acuerdo al planteamiento de la investigación y las características de esta. El “Cuestionario para profesores sobre el TDA/H”, es de utilidad para la investigación ya que va acorde a la investigación planteada, que es determinar si el docente tiene conocimiento sobre la temática del TDA/H. La forma de aplicación de este instrumento fue antes y después de emplear el programa.

La validez, el contenido del cuestionario fue evaluado por docentes con preparación en el campo de psicología y estadística. En este proceso se determinó cuáles reactivos discriminaron adecuadamente los factores o elementos considerados en las variables del estudio. Para medir la confiabilidad de este instrumento, el mismo fue

administrado a varios maestros en diferentes U.E. con características similares a los sujetos de investigación, que sería la prueba piloto. Este proceso fue realizado para determinar cuán claras estaban las instrucciones y los reactivos del cuestionario. Posteriormente se realizó los ajustes necesarios para la aplicación en la investigación. Ver el proceso de evaluación en anexos (justificación del cuestionario, prueba piloto, análisis de resultado de la prueba piloto)

**b) Registro de Observación**, “este método de recolección de datos consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamientos y situaciones observables...” (Hernández, 2010, p. 260).

El tipo de registro de observación que se manejó en el trabajo, es la **técnica de registro de observación no estructurada o natural**, este se empleó con el propósito de conocer y vivenciar el trabajo natural que desarrolla el docente dentro el aula aspectos como la actitud, comportamiento y participación en el proceso de enseñanza y aprendizaje al momento de presenciar un niño o niña con indicadores de TDA/H y que medidas asume en su enseñanza. Esta técnica ayuda a conocer aspectos naturales del trabajo del docente, que posteriormente será descompuesta en sus elementos principales de la observación y recompuesta teóricamente desde una perspectiva interpretativa (ver anexo)

#### **4.7. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA “ESTRATEGIAS PSICOEDUCATIVAS”**

El programa “Estrategias psicoeducativas para la atención a niños y niñas con TDA/H” está realizado para ampliar el conocimiento del profesor sobre el tema del TDA/H para que pueda comprender el trastorno y actuar adecuadamente. Ser consciente de la problemática y de lo que conlleva es un primer paso para que el profesor sea capaz de identificar al alumno TDA/H y facilitarle las herramientas adecuadas para ayudarle a desarrollar sus habilidades académicas de forma óptima.

Así también, se plantea este programa para la atención educativa en niños y niñas con indicadores del TDA/H con un enfoque cognitivo-comportamental este medio ayudara al profesor en el trabajo en aula donde encontrara estrategias cognitivas-conductuales, técnicas lúdicas, recomendaciones para el trato con el niño o niña dentro y fuera del aula.

Una adecuada información sobre el TDA/H y su manejo, favorecerán que los docentes, perciban el problema de una manera objetiva y equilibrada que les permita afrontar la problemática del alumno con una actitud apropiada y contribuidora logrando optimizar el rendimiento académico, logrando que el profesor adapte el avance curricular y el ambiente educativo

El programa consta de talleres informativos y dinámicas estratégicas destinadas a enriquecer el conocimiento del docente para realizar tareas específicas que permita el desarrollo de nuevas estrategias de apoyo al niño con indicadores de TDA/H.

El programa se desarrolla en 4 módulos cada uno propuesto con diferentes temáticas y actividades, lo cual cada una está sujeta a un objetivo y a diferentes tareas para su entrenamiento, mismas que serán evaluadas en su posterior ejecución.

#### **4.7.1. DISEÑO DEL PROGRAMA**

**NOMBRE DEL PROGRAMA:** “Estrategias psicoeducativas para la atención a niños y niñas con TDAH”.

**DESTINATARIOS:** Plantel docente de las Unidades Educativas Juarista Eguino y la U. E. Ismael Montes se encuentran ubicados en el Departamento de La Paz - Provincia Pacajes Localidad Corocoro, está situado a 95 kilómetros de la ciudad de La Paz y es capital de la primera sección de la provincia Pacajes.

**DURACIÓN:** Fue de 10 encuentros, cada uno de 90 minutos aproximadamente.

## **OBJETIVOS DEL PROGRAMA:**

### **Objetivo general**

Proponer a los docentes el "Programa de estrategias psico-educativo para la intervención a niños y niñas con indicadores del TDA/H basado con un enfoque cognitivo-comportamental" para su aplicabilidad en el aula y mejorar el comportamiento de los niños con signos o síntomas de trastorno de déficit de atención con hiperactividad y de esta manera optimizar el rendimiento académico.

### **Objetivos específicos:**

- Explicar al profesor desde teorías científicas sobre la temática del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA/H, para un mejor entendimiento del mismo y manejo del niño dentro el aula.
- Proporcionar al profesor, conocimientos básicos sobre el TDA/H de modo que mejore la detección precoz de nuevos casos.
- Establecer estrategias psicoeducativas de intervención para mejorar las conductas (atencionales, impulsivas e hiperactivas) que presentan algunos niños o niñas con indicadores del TDA/H y crear un ambiente de aprendizaje adecuado para los niños o niñas con estos rasgos.

## **MARGEN TEÓRICO PARA EL DOCENTE EN LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA.**

El programa presenta un margen teórico y práctico para el docente en la conceptualización TDA/H y estrategias psicoeducativas de intervención. Los temas considerados son: fundamentación del trastorno de déficit de atención con hiperactividad, estrategias cognitivas – conductuales, Orientación psicoeducativo ante situaciones concretas, (organización y manejo del aula) y elaboración de un programa de intervención de caso.

## **ESTRATEGIA METODOLÓGICA**

Las técnicas diseñadas para la ejecución del programa, son herramientas dinámicas que favorecen a la consecución de los objetivos trazados.

- Exposición teórica con lluvias de preguntas.
- Lecturas de apoyo, relacionado a casos de niños con TDA/H
- Tiempo de reflexión, destinados a socializar ideas, opiniones, experiencias vividas.
- Proyección de videos para la motivación y la participación en los módulos.
- Juegos de participación, para manifestar sus emociones e inquietudes y sea parte también de relajación.
- Trabajo en grupo, técnica para intercambiar y construir ideas para dar soluciones a casos.

## **ESTRUCTURA DEL PROGRAMA**

El “Programa estrategias psicoeducativas para la atención a niños y niñas con TDA/H” esta organizado en 4 módulos:

### **Módulo I**

1. Trastorno de déficit de atención con hiperactividad

### **Módulo II**

2. Estrategias cognitivas – conductuales

### **Módulo III**

3. Orientación psicoeducativo ante situaciones concretas, (organización y manejo del aula).

### **Módulo IV**

4. Elaboración y aplicación de un programa de intervención de caso.

## **AMBIENTE DE TRABAJO**

El programa se llevó a cabo en los ambientes de la Unidad educativa “Juarista Eguino”, acordados con los dos planteles docentes de las Unidades Educativas (unidad de observación) y aprobados por cada director de cada establecimiento.

**Un ambiente:** con las siguientes características:

- Un salón amplio, adecuado para llevar a cabo el desarrollo del programa.
- Iluminación adecuada.
- Asientos y mesas de acuerdo a la cantidad de participantes.
- Un pizarrón acrílico.

**Material audio visual:**

- Equipo de Data Show
- Equipo de computación y sonido
- Panel de proyección.

## **4.8. PROCEDIMIENTO**

Las actividades del programa “El programa de estrategias psicoeducativas para la atención a niños y niñas con TDAH” se desarrolló de acuerdo con el siguiente procedimiento y dividida en tres etapas:

### **FASE UNO: Presentación y organización**

- Presentación del proyecto de investigación a los Directores de las Unidades Educativas Vicenta Juarista Eguino e Ismael Montes de la Localidad de Corocoro, explicando el propósito del trabajo que se va realizar.
- Planificación con los directores los días y las horas para la aplicación del programa

- Se estableció un dialogo de concertación con los docentes de las Unidades Educativas Vicenta Juarista Eguino y Ismael Montes (entrevistado), así también se informó el objetivo de la investigación.
- Se llegó a determinar el tiempo, lugar y el número de encuentros para la aplicación del programa.

## **FASE DOS: Desarrollo del Programa**

Se coordinó y se aprobó con los profesores los aspectos necesarios para desarrollar las actividades a realizarse en todas las sesiones que dura el programa “Estrategias psicoeducativas para la atención a niños y niñas con TDAH”, acordando con el siguiente desarrollo:

### **SESIÓN 1. Aplicación del pre- test (instrumentos) e introducción al programa**

- Antes del trabajo del programa se realizó un juego de presentación el nombre “Los más buscados” este juego tenía la finalidad de que los profesores de ambas unidades educativas se lleguen a conocer y a empezar a socializar entre ellos.
- Posteriormente al juego se aplicó la primera evaluación del Cuestionario sobre conocimientos generales y estrategias de intervención del TDA/H a los docentes (Pre-test), de las Unidad Educativas Vicenta Juarista Eguino e Ismael Montes. Esta etapa es el diagnóstico sobre el nivel de entendimiento y conocimiento del profesor sobre la temática del TDA/H.
- Introducción al programa, para la aplicación del programa de intervención se realizó una introducción acerca de las temáticas a tratarse en el programa y la importancia que es el de conocer e informarse sobre el TDA/H y las estrategias psicoeducativas que se debe aplicar en su momento, la introducción se desarrolló de la siguiente manera: antecedentes del TDA/H , conceptualización del TDA/H, características del TDA/H, posibles causas del trastorno, diagnóstico, tratamiento (psicológico, médico y psicopedagógico), como influye el TDA/H en el

aprendizaje, el profesor en la educación con niños con necesidades educativas. De esta manera se empezó la aplicación del programa hacia los profesores.

## **SESIÓN 2. Conceptualización del TDA/H, Características y Diagnostico**

En esta sesión se trabajó la conceptualización del TDA/H, las características más significativas del trastorno, pero además se llegó a realizar cuales son los criterios de diagnóstico.

El objetivo de esta sesión es informar el concepto del TDA/H, las características y diagnóstico sobre el TDA/H para permitir al profesor comprender del tema y discriminar las conductas semejantes del TDA/H en el salón de clase.

La metodología de trabajo: Exposición teórica sobre los temas y posteriormente la lluvia de preguntas lo cual ayudo a los participantes a sacar algunas dudas e interrogantes sobre los temas avanzados.

Los materiales de trabajo que se utilizó: Data Show, pizarra, manual del programa. Y material de escritorio.

Espacio de reflexión: una autoevaluación y coevaluación participativa sobre la sesión abordada, además encuentro de experiencias de los profesores.

## **SESIÓN 3. Posibles causas del TDA/H y Tipos de tratamiento.**

**En esta sesión se desarrolló las posibles causas del TDA/H;** Se puede mencionar varios factores entre ellos está un trastorno neurobiológico, factores biológicos y hereditarios, factores psicocociales (ambientales) y la teoría de Barkley. Así también, se desarrolló los diferentes tratamientos que existen el médico, psicopedagógico, psicológico (psicoeducación) y la importancia del tratamiento multimodal.



La metodología de trabajo: Exposición teórica sobre los temas y posteriormente la lluvia de preguntas de los participantes, también se trabajó en grupo sobre las técnicas y estrategias que aplican en aula.

Los materiales de trabajo: Data Show, pizarra, manual del programa y material de escritorio.

Espacio de reflexión: Desarrollo de la Autoevaluación y coevaluación participativa sobre la sesión abordada, relato y participación sobre el trabajo en grupo.

#### **SESIÓN 4 y 5: Desarrollo de estrategias psicoeducativas (Estrategias conductuales).**

En estas sesiones se inició a dar las estrategias psicoeducativas con un enfoque cognitivo comportamental, en esta primera intervención se desarrolló las estrategias conductuales como ser: reglas para recordar y guías visuales, movimiento productivo, refuerzo positivo, reforzamiento externo, tiempo fuera, la extinción, costo de respuestas, organización y uso de la agenda y contrato de contingencia.

Estas estrategias conductuales el profesor puede emplear tanto para aumentar o mantener las conductas o como para reducir o eliminar comportamientos. Las técnicas se desarrolla siempre en función de los objetivos que intentan cumplir: técnicas para incrementar los comportamientos adecuados (denominadas técnicas de refuerzo o reforzadores) y las técnicas para reducir o disminuir los comportamientos inadecuados (denominados técnicas de castigo).

La metodología de trabajo: Proyección de video “trastornos conductuales” exposición teórica sobre los temas y trabajó en grupo.

Los materiales de trabajo: Una televisión y DVD, manual del programa y material de escritorio.

Espacio de reflexión: Narración y participación sobre el trabajo en grupo.

### **SESIÓN 6 y 7: Desarrollo de estrategias psicoeducativas, (estrategias cognitivas).**

En las sesiones 6 y 7 se desarrolló las estrategias cognitivas: Entrenamiento del auto control, autoevaluación reforzada, solución de problemas, la técnica de la tortuga, auto-instrucción y la técnica del “control de ira”.

El objetivo principal de esta sesión es capacitar las estrategias cognitivas a los profesores lo cual ayudara a en enseñar a los niños con TDA/H, técnicas, de autoinstrucción, autocontrol y resolución de problemas, donde el niño trabaje con su pensamiento y pueda dirigir y regular él mismo su propia conducta y pueda resolver problemas.

La metodología de trabajo: Exposición teórica sobre los temas y se trabajó en grupo sobre casos.

Los materiales de trabajo: Manual del programa y material de escritorio.

Espacio de reflexión: Exposición y participación sobre el trabajo en grupo.

### **SESIÓN 8: Estrategias psicoeducativas en situaciones concretas**

En esta sesión se capacita sobre estrategias que hacen referencia a la metodología, forma de adaptar las clases, actitud frente al niño, características personales y profesionales de un buen docente. Además se orientó al profesor una serie de estrategias para dirigir el comportamiento del niño o niña con indicadores de TDA/H y minimizar los efectos de sus síntomas con el fin de mejorar su comportamiento, aprendizaje, habilidades sociales y mejorar su autoestima.

**Las estrategias que se desarrolló son:** 1) pautas para mejorar la atención (control de estímulos, pensamiento analítico y supervisión de tareas). 2) pautas para controlar la hiperactividad (fomentar la actividad controlada y controlar los estímulos) 3) pautas para controlar la impulsividad (establecer reglas) **y** 4) Desarrollo de la autoconfianza y autoestima.

La metodología de trabajo: Trabajó en grupo.

Los materiales de trabajo: Manual del programa y material de escritorio.

Espacio de reflexión: Exposición y participación sobre el trabajo en grupo.

### **Sesión 9: Elaboración de plan de intervención**

En esta sesión se aplicara el conocimiento adquirido en los anteriores sesiones, para elaborar un plan de intervención específico de acuerdo a un caso de un niño con TDA/H, a base del conocimiento de los fundamentos del TDA/H, las estrategias psicoeducativas y las orientaciones, para definir un plan de intervención ante un caso particular de un niño que presente indicadores del TDA/H. De esta manera el docente tendrá la capacidad de mejorar las conductas inadecuadas y autorregular para prevenir las conductas, a través de la detección e intervención temprana.

La metodología de trabajo: Trabajó en grupo y estudio de casos

Los materiales de trabajo: Manual del programa y material de escritorio.

Espacio de reflexión: Exposición y participación sobre el trabajo en grupo y ronda de preguntas.

## **Sesión 10: Cierre del programa**

El cierre de programa se realizó conforme al programa planificado, este cierre se llevó a cabo dentro del horario otorgado por el establecimiento en el lapso de 90 minutos.

Para esta ocasión se contó la presencia de los directores de las unidades educativas la presencia del plantel docente que fue parte de la capacitación del programa.

Para concluir, se agradeció a todos los presentes, quienes colaboraron la participación del trabajo de investigación. De tal manera los directores agradecidos y agradeció por haberlos hecho parte del programa y hacer conocer la importancia del proyecto en las unidades educativas de provincia.

### **FASE TRES: Evaluación del Pos test**

En esta fase se realizó la evaluación del Pos test a los profesores, se volvió aplicar el mismo cuestionario que se hizo a inicio “Cuestionario para profesores” y de esta manera determinar, los cambios y el efecto del programa.

Las impresiones del profesor nos ayudaron a evaluar el programa de investigación. Cuanto de provechoso fue del programa para ellos.

Se realiza la calificación del cuestionario “cuestionario para profesores sobre el TDA/H y determinar los cambios y el desempeño que hubo después de la capacitación del programa.

Para finalizar el programa, se agradeció al plantel docente y a los directores por la participación del programa. Ellos manifestaron que fue de gran beneficio y utilidad para su formación como docentes y que les servirá en el desempeño en aula.

## **FASE CUATRO: Análisis de los resultados**

Se realizó un análisis cuantitativo de los resultados de la aplicación del pre test y el pos test, utilizado en el momento de la evaluación final, que determina la correlación, la comparación e interpretación de ambos cuestionarios.

Para realizar los análisis correspondientes, se tomó en cuenta una interpretación de los ítems del cuestionario representando en gráficos (tortas), también se realizó una interpretación de análisis estadístico descriptivos y por último la prueba estadística del t de student para determinar si la hipótesis se rechazó o no.

Conseguidos la evaluación cuantitativa se dio paso a la discusión y la interpretación cualitativa de los resultados para determinar la significancia de los mismos; solo así puede demostrarse la trascendencia general de la investigación y en particular el programa.

## **FASE CINCO: Conclusión y Recomendación**

Con los resultados obtenidos y la interpretación de los datos de los cuestionarios suministrados se elaboró el informe final, la cual finaliza con la redacción de la conclusión y las recomendaciones pertinentes.

## **CAPITULO V**

### **PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

#### **5.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

En el análisis de los resultados inicialmente se exponen los datos cuantitativos y la interpretación cualitativa del pre test (cuestionario para profesores) paralelamente también se exponen los datos del pos test del mismo instrumento que se aplicó al finalizar el programa de intervención. Esta interpretación de datos nos dará un panorama para determinar las características del desempeño docente, del inicio de evaluación y la evaluación final, de esta manera, comparar ambas evaluaciones que determinan en qué medida mejora el conocimiento y la actitud de los docentes en cuanto a las estrategias psicoeducativas en la intervención de los niños con TDA/H

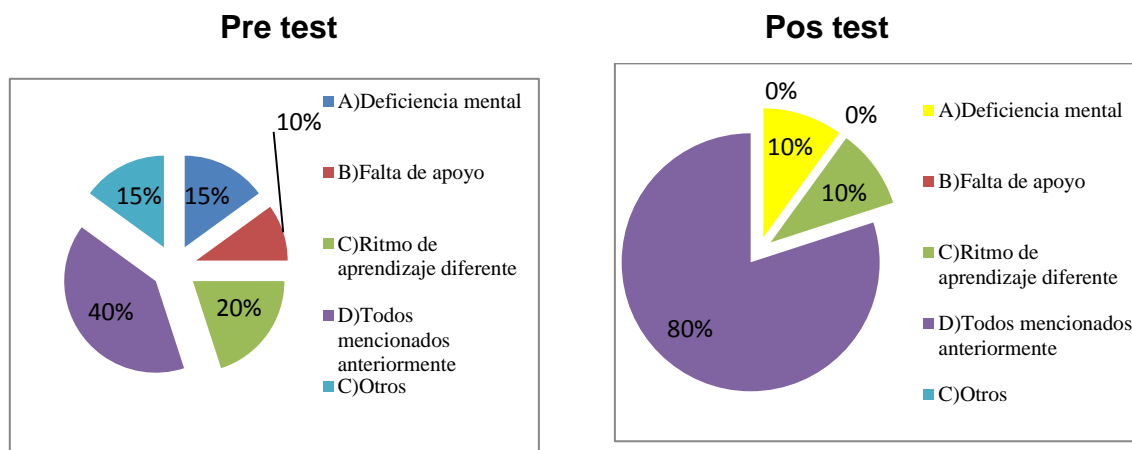
**“Cuestionario para profesores sobre el TDA/H”**

**Aplicadas en las Unidades Educativas Juarista Eguino e Ismael Montes**

A continuación, se describirá el análisis porcentual del cuestionario, que mide el conocimiento, la actitud y la aplicación de estrategias del docente con relación a niños con indicadores de TDA/H.

**Pregunta 1. ¿Usted, cuáles de las causas considera principales por las cuales sus niños presentan dificultades de aprendizaje?**

**GRAFICO: 1**



En la primera pregunta del cuestionario ¿Cuáles de las causas considera Usted, principales por las cuales sus niños (as) presenta dificultades de aprendizaje? Los resultados obtenidos en las dos evaluaciones son:

En el **pre test**, los profesores consideran que un 40% (todos mencionados anteriormente) considera que las causas de las dificultades de aprendizaje son la

falta de apoyo, deficiencia mental, ritmo de aprendizaje diferente, 15% considera deficiencia mental, un 10% falta de apoyo, 20% ritmo de aprendizaje diferente y un 15% otros poniendo de manifiesto (“química del propio cuerpo”, “por la energía que posee el estudiante” y “falta de atención”).

En el **pos test**, después de la aplicación del programa (Estrategias psicoeducativas para la atención a niños y niñas con TDA/H), se llegó a los resultados, un 80% (todos mencionados anteriormente) es decir falta de apoyo, deficiencia mental, ritmo de aprendizaje diferente son causa de las dificultades anteriores, un 10% considera deficiencia mental, otros 10% ritmo de aprendizaje diferente.

Si realizamos la comparación entre ambas evaluaciones los resultados cambio con un 40 % más en el inciso “C” “todos mencionados anteriormente” (falta de apoyo, deficiencia mental, ritmo de aprendizaje diferente), esto nos hace interpretar que los la mayor parte de los profesores manifiestan que la falta de apoyo y ritmo de aprendizaje diferente, son causas de las dificultades. Si revisamos teorías nos menciona que las dificultades de aprendizaje no son homogéneo es heterogéneo. Esto significa que no existe un prototipo de sujeto con DA, además, de constituir un problema académico o de rendimiento, numerosos estudios demuestran la existencia de problemas conductuales, sociales, cognitivas y afectivos asociados (Jiménez, 1999, p. 47). Esto nos hace manifestar que la mayor parte de los profesores asimilaron que las causas de las DA no son solo uno, puede variar dependiendo al persona.

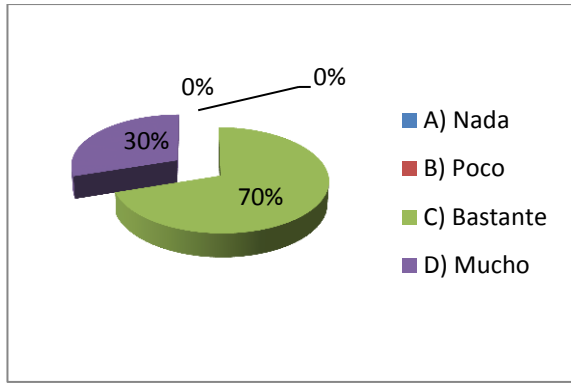
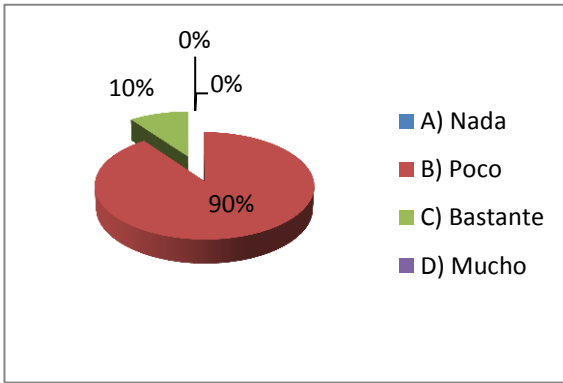
**Pregunta 2: ¿Cuánto conoce Usted sobre el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDA/H)?**

## **GRAFICO: 2**

**Pre Test**

**Pos Test**





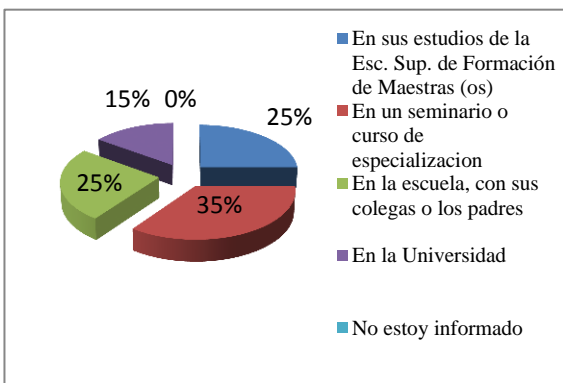
Con respecto al conocimiento al TDA/H los profesores manifestaron en la primera evaluación, **pre test**, que un 90% conocía poco sobre el TDA/H y un 10% manifiesta conocer bastante.

En la segunda evaluación, **pos test**, después de la aplicación del programa, los resultados obtenidos fue: que un 70% manifiesta que conoce bastante, y un 30% conoce mucho. Los cambios se dieron muy significativamente después de aplicar el programa de intervención al considerar que ellos ya tienen información necesario sobre el TDA/H.

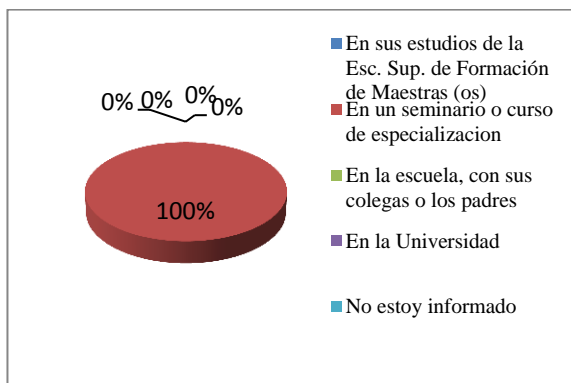
**Pregunta: 3 ¿Dónde se informó, sobre el trastorno de déficit de atención con hiperactividad?**

**GRÁFICO: 3**

**Pre test**



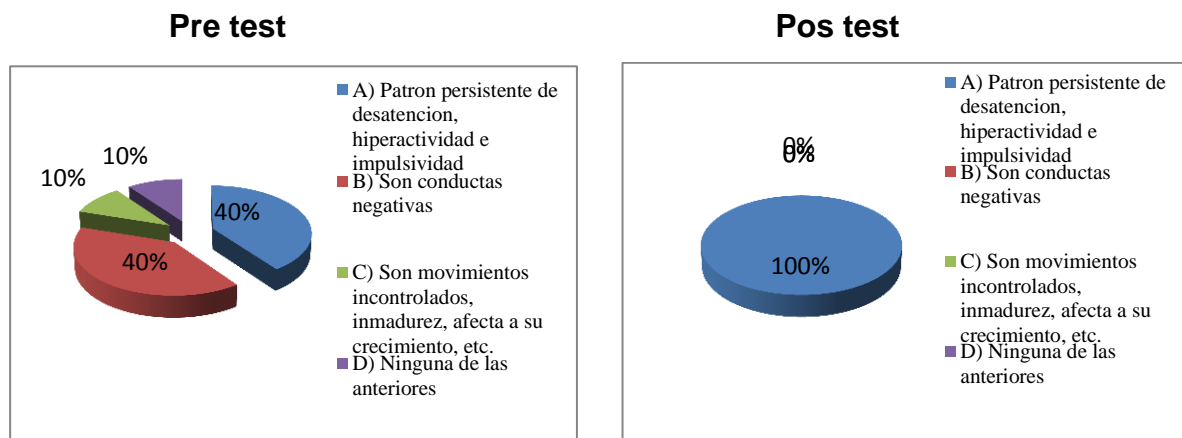
**Pos test**



En la pregunta 3, donde se informó sobre el TDA/H en el **pre test**, hubo una variedad de respuesta, un 35% dice en un seminario o curso de especialización, un 25% en sus estudios de la escuela superior de formación de maestros, y otro 25% en la escuela con sus colegas o los padres. En el Pos test, hubo cambio radical, el 100% menciona en un seminario o curso de especialización, hacer notar este cambio, la aplicación del programa le consideraron como un curso de especialización del TDA/H.

**Pregunta: 4 ¿Cuál es la característica esencial del trastorno de déficit de atención con hiperactividad?**

**GRÁFICO: 4**



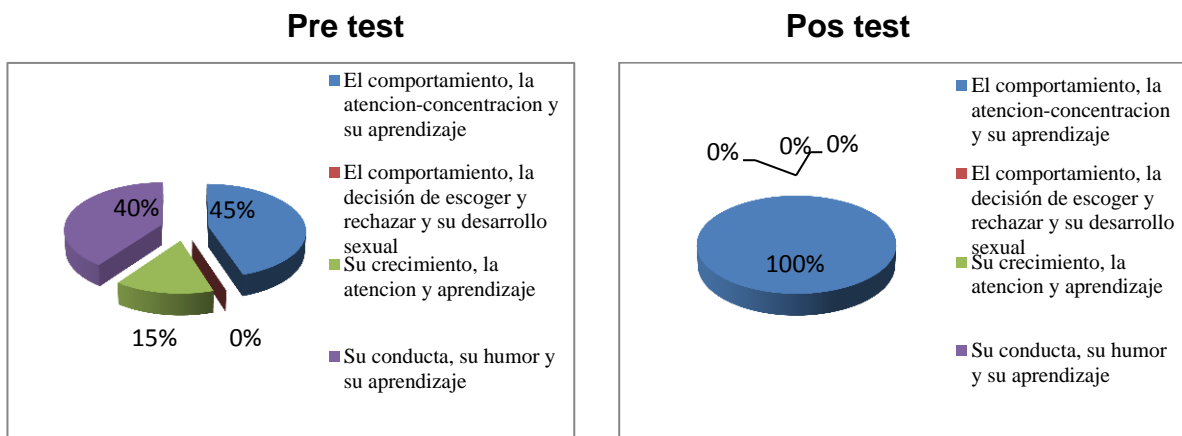
En el **pre test** los resultados fueron: un 40% de los profesores consideraban es un patrón persistente de desatención, hiperactividad e impulsividad, y otros 40% mencionaron que son conductas negativas demostradas en su contexto educativo, un 10 % son movimientos incontrolados, inmadurez, afecta a su crecimiento, etc. y los restantes que es el 10% ninguna de las anteriores.

En el **pos test** los profesores con un 100% consideran que es un patrón persistente de desatención, hiperactividad e impulsividad que es más frecuente en niños, esta apreciación es correcta según el DSM-V y varios autores las características

principales nos menciona que el TDA/H es un persistente patrón de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, que interfiere con el funcionamiento o desarrollo del niño.

**Pregunta: 5 El trastorno de déficit de atención con hiperactividad afecta en tres componentes principales:**

**GRÁFICO: 5**



En el anterior gráfico del **pre test** los resultados son los siguientes: un 45% nos dice que afecta el TDA/H a el comportamiento, la atención-concentración y aprendizaje, y otros 40% su conducta, su humor y su aprendizaje y los demás que es un 15% nos dicen que afecta su crecimiento, la atención y aprendizaje.

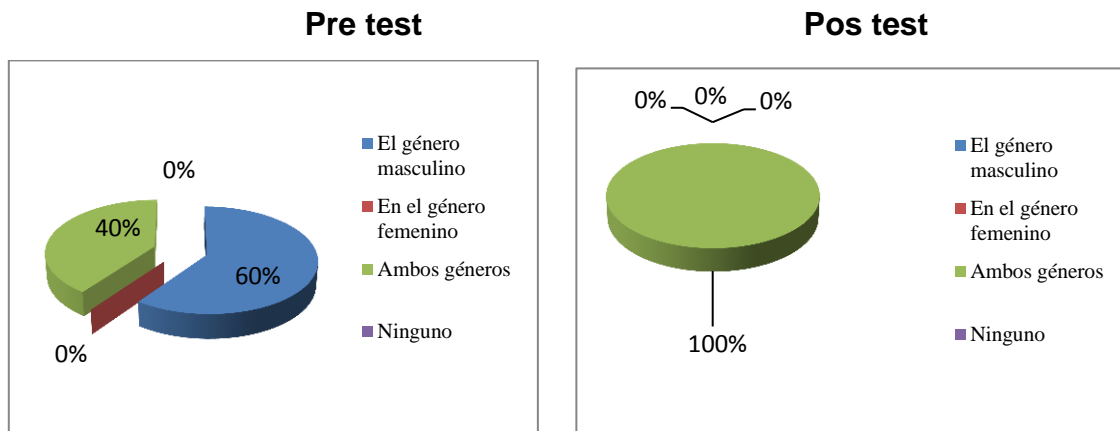
En el resultado de **pos test**, después de la aplicación del programa el 100% nos dice que afecta el TDA/H el comportamiento, la atención-concentración y aprendizaje.

Muchos autores nos mencionan que el TDA/H es un trastorno que repercute en el comportamiento del niño como ser la impulsividad y la hiperactividad, pero además

uno de los síntomas es el déficit de atención y falta de capacidad para concentrarse, estos hacen que el niño tenga dificultades en el aprendizaje.

**Pregunta: 6 El trastorno de déficit de atención con hiperactividad es más frecuente en:**

**GRÁFICO: 6**

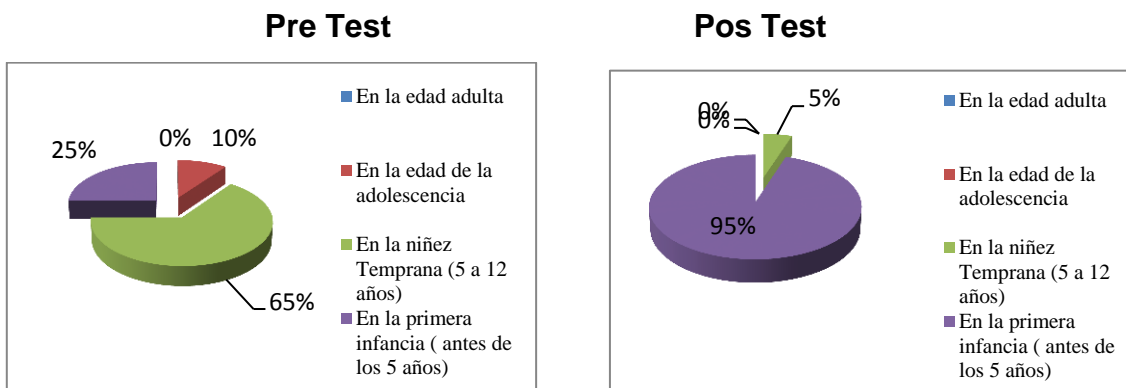


Con respecto a la anterior pregunta en el **pre test**, las apreciaciones son: un 60% considera que el TDAH afecta el género masculino y un 40% a ambos géneros.

En el **pos test**, los profesores llegaron a considerar con un 100% en ambos géneros. El TDAH no solo se presenta en los niños también en las niñas, es decir el TDAH está en ambos géneros, pero aclarar en mayor prevalencia se da en los niños y en un porcentaje menor en las niñas. En el DSM-IV menciona, el trastorno es mucho más frecuente en varones que en mujeres, con proporciones varón a mujer que oscilan entre 4:1 y 9:1 (en función de si la población es general o clínica).

**Pregunta: 7 El TDAH es un trastorno que se inicia:**

**GRÁFICO: 7**



En la pregunta anterior ¿el TDA/H es un trastorno que se inicia?, en el **pre test** los docentes respondieron: con un 65% en la niñez temprana (5 a 12 años) se inicia, un 25% en la primera infancia (antes de los 5 años) y unos 10% en la adolescencia.

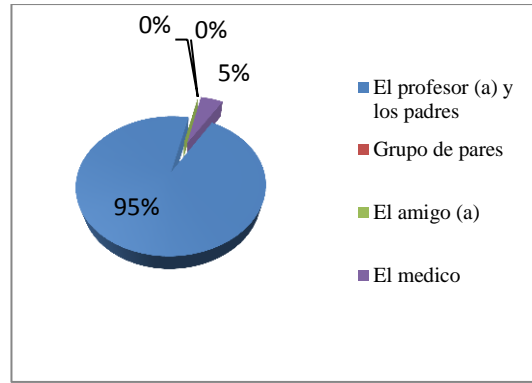
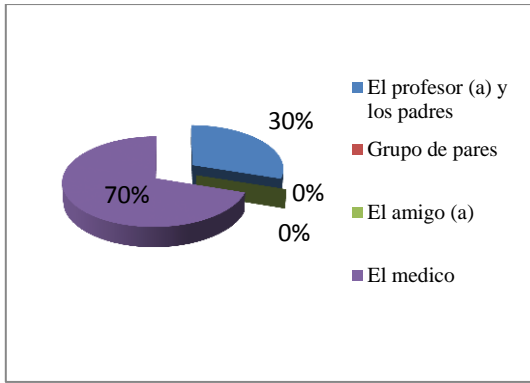
En el **pos test**, los resultados cambiaron, un 95% mencionaron en la primera infancia (antes de los 5 años) y un 5% en la niñez temprana (5 a 12 años). Las investigaciones nos manifiestan que el TDA/H es evolutivo de carácter crónico que nace en la primera infancia y se prolonga hasta la adolescencia, y en muchas ocasiones hasta la vida adulta. Aunque lo más frecuente es que el niño con TDA/H es descubierto o diagnosticado en su etapa escolar.

**Pregunta: 8 ¿Un personaje que desempeña un papel vital en la detección de los niños con el TDA/H es...?**

**GRÁFICO: 8**

**Pre Test**

**Pos Test**



En el grafico 8, que hace referencia a la pregunta ¿Un personaje que desempeña un papel vital en la detección de los niños con el TDA/H es...? En el **pre test**, con un 70% el principal detector del TDA/H es el médico, y un 30% son los profesores y los padres.

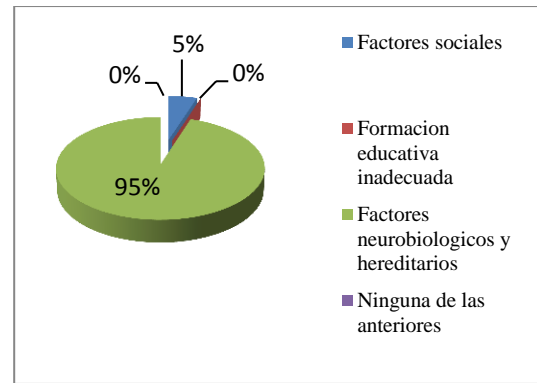
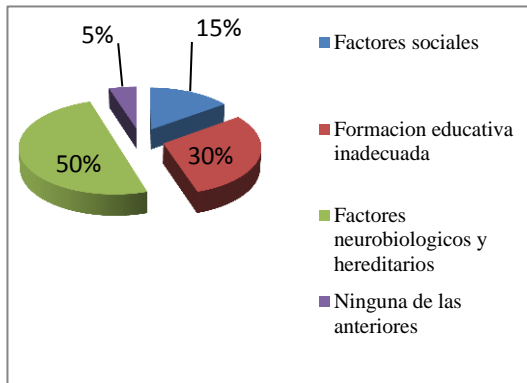
En el **pos test**, mencionaron un 95% son los profesores y los padres, y un 5% sigue manifestando que es el médico. Si recordamos la teoría, las principales personas quienes detectan que los niños o niñas que manifiestan son los profesores y los padres, ya que ellos están mayor tiempo con el niño, además, el profesor es uno de los principales personajes en la detección, por la enseñanza que tiene que impartir al niño. Es donde se da de cuenta que el niño no tiene la capacidad de seguir el ritmo de los demás compañeros y asimilar las actividades de clase programada, esto es por sus propios síntomas que tienen (hiperactividad, impulsividad y déficit de atención) y a consecuencia de esto llegan a presentar ciertas dificultades de aprendizaje.

**Pregunta: 9 Existen múltiples supuestas causas del trastorno. En la actualidad se sabe que éste trastorno se debe a:**

### GRÁFICO: 9

Pre Test

Pos Test



Los resultados del **pre test** en el anterior grafico son los siguientes: un 50% menciona son por factores neurobiológicos y hereditarios, un 30% consideran una formación educativa inadecuada, el 15% por factores sociales y un 5% describió ninguna de las anteriores manifestando otra apreciación.

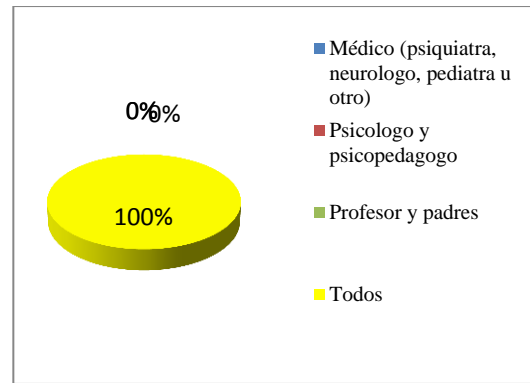
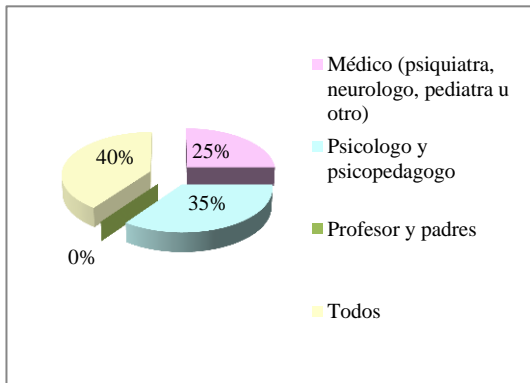
En cambio en el **pos test**, los resultados fueron los siguiente: un 95% considera factores neurobiológicos y hereditarios y un 5% factores sociales. Si tomamos en cuenta la descripción en el marco teórico es más evidente la hipótesis de la causa del TDA/H que es una etiología biológica o hereditaria, pero también queda claro que hay factores ambientales y psicológicos que pueden influir más o menos en el desarrollo de esta neuropatología, y por tanto no toda la etiología es de origen genético o hereditario.

**Pregunta: 10 ¿Quiénes cree que deben intervenir en el tratamiento de los niños con este trastorno?**

### GRÁFICO: 10

**Pre test**

**Pos test**



En la figura 10, en el **pre test**, los sujetos de investigación, respondieron: el 40% deben intervenir un psicólogo o psicopedagogo, un 35% consideran que los profesores y padres deben intervenir, en cambio el 25% manifiestan deben ser los médicos (psiquiatra, neurólogo y pediastra).

Los resultados del en el **pos test** después de la aplicación del programa los cambios se dieron un 100% mencionan que la intervención en el tratamiento del TDA/H deben ser todos (médicos, psicólogos, psicopedagogos, padres y los profesores.) no olvidemos el tratamiento para una mejor intervención debe ser multimodal. Mena u Otros menciona el tratamiento que ha demostrado mejor efectividad es el que combina los tratamientos psicológico, farmacológico (medico), psicopedagógico y educativo, por esta razón se llama multimodal.

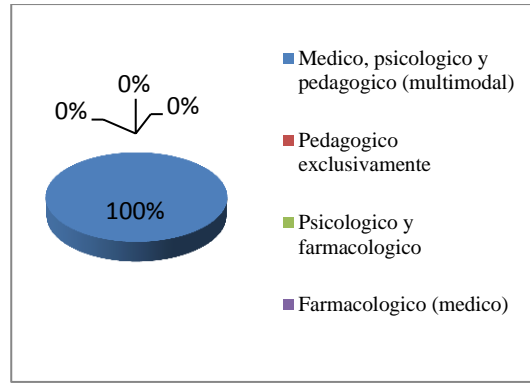
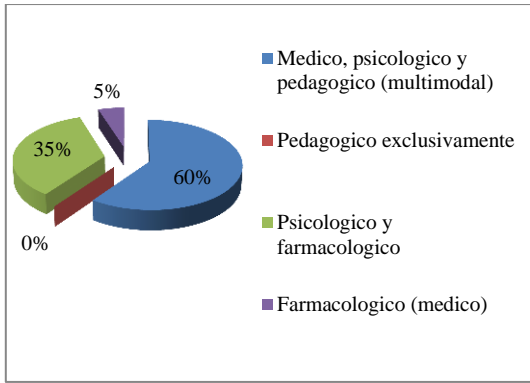
**Pregunta: 11 ¿Qué tipo de tratamiento es considerado más efectivo en el trabajo con personas con TDA/H?**

**GRÁFICO: 11**

**Pre Test**

**Pos Test**





En el grafico 11, los resultados con respecto al tipo de tratamiento más efectivo en el **pre test** es: 60% consideran debe ser médico, psicológico y pedagógico es decir multimodal, un 33% psicológico y farmacológico y el 5% exclusivamente farmacológico.

Después de la aplicación del programa en el **pos test**, todos los participantes mencionaron que es un 100% afirmaron que debe ser multimodal (médico, psicológico y pedagógico). Si recordamos el tratamiento debe ser multimodal para una efectividad y una mejor intervención con los niños con TDA/H.

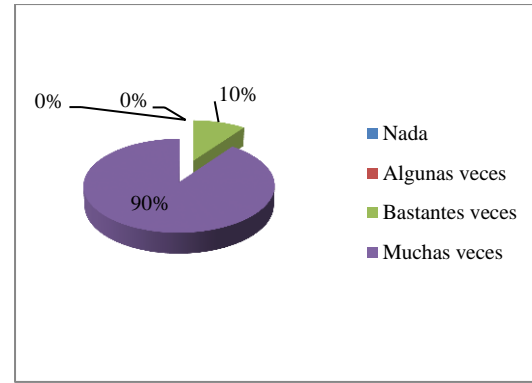
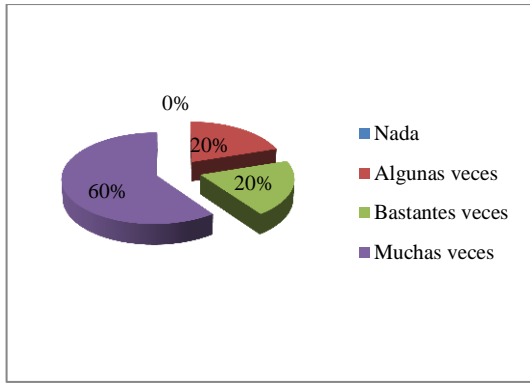
**Pregunta: 12**

**¿Considera importante atender las diferencias individuales de aprendizaje que presenta el grupo de niños (as) que está a su cargo?**

**GRÁFICO: 12**

**Pre Test**

**Pos Test**



En el grafico 12 con respecto a la pregunta, ¿Considera importante atender las diferencias individuales de aprendizaje que presenta el grupo de niños (as) que está a su cargo? los porcentajes es lo siguiente en el **pre test**: el 60% da la importancia, *Muchas veces*, un 20% *bastantes veces*, y los otros 20% la atención debe ser *algunas veces*.

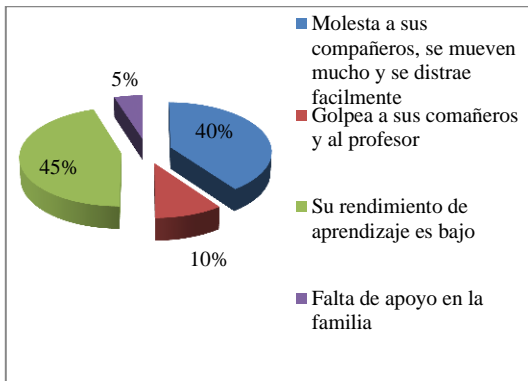
En el **pos test**, después de la aplicación del programa la actitud y la importancia de los profesores se dio de la siguiente manera, un 90 % mencionan que es muy importante y que debe ser *muchas veces*, y un 10% de los profesores debe ser *bastantes veces*

Después de la aplicación del programa, cambio la actitud de los docentes, esta apreciación de los docentes es importante ya que ellos manifiestan que es de importancia realizar una intervención de las necesidades educativas. La atención a los niños con necesidades educativas es muy importante para una mejor prevención para un buen desarrollo en su proceso de enseñanza y aprendizaje y creo la mayoría estamos de acuerdo con este trabajo que se debe tomar en cuenta cuando se presenta un caso de un niño o niña con dificultades de aprendizaje.

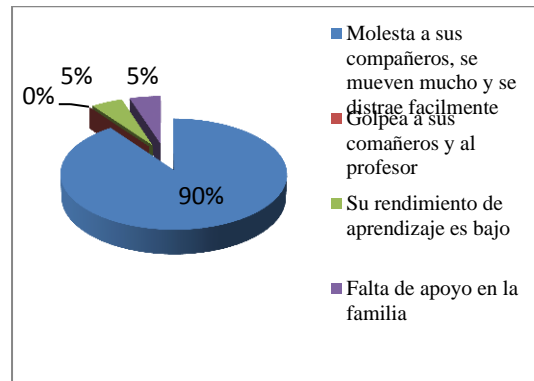
**Pregunta: 13 Usted detecta a un niño (a) con rasgos del trastorno de déficit de atención con hiperactividad ¿por qué?**

**GRÁFICO: 13**

### Pre Test



### Pos Test



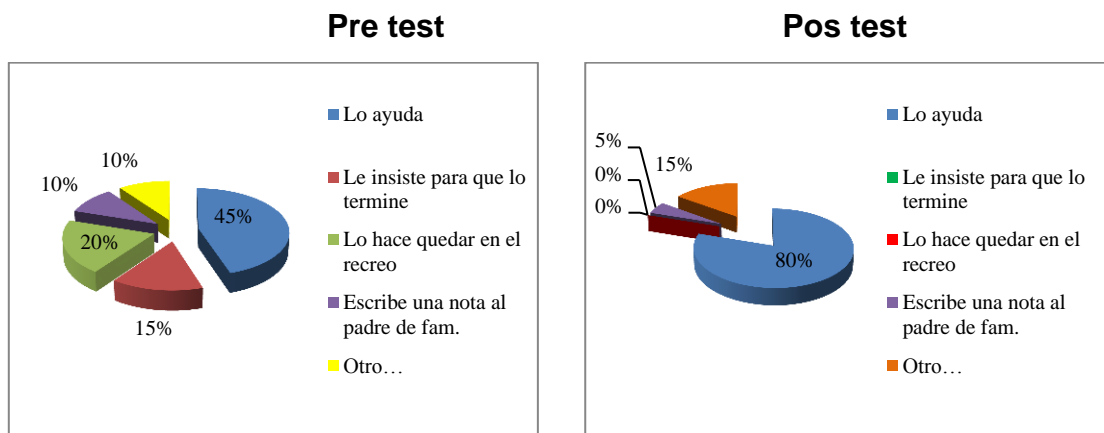
En la figura 13, en el **pre test**, los resultados se dieron de la siguiente manera: los docentes detectan a un niño con TDA/H con un 45% porque su rendimiento de aprendizaje es bajo, otros sujetos mencionaron un 40% detectan porque molestan a sus compañeros, se mueven mucho y se distraen fácilmente, un 10% dicen que golpean a sus compañeros y los restantes que es un 5% es por falta de apoyo de la familia.

Después de la aplicación del programa, en la segunda evaluación el **pos test**, el 90% detectan porque molestan a sus compañeros, se mueven mucho y se distraen fácilmente, un 5% su rendimiento de aprendizaje es bajo, y otros 5% es por la falta de apoyo en la familia.

Si se hace un análisis con relación a las características de los niños con TDA/H (falta de atención, hiperactividad e impulsividad), hay mucha relación con respecto a la conducta del niño con TDA/H, muchos de ellos andan molestando a sus compañeros, están siempre en movimiento se mueven de un lado a otro, y tienden fácilmente a distraerse ante un estímulo. Estas conductas son visibles y notorias que se puede observar a simple vista al momento de impartir las clases o en otro ambiente.

**Pregunta: 14 ¿Cuándo el niño (a) con indicadores de trastorno de déficit de atención con hiperactividad no logra terminar su tarea Usted...?**

GRÁFICO: 14



En el grafico anterior **pre test**, se puede ver que un 45% de los docentes le ayuda, 20% lo hace que dar en el recreo, el 15% le hace que dar en el recreo, un 10% escribe una nota y un 10% de profesores mencionan la opción otro (“motivación constante”, “dependiendo de la situación del momento” y “una actividad que le gusta al niño para motivar”)

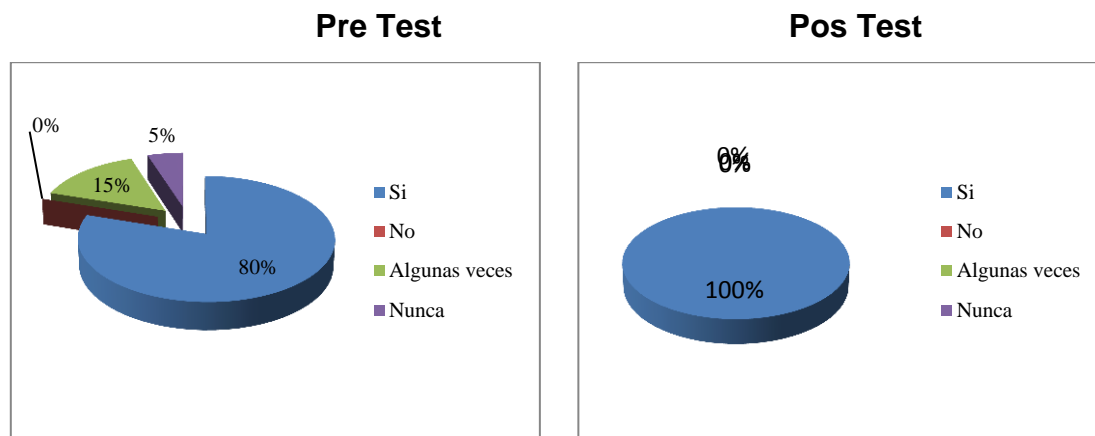
Después de la aplicación del programa en el **pos test**, los resultados fueron los siguientes un 80% ayudan a los niños cuando no logran terminar sus tareas los profesores, un 15% menciona la opción “otro” (“interviene con estrategias”, “informa al director” ”modifica el plan de clase adecuando a su ritmo de aprendizaje”) y el 5% escribe una nota al profesor.

La actitud de los docentes es muy importante, ya que muchos niños pueden tener diferentes dificultades en su aprendizaje entre ellas está el TDA/H donde ya mencionamos características típicas de estos niños, con el apoyo del docente y la aplicación de técnicas y estrategias alternativas se puede lograr a que el niño o niña supere ciertas dificultades que cree que son. Pero además ayuda al profesor a cumplir con los objetivos planteados.

El informar al padre de familia puede repercutir en dos aspectos: algunos padres llegaran a ayudarle al niño mediante el control en las tareas u otro, en cambio otros padres pueden llegar a castigar al niño por las observaciones o notas de sus profesores y además muchos de los padres no tienen el conocimiento sobre ciertas dificultades de aprendizaje.

**Pregunta: 15 ¿Considera necesario realizar un diagnóstico del comportamiento que manifiestan sus estudiantes en el aula?**

**GRÁFICO: 15**



En los resultados anteriores podemos describir de la siguiente manera: en el **pre test**, un 80% dijo **“Si”** sobre la importancia de realizar un diagnóstico, un 15% mencionan **“algunas veces”**, y un 5% menciona no es necesario (**nunca**).

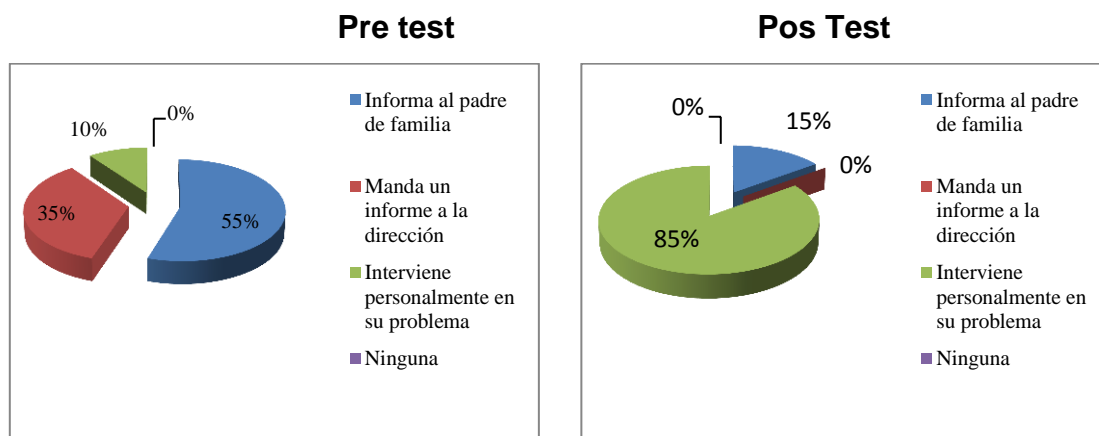
Después de la aplicación del programa del **pos test**, el cambio de los profesores en general fue otra con un 100% dijo **“Sí”** es necesario realizar un diagnóstico.

Es importante la evaluación sobre el comportamiento que manifiesta los niños ya que ciertos indicadores o síntomas de conductas nos puede estar expresando de algún trastorno o dificultad de aprendizaje, dentro los trastornos de conducta existe varios trastornos que llevan un similar de características entre ellas está el TDA/H, problemas de conducta, trastorno disociativo/negativista, se considera necesario realizar un diagnóstico al momento de presenciar conductas repetitivas, frecuentes,

inadecuadas y extrañas, ya que nos puede estar manifestando ciertos signos de algunos de los trastornos mencionados anteriormente u otro.

**Pregunta: 16 ¿Cuándo en su clase tiene niños (as) con indicadores del trastorno de déficit de atención con hiperactividad, Usted...?**

**GRÁFICO: 16**

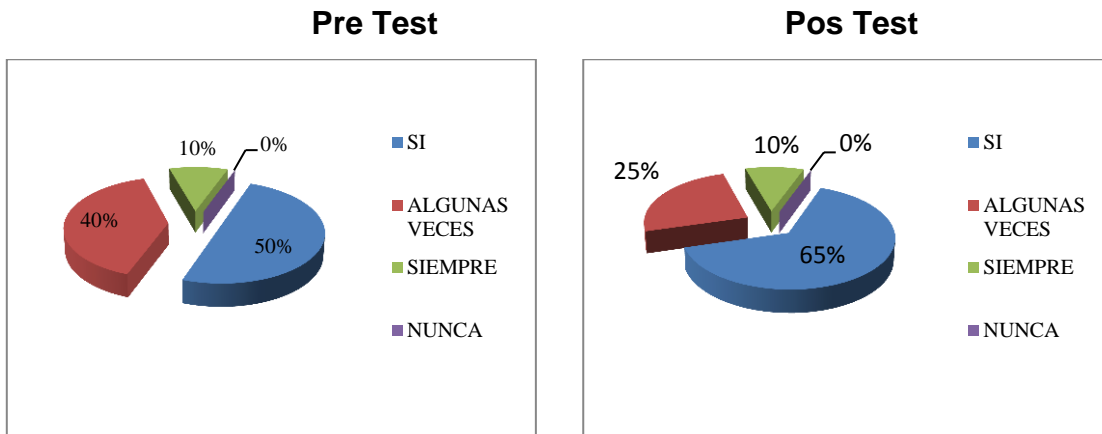


En la figura anterior se describe en el **pre test** de la siguiente manera: un 55% de los profesores envía un informe al padre de familia cuando se presenta un niño con TDA/H, y el 35% manda un informe a la dirección y otros 10% interviene personalmente en su problema.

En el **pos test**, después de la aplicación del programa de intervención, el 85% interviene personalmente en su problema y el que es un 15% informa a padre de familia. Se puede apreciar que después de la aplicación del programa los docentes ya saben y conocen como intervenir personalmente frente a casos de niños con indicadores de TDA/H.

**Pregunta: 17 ¿En su trabajo utiliza actividades y estrategias didácticas que integren a todos los estudiantes en los diferentes temas avanzados?**

**GRÁFICO: 17**



En la anterior pregunta en el **pre test**, un 50% considera que utiliza actividades y estrategias didácticas que integren a todos los estudiantes, y otros 40% mencionaron que algunas veces realizan tal tarea y en cambio un 10% mencionaron que siempre aplican estrategias y actividades que integren a los estudiantes. En el **pos test** los datos cambiaron de la siguiente manera: el 65% si utiliza actividades y estrategias didácticas, el 25% de los profesores algunas veces y el 10% siempre.

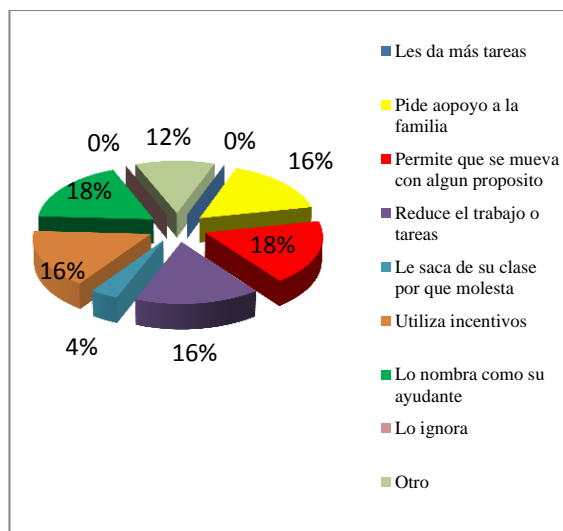
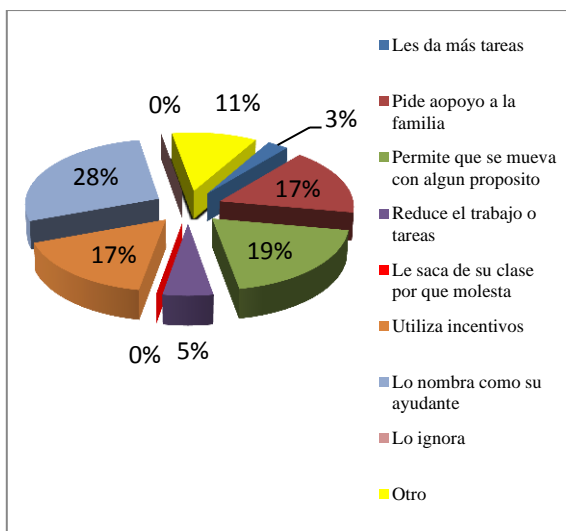
La falta de una enseñanza didáctica puede ser que la educación sea monótona y pasiva, la utilización de actividades y estrategias didácticas ayuda al ambiente escolar a tener una mejor apreciación y participación de los estudiantes.

**Pregunta: 18 ¿Qué estrategias adopta Usted en el proceso de enseñanza-aprendizaje con estos niños (as) con TDA/H?**

**GRÁFICO: 18**

**Pre Test**

**Pos Test**



Los resultados del **pre test**, las actividades que manejan con mayor frecuencia son: el 28% de los profesores lo nombra como su ayudante, el 19% permite que se mueva con algún propósito, un 17% pide apoyo a la familia del niño con TDA/H, el 4% maneja incentivos (condiciona), el 5% reduce el trabajo o tareas del niño con TDA/H, y un 3% les da más tareas (castigo) y los demás que es un 11% mencionaron la opción Otro, dando las siguientes apreciaciones “cambiar o buscar otra estrategia”, “prepara actividades diversas que le ayuden y le gusten según su interés”, “lo vuelvo un líder” y estrategias de “responsabilidad y roles”.

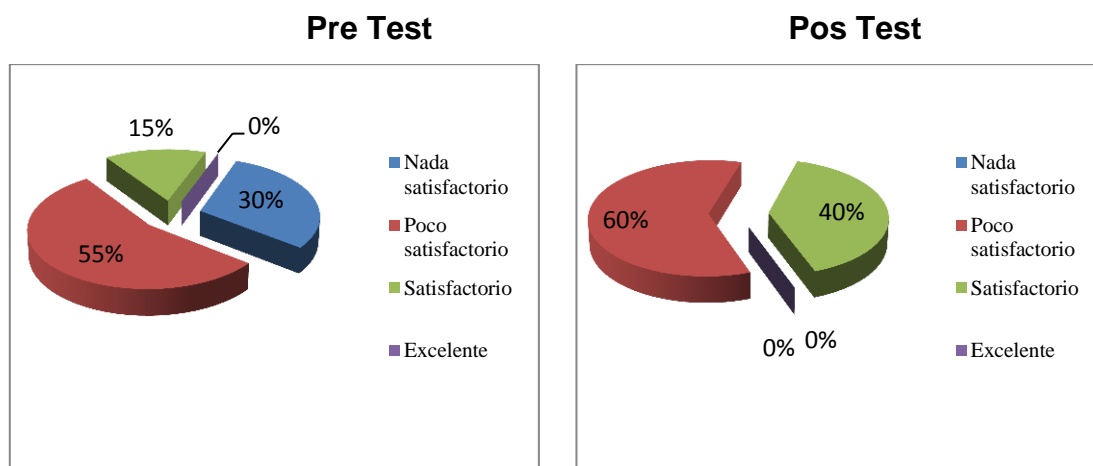
En el **pos test** los resultados fueron los siguiente: un 18% los profesores permiten que se mueva con algún propósito, otros 18% al niño con TDA/H le nombra como su ayudante, 16% piden apoyo a la familia, otros 16% reduce el trabajo o tareas, también un 16% de los docentes utiliza incentivos y un grupo de profesores el 12% la opción “otro” que describieron lo siguiente “manejo otras estrategias”, “pido también apoyo a los profesores” “otras estrategias, economía de fichas”, “costo de respuesta”, “organiza su clase y aula”, “solicita apoyo de los demás profesores”, “adapta las tareas de acuerdo a la necesidad y posibilidad del desempeño”, “adapta el plan de clase de acuerdo a su necesidad” “adapta el contenido de enseñanza y la evaluación”, “utiliza las estrategias cognitivos-conductuales”, “modifica el aula” “les saca de paseo” “pone normas y reglas en el aula”.



El cambio fue trascendental ya que las estrategias son aplicables en aula pero reduce en una de las cuales se da más tarea en el pre test con un 3% y en el pos test reduce a 0%, pero también, aumento en esta segunda evaluación con respecto a otras estrategias que aplican los docentes como se mencionó anteriormente el profesor se puede decir que conoce otras estrategias más que en la primera evaluación de las que se menciona en el cuestionario. Toda intención de aplicar ciertas estrategias para ayudar y controlar ciertas síntomas del TDA/H es una buena actuación, pero, mejor si las estrategias que se maneja debe tener cierta finalidad y objetivo.

**Pregunta: 19 ¿Según Usted, cómo evalúa el rendimiento escolar de los niños (as) con trastorno por déficit de atención con hiperactividad?**

**GRÁFICO: 19**



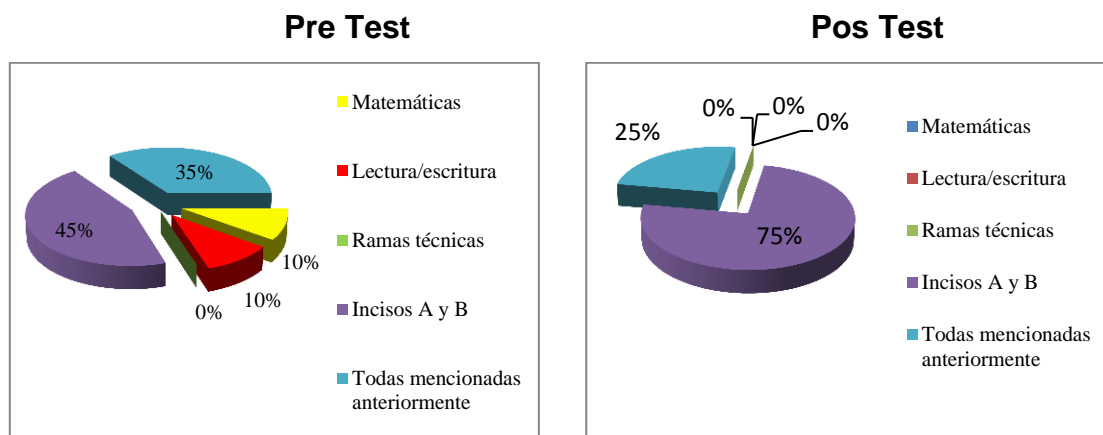
En los resultados respecto al rendimiento escolar del niño con TDA/H en el **pre test:** con un 55% mencionaron que es poco satisfactorio el rendimiento, y el 30% nada satisfactorio y un 15% de los profesores manifestaron que es satisfactorio el rendimiento escolar de los niños que presentan TDA/H.

En el **pos test**, los resultados fue: un 60% sigue considerando que es poco satisfactorio y los demás que es 40% creo que satisfactorio el rendimiento escolar de los niños con TDA/H.

Como se mencionó en el marco teórico la mayoría de los niños diagnosticados de TDA/H se encuentra un rendimiento académico inferior a la que se espera por edad e inteligencia. Esto se lo puede explicar por la propia sintomatología del trastorno, la hiperactividad, la impulsividad y la dificultad atencional no son buenos aliados para un adecuado proceso de aprendizaje. El niño presenta ciertas dificultades en su desarrollo de aprendizaje; en la calidad de trabajo, con frecuencia no terminan su tarea, no presenta automotivación, tienen dificultades para iniciar el trabajo; y además los niños con indicadores de TDA/H están asociados con otras dificultades de aprendizaje como ser en las áreas de lenguaje (dislexia), matemático (discalculia), etc.

**Pregunta: 20 ¿En qué áreas cree que estos niños (as) presentan mayor dificultad?**

**GRÁFICO: 20**



En el grafico anterior **pre test** se puede ver que los docentes manifiestan que un 45% presentan dificultad en las matemáticas, lectura/escritura (inciso A y B), el 35% en todas mencionadas anteriormente (es decir en matemáticas, lectura/escritura y

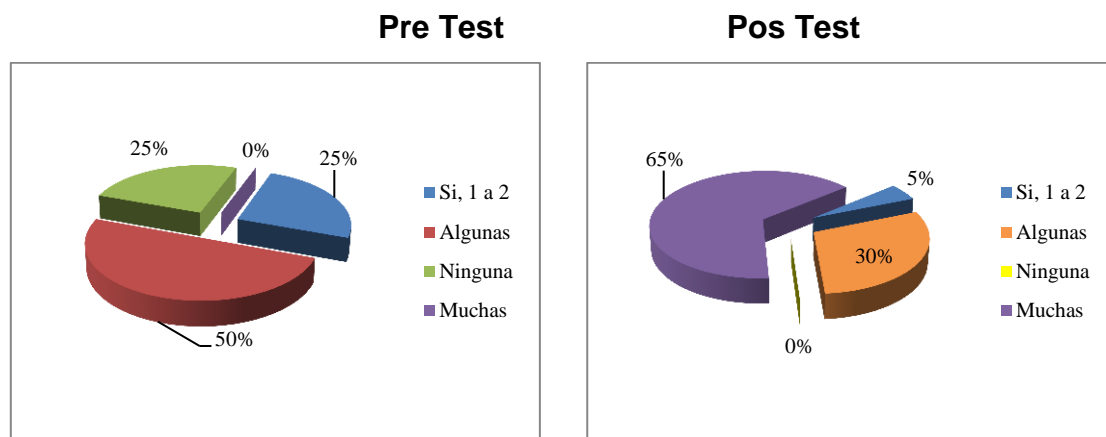
ramas técnicas), un 10% en lectura/escritura y los demás docentes que es otros 10% indican que presentan dificultades en matemáticas.

En el **post test** los cambios que se dio en los resultados fue: que un 75% mencionaron en los “incisos A y B” es decir en las materias de Lenguaje, escritura y matemáticas y un 25% en “todas las anteriores”

Si recordamos lo que mencionamos en el marco teórico los niños presentan cierta dificultad de aprendizaje por ciertas características esenciales asociadas al TDA/H (atención dispersa, coordinación visomotora pobre, falta de autocontrol, impulsividad, dificultades para la organización, falta de flexibilidad cognitiva, etc.) estas acciones hace que repercuta en su aprendizaje y al momento de realizar sus actividades académicas.

**Pregunta: 21 ¿Conoce alguna estrategia de intervención para niños (as) que presentan conductas del trastorno de déficit de atención con hiperactividad?**

**GRÁFICO: 21**



Como se puede ver en el grafico anterior en el **pre test**, un 50% expresan que “algunas” estrategias de intervención conocen, un 25% conocen de 1 a 2 estrategias de intervención y otros 25% no conocen ninguna estrategia de intervención, los docentes que mencionan conocer alguna estrategia son los siguientes: “economía de

fichas”, darle mayor atención, ser su amigo”, “secuencia de actividades con gráficos” “sistematizar el contenido del tema”, “el premio” “juegos lúdicos aplicar para mejorar la atención”.

En el **pos test**, después de la aplicación el programa “estrategias psicoeducativas para la atención a niños y niñas con TDA/H” es el siguiente: el 65% de los profesores mencionan ya conocer “muchas” estrategias, el 30% menciona conocer algunas de las estrategias y un 5% dijo conocer de 1 a 2 estrategias.

Las estrategias de intervención que describieron los profesores después de la aplicación del programa son las siguientes:

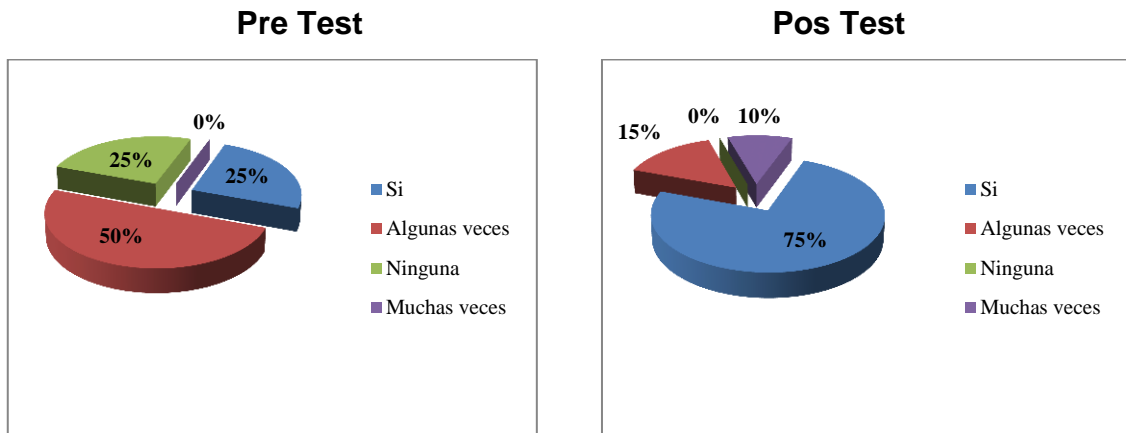
Sujeto	Estrategias
1	Tiempo fuera, refuerzo positivo, refuerzo negativo, autoinstrucción, técnica de la tortuga.
2	Extinción, tiempo fuera, refuerzo positivo, refuerzo negativo, autoinstrucción y control de ira.
3	Técnica de la tortuga, tiempo fuera, autoinstrucción y la extinción.
4	Técnica de la tortuga, control de ira, autoinstrucción, extinción y costo de respuesta.
5	Economía de fichas, técnica de la tortuga y costo de respuesta.
6	Técnica de la tortuga, alabanza y tiempo y fuera
7	Autoinstrucción y la técnica de la tortuga.
8	Técnica de la tortuga, costo de respuesta, autoevaluación, autoinstrucción, la alabanza y autoevaluación.
9	Tiempo y fuera, extinción, autocontrol, control de ira, técnica de la tortuga, refuerzo positivo y el negativo.
10	Costo de respuesta, reforzamiento positivo, reforzamiento negativa, técnica de la tortuga y control de ira.
11	Tiempo y fuera, técnica de la tortuga auto instrucción, reforzamiento positivo y negativo.

12	Refuerzo positivo, extinción, autoevaluación, contrato de contingencia, técnica de la tortuga y técnica control de ira.
13	Tiempo y fuera, refuerzo positivo, refuerzo negativo, extinción y técnica de la tortuga.
3	Tiempo y fuera y técnica de la tortuga.
14	Contrato de contingencia, tiempo y fuera, costo de respuesta extinción y juegos de atención.
15	Reglas, movimiento productivo, refuerzo positivo, extinción, auto instrucción y la técnica de la tortuga.
16	Técnica de la tortuga, técnica control de ira, auto instrucción, normas y reglas, juegos de atención, extinción, y tiempo fuera.
17	Estrategias cognitivas y conductuales.
18	Estrategias cognitivas-conductuales
20	Crear rutinas, estrategias de pensamiento analítico. Extinción refuerzo Positivo y la alabanza.

Hoy en día el reto del docente es tener el conocimiento de las dificultades de aprendizaje que se presenta en el aula, y tener una variedad de estrategias en la aplicación como dijimos anteriormente, una estrategia de intervención puede verse como un conjunto de acciones ya sea de planes o programas, que debería permitir la mejor distribución de los recursos y medios disponibles, a efectos de poder lograr aquellos objetivos deseados. Esta aplicación es un proceso de ayuda a las dificultades de aprendizaje que se presenta en aula y entre ellas esta los niños que no logran mantener sus movimientos, la atención y concentración. El cambio se ve en los profesores después de la aplicación del programa de intervención, los docentes tiene conocimiento sobre el TDA/H pero además tienen recursos para intervenir el TDA/H las cuales son las estrategias psicoeducativas.

**Pregunta: 22 ¿Desarrolla estrategias para mejorar la práctica docente con estos estudiantes?**

**GRÁFICO: 22**

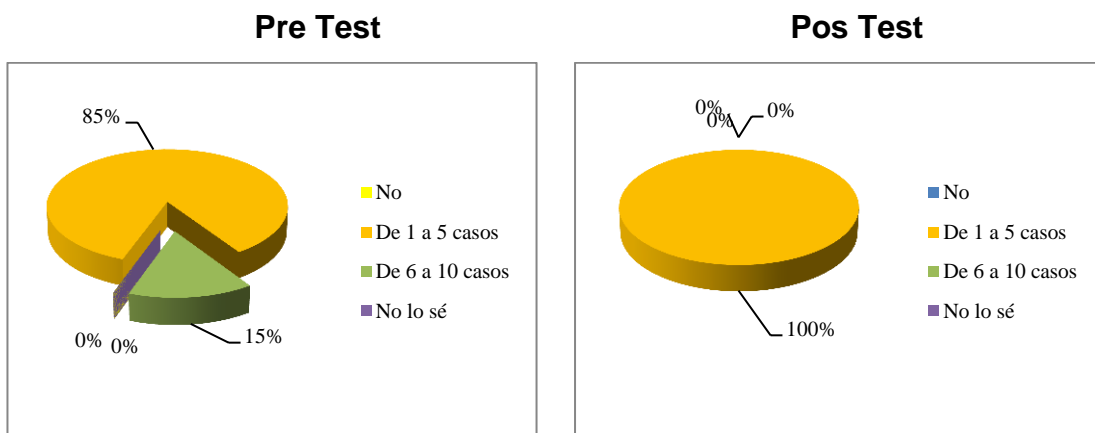


En el anterior grafico del **pre test** se describe de la siguiente manera: un 50% de los profesores “Algunas Veces” aplica estrategias de integración, unos 25% dicen que “Si” aplican estrategias de intervención y otros 25% mencionan “Ninguna” es decir que no aplican estrategias de integración de estudiantes y profesores.

En el **pos test** los resultados son los siguientes: un 75% “Si” aplica estrategias de integración, un 15% mencionaron que aplican “Algunas Veces” y un 10% de los profesores mencionan “Muchas Veces”.

**Pregunta: 23 A lo largo de su carrera profesional, ¿ha tenido contacto con algún niño (a) hiperactivo o posible niño (a) hiperactivo?**

**GRÁFICO: 23**



Con respecto si un docente tuvo contacto con un niño con indicadores de TDA/H en su carrera profesional, los resultados en el Pre Test es lo siguiente: un 85% tuvo contacto de 1 a 5 niños con TDA/H y un 15% de 6 a 10 años.

En cambio en el Pos test un 100% manifiesta tener contacto de 1 a 5 niños con indicadores del TDA/H.

Esta apreciación no se corrobora por los alcances y objetivos planteados a inicios de la investigación, pero, cabe recordar la prevalencia se estima que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad se sitúa en el 3 y el 5 % en los niños de edad escolar según el DSM-IV, esto supone uno o dos niños por aula.

## **5.2. ANÁLISIS MEDIANTE PRUEBAS ESTADÍSTICAS**

### **5.2.1. DATOS ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS**

Debido a que en estadística no trabajamos con individuos aislados sino con conjuntos de ellos, siempre es necesario resumir la información, para presentarla de manera accesible a la lectura y para extraer significado.

Entonces, la estadística descriptiva nos proveerá de una serie de procedimientos dirigidos a resumir, a sintetizar información, a volverla manejable para que podamos interpretarla y extraer conclusiones a partir del conjunto de datos que, de otra manera, serían ininteligibles (Bologna 2013, p. 13).

Razón que se realizó un análisis descriptivo de las medidas de tendencia centrales para una mejor comprensión sobre los datos de las pruebas aplicadas del pre test y pos test.

## Resultados descriptivos pre test

### Estadísticos

		CONOCIMI ENTO - PRE TEST	ESTRATEGIA - PRE TEST	ACTITUD - PRE TEST	TOTAL - PRE
N	Válidos	20	20	20	20
	Perdidos	0	0	0	0
Media		41,5000	16,5000	43,5000	106,0000
Mediana		45,0000	20,0000	40,0000	120,0000
Moda		10,00	20,00	40,00	140,00
Desv. típ.		28,52054	13,08877	13,48488	47,28414
Varianza		813,42105	171,31579	181,84211	2235,78947
Rango		80,00	40,00	50,00	130,00
Mínimo		,00	,00	20,00	40,00
Máximo		80,00	40,00	70,00	170,00
Percentiles	25	10,0000	2,5000	40,0000	52,5000
	50	45,0000	20,0000	40,0000	120,0000
	75	67,5000	27,5000	57,5000	140,0000

## Resultados descriptivos post test

### Estadísticos

		CONOCIMI ENTO - POST TEST	ESTRATEGIA - POST TEST	ACTITUD - POST TEST	TOTAL - POST
N	Válidos	20	20	20	20
	Perdidos	0	0	0	0
Media		89,0000	56,0000	63,5000	208,5000
Mediana		90,0000	60,0000	65,0000	210,0000
Moda		90,00	60,00	70,00	220,00
Desv. típ.		6,40723	5,02625	7,45160	11,36708
Varianza		41,05263	25,26316	55,52632	129,21053
Rango		20,00	10,00	20,00	30,00
Mínimo		80,00	50,00	50,00	190,00
Máximo		100,00	60,00	70,00	220,00
Percentiles	25	82,5000	50,0000	60,0000	200,0000
	50	90,0000	60,0000	65,0000	210,0000
	75	90,0000	60,0000	70,0000	220,0000

Como se ve en los anteriores cuadros los resultados mediante la prueba estadístico descriptivo en el pre test los resultados son inferiores a los resultados obtenidos después de la aplicación del programa “estrategias psicoeducativas para la atención



a niños y niñas con TDAH” de la prueba pos test. En los puntajes mínimos en el pre test se obtuvo un 40.00 y en el post test el puntaje más bajo fue de 190.00, lo cual se puede observar un cambio notorio con los puntajes obtenidos. Respecto a los puntajes máximos obtenidos en el pre test 170.00 y el puntaje máximo en el pos test es 220.00. Como análisis general de los datos estadísticos descriptivos se puede mencionar que existe una variabilidad con respecto al inicio del estudio que es el pre test y posteriormente después de la aplicación del programa que es el pos test.

### **5.2.2. PRUEBA T STUDENT**

La t student es una prueba estadística para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias en una variable. La prueba t se utiliza para comparar los resultados de una pre-prueba con los resultados de un pos-prueba en un contexto experimental. Se comparan las medias y las varianzas del grupo en dos momentos diferentes:  $X_1 - X_2$  o bien, para comparar las prepruebas o pospruebas de dos grupos que participan en un experimento o un programa de intervención (Hernández 2010, p. 320).

Cuando el valor t se calcula mediante un paquete estadístico computacional, la significancia se proporciona como parte de los resultados y ésta debe ser menor a 0.05 o 0.01, lo cual depende del nivel de confianza seleccionado (en SPSS se ofrece el resultado en dos versiones, según sea el caso, si se asumen o no varianzas iguales). Lo más importante es visualizar el valor  $t$  y su significancia.

### **5.2.3. NIVEL DE SIGNIFICANCIA**

Es un valor de certeza que el investigador fija *a priori*, respecto a no equivocarse. Cuando uno lee en un reporte de investigación que los resultados fueron significativos al nivel del 0.05 ( $p < 0.05$ ), indica lo que se comentó: que existe 5% de posibilidad de error al aceptar la hipótesis, correlación o valor obtenido al aplicar una prueba estadística; o 5% de riesgo de que se rechace una hipótesis nula cuando era

verdadera (Mertens, 2005; Babbie, 2009 en Hernández 2010, p. 309). Es aquí donde entra el nivel de significancia o nivel *alfa* ( $\alpha$ ), el cual es un nivel de la probabilidad de equivocarse y se fija antes de probar hipótesis inferenciales.

## 5.2.4. RESULTADOS Y ANÁLISIS DEL T DE STUDENT

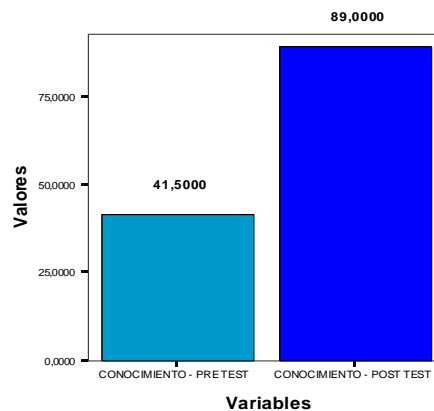
### Categoría conocimiento

Estadísticos de muestras relacionadas

	Media	N	Desviación t.p.	Error t.p. de la media
CONOCIMIENTO - PRE TEST	41,5000	20	28,52054	6,37739
CONOCIMIENTO - POST TEST	89,0000	20	6,40723	1,43270

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación t.p.	Error t.p. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
CONOCIMIENTO - PRE TEST CONOCIMIENTO - POST TEST	-47,5000	24,68219	5,51911	-59,0516	-35,9484	-8,606	19	,000



En la Prueba T, de la **dimensión conocimiento**, se obtuvo una media 41,5000 en los resultados del pre test y una media 89,000 en el post test, se puede apreciar que el sig. Bilateral es de 0,000 y como este resultado es menor del valor de 0.05, se dice que el cambio es significativo al nivel de 0.95 en la dimensión conocimiento de la

variable estrategias psicoeducativas. Esto determina que la aplicación del programa fue significativo en la categoría de conocimiento.

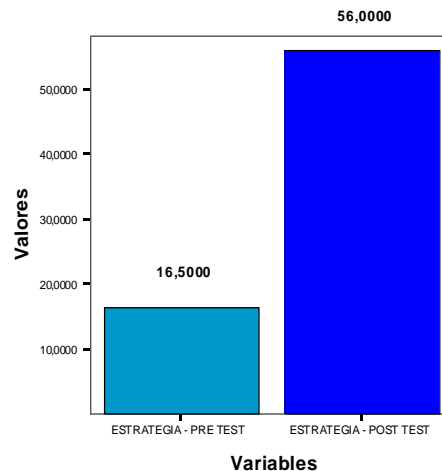
### Categoría estrategia

Estadísticos de muestras relacionadas

	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
ESTRATEGIA - PRE TEST	16,5000	20	13,08877	2,92674
ESTRATEGIA - POST TEST	56,0000	20	5,02625	1,12390

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
ESTRATEGIA - PRE TEST - ESTRATEGIA - POST TEST	-39,5000	14,68081	3,28273	-46,3708	-32,6292	-12,033	19	,000



En la Prueba T, de la **dimensión estrategia**, se obtuvo una media 16,5000 en los resultados del pre test y una media 56,000 en el post test, se puede apreciar que el sig. bilaterales de 0,000 y como este resultado es menor del valor de 0.05, se dice que el cambio es significativo al nivel de 0.95 en la dimensión estrategia de la variable estrategias psicoeducativas. El resultado es significativo después de la aplicación del programa.

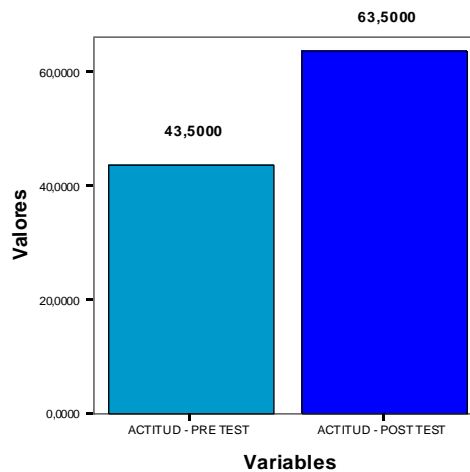
### Categoría actitud

**Estadísticos de muestras relacionadas**

	Media	N	Desviación tp.	Error tp. de la media
ACTITUD - PRE TEST	43,5000	20	13,48488	3,01531
ACTITUD - POST TEST	63,5000	20	7,45160	1,66623

**Prueba de muestras relacionadas**

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación tp.	Error tp. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
ACTITUD - PRE TEST - ACTITUD - POST TEST	-20,0000	12,97771	2,90191	-26,0738	-13,9262	-6,892	19	,000



En la Prueba T, de la **dimensión actitud**, se obtuvo una media 43,5000 en los resultados del pre test y una media 63,000 en el post test, se puede apreciar que el sig. Bilaterale es de 0,000 y como este resultado es menor del valor de 0.05, se dice que el cambio es significativo al nivel de 0.95 en la dimensión actitud de la variable estrategias psicoeducativas. El resultado es significativo después de la aplicación del programa.

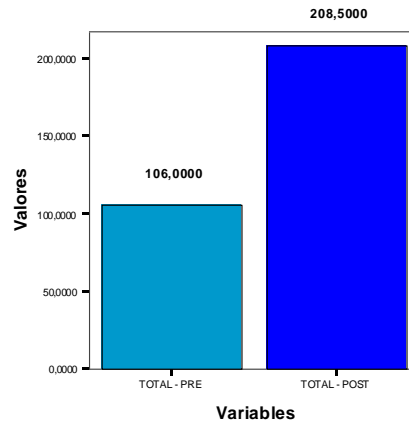
**Resultado general pre test y pos test (programa estrategias psicoeducativas)**

**Estadísticos de muestras relacionadas**

	Media	N	Desviación tp.	Error tp. de la media
TOTAL - PRE	106,0000	20	47,28414	10,57305
TOTAL - POST	208,5000	20	11,36708	2,54176

**Prueba de muestras relacionadas**

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error tít. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
TOTAL - PRE - TOTAL - POST	-102,5000	43,87482	9,81071	-123,0340	-81,9660	-10,448	19	,000



En la Prueba T, del resultado general de la aplicación programa estrategias psicoeducativas el resultado fue lo siguiente: se obtuvo en el pre test una media 106,0000 en los resultados y una media 208,5000 en el post test, de esta manera también se puede apreciar que el sig. Bilateral es de 0,000 y como este resultado es menor del valor de 0.05, se dice que el cambio es significativo al nivel de 0.95 en la aplicación del programa de la variable estrategias psicoeducativas. Como resultado, no rechazaremos la Hipótesis de investigación al contrario se afirmó la hipótesis y consideraremos que hay evidencia para considerar que los puntajes en el post test (cuestionario para docentes) son mayores luego de la capacitación del programa. Decimos que la aplicación del programa estrategias psicoeducativas ha tenido efectos significativos en la capacitación sobre el TDAH a los profesores, esto nos hace determinar que el programa fue beneficioso en la formación de los docentes.

## CAPITULO SEIS

# CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

## 6.1. CONCLUSIONES

Con el análisis exhaustivo que se realizó sobre el problema de estudio, los objetivos y la hipótesis planteados se puede concluir:

Indudablemente existe la falta de capacitación a los docentes sobre las necesidades educativas que presenta un niño en su proceso de enseñanza y aprendizaje, y con más notoriedad en el área rural, ya que los docentes no tienen accesibilidad a pasar cursos de capacitaciones en algunas instituciones, puede ser una de las causas para que un docente no se pueda actualizar o informarse de ciertos trastornos escolares que vive un estudiante, y a consecuencia de esto muchos casos de niños con algún trastorno escolar o problemas escolares no son atendidos que a posterior de su vida esto afecta en su desarrollo.

Según los objetivos planteados se llega a una conclusión de la siguiente manera:

En la investigación mediante los resultados, se puede evidenciar que los profesores presentan conocimiento limitado sobre el TDAH, si bien conocen el nombre pero no presentan un conocimiento amplio acerca de la información del TDAH (síntomas, diagnóstico y tratamiento), también desconocen estrategias de atención que puedan ayudar al profesor y al niño a atender los síntomas del TDAH, pero además, la actitud de los profesores no es predisponente en la atención de los niños que tiene indicadores de TDAH. En definitiva existe una clara relación entre los conocimientos del TDAH y la formación específica que los profesores han recibido; si los docentes no han tenido una formación específica sobre el tema, tampoco conocen cómo afrontar el trastorno.

Con la aplicación del programa “Estrategias psicoeducativas para la atención a niños y niñas con TDAH” se logró que los docentes se informen acerca del TDAH y tengan un cambio de actitud positiva en la atención a los niños con indicadores de TDAH.

Pero también permitió que los profesores opten por las distintas estrategias psicoeducativas de intervención, las estrategias les permite realizar adaptaciones ambientales y metodológicas aplicables a todo el grupo una vez estudiadas las posibilidades de los niños, el profesor ahorrará mucha energía y trabajo si diseña sus clases adaptándose a la necesidad y conducta del niño con indicadores de TDAH.

Como se mencionó anteriormente con la evaluación final (post test) se puede demostrar que existieron cambios positivos y favorables en la capacitación de los profesores.

En este sentido con el análisis estadístico, el planteamiento de hipótesis de investigación que se ha trazado a inicios se corrobora. Entonces que la aplicación del programa “Estrategias psicoeducativas para la atención a niños y niñas con TDAH” ha tenido un efecto significativo en la capacitación sobre el TDAH a los profesores, esto determina que el programa fue beneficioso en la formación de los docentes y por ende repercutirá a los niños y niñas con indicadores con TDAH y a sus padres.

El desarrollo del estudio en sus tres categorías conocimiento del TDAH, actitud frente a comportamientos de los niños con TDAH y el desarrollo de estrategias en aula, se logró cumplir con el propósito de lo planteado, mediante el programa el profesor se informó sobre estos tres accionares donde el profesor logro capacitarse sobre el TDAH y además de aprender estrategias psicoeducativas que le ayude en algún momento ejecutar, pero, sobre todo se logró desarrollar la actitud de interés y predisposición sobre la importancia de la atención a niños con TDAH.

Finalmente se puede concluir que la aplicación del programa “Estrategias psicoeducativas para la atención a niños y niñas con TDAH” ha permitido resolver de

manera positiva el problema que a inicios se ha planteado, la falta de conocimiento que tenían los profesores de las Unidades Educativas Ismael Montes y Vicenta Juarista Eguino de la Provincia Pacajes – Corocoro. Ahora ellos manifiestan tener las herramientas necesarias para intervenir con niños con indicadores de TDAH lograron informarse sobre el TDAH pero además conocen estrategias psicoeducativas sobre el TDAH, que les permitirá intervenir directamente, este cambio beneficiara de gran manera a los niños, y a los padres para controlar las conductas típicas del TDAH.

No se puede ignorar que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, es tan complejo que presenta tantas limitaciones, pero si se tiene la formación y el conocimiento de este trastorno no será tan difícil afrontar, este problema según los estudios y esta investigación en cada aula existe de 1 a 3 niños, reto que hace a cualquier docente que trabaja con niños estar preparado para intervenir en el momento de encontrarse con uno de ellos. Así también el TDAH está asociado a otros problemas de aprendizaje que a veces se hace tan complejo de intervenir, pero nada más lejos de la realidad. Si se es capaz de delimitar claramente en cada niño sus dificultades específicas, y disponemos de medios apropiados para implementar una intervención individualizada, no será, tan difícil el trabajo y estos niños responderán sorprendentemente con resultados positivos ya sea académicamente y en sus relaciones interpersonales.

## **6.2. RECOMENDACIONES**

La formación del docente para el trabajo con niños en etapa escolar es fundamental, por tal motivo se debe profundizar los conocimientos que tienen los profesores sobre las necesidades educativas y sobre todo del TDAH a través de seminarios, talleres o cursos con un enfoque multidisciplinario o multimodal (psicológico, psicopedagógico y médico) que puedan ser realizadas para todas las Unidades Educativas del Estado



Plurinacional en la formación o actualización al docente dar a conocer estrategias de aprendizaje e intervención, que le ayude afrontar a través de la detección e intervención:

El profesor al trabajar con niños y niñas se encontrara con una población que presentara dificultades de aprendizaje entre ellas el TDAH, el reto es sobrellevar estas problemáticas y llevar adelante el desarrollo educativo, por eso se recomienda que el docente brinde todas sus posibilidades para el trabajo con ellos, eh incluso brindar trabajo extra, actualizaciones continuas, así también tolerancia y sobre todo un sentido de comprensión en el trabajo con ellos. De tal manera se considera:

- Que este estudio de investigación sirva de precedente para que se realicen investigaciones sobre el tema en nuestro contexto boliviano.
- Realizar jornadas de actualización sobre las necesidades educativas y dificultades de aprendizaje por las autoridades educativas, buscando la participación conjunta de los profesores en las Unidades Educativas, a través de una organización en calendario.
- Las Escuelas Superiores de Formación de Maestros deben aumentar sus horas de clase o capacitaciones a los estudiantes (futuros maestros) poniendo énfasis en las diferentes dificultades de aprendizaje y en especial en el TDAH.
- El Gobierno Central u otra organización Gubernamental (alcaldías o gobernaciones) debería implementar programas de ayuda psicopedagógica y psicológica en todas las instituciones educativas especialmente en el área Rural a fin de que se trabaje con un equipo multidisciplinario encaminado al diagnóstico y recuperación del alumno y sus familiares.
- Mejorar el proceso de enseñanza aprendizaje con los estudiantes hiperactivos, ampliando la formación específica sobre el TDAH tanto en las carreras afines a la

educación como en los cursos de formación continua que se ofrecen a los maestros. Estos cursos podrían estar dirigidos a la identificación e intervención del TDAH en las escuelas.

- El programa “estrategias psicoeducativas para la atención del TDAH a niños y niñas” debe replicarse a los demás profesores como una alternativa para su aplicabilidad como un medio de solución ante las conductas del niño con TDAH. El profesor debe hacer la adaptación de las estrategias psicoeducativas de acuerdo a la conducta del niño o niña.

#### Maestros

- Participar de capacitaciones o cursos de actualización sobre la naturaleza del TDAH , estrategias de manejo de la sala de clase y estrategias de intervención.
- Adaptar los procedimientos instruccionales y el currículo de acuerdo a las posibilidades y necesidades de los estudiantes con indicadores de TDAH. además realizar modificaciones necesarias del salón de clase para una mejor organización y con estructura adecuada.
- Cuidar de no confundir la inquietud normal de un niño con el TDAH, y así evitar etiquetarlo como hiperactivo.
- Lograr y mantener una comunicación afectiva con los padres del estudiante para tener en un programa de acción familiar.

### **CUESTIONARIO PARA PROFESORES SOBRE EL TDAH**

Estimado Profesor (a) me permito pedirle por favor conteste las siguientes preguntas con relación a sus estudiantes. Sólo debe contestar una alternativa en cada caso. Subrayando la respuesta que considere que conteste la pregunta, subraye una sola opción.

#### **DATOS DE REFERENCIA:**

**Sexo:**

**Año de servicio:**

1. ¿Cuáles de las causas considera Usted principales por las cuales sus niños (as) presentan dificultades de aprendizaje?

- A. Deficiencia mental
- B. Falta de apoyo en la familia
- C. Ritmo de aprendizaje diferente
- D. Todos mencionados anteriormente
- E. Otro.....

...

2. ¿Cuánto conoce Usted sobre el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)?
  - A. Nada
  - B. Poco
  - C. Bastante
  - D. Mucho
3. ¿Dónde se informó Usted sobre el trastorno de déficit de atención con hiperactividad?
  - A. En sus estudios en el Instituto Normal Superior
  - B. En un seminario o un curso de especialización
  - C. En la escuela, con los colegas o padres
  - D. En la Universidad
  - E. No estoy informado.
4. ¿Cuál es la característica esencial del trastorno de déficit de atención con hiperactividad?
  - A. Es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad- impulsividad que es más frecuente en niños.
  - B. Es un conjunto de conductas negativas demostradas en su entorno educativo.
  - C. Son movimientos incontrolados, inmadurez, afecta su crecimiento, etc.
  - D. Ninguna de las anteriores mencionadas
5. El trastorno de déficit de atención con hiperactividad afecta en tres componentes principales.
  - A. Afecta el comportamiento, la atención-concentración y el aprendizaje del niño.
  - B. Afecta el comportamiento, la decisión de escoger y rechazar y el desarrollo sexual del niño.
  - C. Afecta su crecimiento, la atención y el aprendizaje del niño.
  - D. Afecta su conducta, su humor y su aprendizaje
6. El trastorno de déficit de atención con hiperactividad es más frecuente en:
  - A. El género masculino
  - B. El género femenino
  - C. En ambos géneros
  - D. Ninguno
7. El TDAH es un trastorno que se inicia:
  - A. En la edad adulta
  - B. En la adolescencia.
  - C. En la niñez temprana (5 a 12 años)
  - D. En la primera infancia (antes de los 5 años)
8. ¿Un personaje que desempeña un papel vital en la detección de los niños con el TDAH es...?

- A. El profesor (a)
  - B. Grupo de pares
  - C. El amigo(a)
  - D. El medico
9. Existen múltiples supuestas causas del trastorno. En la actualidad se sabe que éste trastorno se debe a:
- A. Factores Sociales.
  - B. Formación educativa inadecuada
  - C. Factores Neurobiológicos y Hereditarios
  - D. Ninguna de las anteriores mencionadas.
10. ¿Quiénes cree que deben intervenir en el tratamiento de los niños con este trastorno?
- A. Medico (Psiquiatra, Neurólogo, Pediatra u otro.)
  - B. Psicólogo y Psicopedagogo
  - C. Profesor y Padres
  - D. Todos
11. ¿Qué tipo de tratamiento es considerado más efectivo en el trabajo con personas con TDAH?
- A. Tratamiento farmacológico, psicológico y pedagógico en conjunto (multidisciplinario)
  - B. Tratamiento pedagógico exclusivamente
  - C. Tratamiento psicológico y farmacológico en conjunto
  - D. Tratamiento farmacológico exclusivamente (medico)
12. ¿Considera importante atender las diferencias individuales de aprendizaje que presenta el grupo de niños (as) que está a su cargo?
- A. Nada
  - B. Algunas veces
  - C. Bastantes veces
  - D. Muchas veces
13. Usted detecta a un niño (a) con rasgos del trastorno de déficit de atención con hiperactividad ¿por qué?
- A. Molesta a sus compañeros, se mueve mucho y se distrae fácilmente
  - B. Golpea a sus compañeros y al profesor.
  - C. Su rendimiento de aprendizaje es bajo
  - D. Falta de apoyo en la familia
14. ¿Cuándo el niño (a) con indicadores de trastorno de déficit de atención con hiperactividad no logra terminar su tarea Usted...? (subraye la actividad más frecuente que realiza)
- A. Lo ayuda
  - B. Le insiste para que lo termine
  - C. Lo hace quedar en el recreo
  - D. Escribe una nota para informar al padre de familia.
  - E. Otro.....
15. ¿Considera necesario realizar un diagnóstico del comportamiento que manifiestan sus estudiantes en el aula?
- A. Si
  - B. No

- C. Algunas veces
- D. Nunca.

¿Por ..... qué  
?.....

16. ¿Cuándo en su clase tiene niños (as) con indicadores del trastorno de déficit de atención con hiperactividad, Usted...?

- A. Informa al padre de familia
- B. Manda un informe a la dirección
- C. Interviene personalmente en su problema
- D. Ninguna porque no sabe qué hacer deja por ¿apercibido?

17. ¿En su trabajo utiliza actividades y estrategias didácticas que integren a todos los estudiantes en los diferentes temas avanzados?

- A. Si
- B. Algunas veces
- C. Siempre
- D. Nunca.

18. ¿Qué estrategias adopta Usted en el proceso de enseñanza- aprendizaje con estos niños (as) con TDAH (puede marcar más de una opción)

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| a) Les da más tareas                         | b) Pide apoyo a la familia del niño |
| c) Permite que se mueva con algún propósito. | d) Reduce el trabajo o tareas       |
| e) Le saca de su clase por que molesta.      | f) Utiliza incentivos               |
| g) Lo nombra como su ayudante                | h) Lo ignora                        |

Otro.....

19. ¿Según Usted, cómo evalúa el rendimiento escolar de los niños (as) con trastorno por déficit de atención con hiperactividad?

- A. Nada satisfactorio
- B. Poco satisfactorio
- C. Satisfactorio
- D. Excelente

20. ¿En qué áreas cree que estos niños (as) presentan mayor dificultad?

- A. Matemáticas
- B. Lectura / Escritura
- C. Ramas técnicas
- D. Incisos A y B
- E. Todas mencionadas anteriormente

21. ¿Conoce alguna estrategia de intervención para niños (as) que presentan conductas del trastorno de déficit de atención con hiperactividad?

- A. Si, uno o dos
- B. Algunas
- C. Ninguna
- D. Muchas

¿Cuáles? .....

22. ¿Desarrolla estrategias para mejorar la práctica docente con estos estudiantes?
- A. Si
  - B. Algunas veces
  - C. Ninguna
  - D. Muchas veces.
- ¿Cuáles? .....
23. A lo largo de su carrera profesional, ¿ha tenido contacto con algún niño (a) hiperactivo o posible niño (a) hiperactivo?
- A. No
  - B. De 1-5 casos
  - C. De 6-10 casos
  - E. No lo sé

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Americana de Psiquiatría (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*. Barcelona, España: Masson, S.A.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. España: Medica Panamericana.
- Barkley, R. A. (1999). *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales*, Barcelona: Paidós.
- Beltran, V. Yolima (2008) *Evaluación del impacto de un programa de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad*. Proyecto trabajo de grado para optar título de Psicología. Universidad Bolivariana, Colombia, Bucaramanga.
- Blanco, Rosa G. *Hacia una escuela para todos y con todos*. OREAL UNESCO Santiago.
- Bologna Eduardo, (2013). *Estadística para psicología y educación*. - 3a ed. - Argentina-Córdoba: Brujas
- Burgos, Marín Rafael y Otros, (2009). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, Guía para padres y educadores*. Barcelona: Glosa, S.L.
- Canda M., Fernando y Otros. (2000). *Diccionario de Pedagogía y Psicología*. Madrid-España: Cultural, S.A.

- Castillo Ulloa, Luz M. (2006). *Rol del docente en el rendimiento académico de niños con TDA/H. Tesis para optar el título de licenciada en Ciencias de la Educación*. UMSA, La Paz – Bolivia.
- Delors, Jacques (1996). *La educación encierra un tesoro*. Informe de la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI. Paris: UNESCO.
- Euromexico (2001), problemas de aprendizaje, Ediciones Euromexico, S.A. de CV España.
- Estado Plurinacional De Bolivia, (2010). *Ley de Educación “Avelino Siñani – Elizardo Perez” Nro 070* Ministerio de Educación. Bolivia
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). *Evaluación psicológica. Concepto, métodos y estudios de casos* (2ª ed.). Madrid: Pirámide.
- Fundación Catabria, ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (2009) *TDA/H en el aula: Guía para docentes*. Edita: Fundación CDAH.
- Galicia, C. O. R. (2015). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Edit. El manual Moderno.
- Galimberti, Umberto (2002). *Diccionario de Psicología*. Primera edición en español: editores, S.A. de C.V. México.
- Gargallo, L., Bernardo. (2005). *Niños hiperactivos (TDA-H): Causas, Identificación y Tratamiento. Una guía para educadores*. España: CEAC Educación.
- Gonzales, A. Edder (2006). *Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en el salón de clases*. Tesis inédita de Doctorado en Psicología Básica, Universidad Complutense de Madrid.
- Guidugli, Susana, (2000). *Adaptaciones curriculares para niños y niñas con NEE*, La Paz: Reforma Educativa Boliviana.
- Pliszka, S.; AACAP, Grupo de trabajo de la GPC sobre el TDAH en niños y adolescentes del SNS y Fundación Sant Joan de Déu (2010). *Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/18* (disponible en: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/gpc-sns>).
- Hernández S., Roberto, U otros. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ta. ed.). México: McGraw-Hill interamericana.

- Herreros, O., Rubio, B., Sánchez, F. y Gracia, R. (2002). *Etiología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. Rev. Psiquiatría. Infanto-Juvenil.*
- Jiménez Gonzales, Juan E. (1999). *Psicología de las Dificultades de Aprendizaje: Una disciplina científica emergente*, España: Síntesis, S.A.
- López, S. C. (2005). *Ponencia. Tratamiento de los Trastornos del Comportamiento Perturbador: TDA/H.* Servicio Murciano de Salud.
- López, S. C., y Romero, A. M. (2014). *TDA/H y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia Clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento.* Madrid: Pirámide.
- Macia, Antón Diego (2012). *TDA/H en la infancia y la adolescencia Concepto, evaluación y tratamiento.* Madrid: Pirámide.
- Marca Cussi Guido Hernan, (2015) *Estrategias de aprendizaje en la atención del docente a niños y niñas que presentan indicadores de trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH).* Tesis para optar el título de licenciado en Ciencias de la Educación. UPEA, El Alto – Bolivia.
- Marsellach, G. (2005). La hiperactividad en los niños. Recuperado el 22 de julio de 2016 en <http://www.psicoadactiva.com>.
- Mena, B. Nicolau R. Salat, L. Tort P y Romero B. (2006). *El alumno con TDA/H. Guía práctica para educadores.* Barcelona -Madrid: Mayo S.A.
- Ministerio de Educación de Bolivia, (2012). *Currículo Base del Sistema Educativo Plurinacional.* La Paz-Bolivia.
- Ministerio de Educación de Bolivia, (2013). *Unidad de Formación No.1. "Modelo Educativo Sociocomunitario Productivo".* Cuadernos de Formación Continua. Equipo PROFOCOM. La Paz, Bolivia.
- Ministerio de Educación (2014). *La Nueva Educación en Bolivia "El Modelo Educativo Sociocomunitario Productivo".* Cuadernos para la Socialización del MESCP. Equipo PROFOCOM. La Paz: Bolivia.
- Ministerio De Sanidad Política Social E Igualdad (2010) *Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA/H) en Niños y Adolescentes.* Cataluña: Ministerio de Ciencia e Innovación.



- Miranda, A., Amado, I., Jarque, S. (2001) *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Una guía práctica*. Málaga: Aljibe.
- Morrison, James (2014). *DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico*. edit. Manual Moderno: Colombia.
- Moreno, García, I. (1999). *Hiperactividad. Prevención, evaluación y tratamiento en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Narvarte, Mariana E. (2008). *Soluciones Pedagógicas: para el TDA/H*, España: Talleres Gráficos Peñalara S.A.
- Olortegui, Miranda Felipe. *Diccionario de Psicología*, Lima – Perú: San Marcos
- Orjales, Villar Isabel. (1999). *Déficit de atención con hiperactividad*. España: CEPE.
- Orjales, Villar Isabel (2012). *TDA/H Elegir colegio, afrontar los deberes y prevenir el fracaso escolar*. Madrid: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.)
- Paniagua, G. Maria Nela R. (2007) *Integración Escolar*. La Paz – Bolivia: SEMAD.
- Quinlan, D. M. (2003). *Evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad y de los trastornos comórbidos*. (pp. 455-507). Barcelona: Masson.
- Real, Tomas u Otros (2004). *Estrategias para el aprendizaje del educando*”. Perú: San Marcos.
- Safer, D. J. y Allen, R. (1976). *Niños hiperactivos: diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Santillana.
- Santrock, John W. (2003), *Psicología del desarrollo en la infancia*. 7ma edición MCGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S. A. U.: Impreso en Colombia
- Sarmiento, Víctor H. (2006). *La Investigación Científica en Educación*. El Alto.
- Soutullo E. César, y Diez S. Azucena (2007). *Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDA/H*. Madrid: Médica Panamericana, S.A.
- Tintaya, C. Porfirio. (2008). *Proyecto de Investigación*. La Paz: Instituto de Estudios bolivianos.
- Wechsler, D. (1987). *Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised. The Psychological Corporation*, Nueva York (trad. cast.: *Escala de Inteligencia Wechsler para Niños-Revisada*. WISC-R. Madrid: TEA Ediciones, 1997).

Weiss, G. y Hechtman, L. T. (1993). Niños hiperactivos. New York: The Guilford Press.

Woolfolk, Anita, (2010). *Psicología Educativa*. México: Pearson Educación.

Young Susan y Bramhan Jessica, (2009). *TDA/H en adultos. Una guía psicológica para la práctica*. Mexico: El Manual Moderno S.A. de C.V.

Zuluaga Valencia, J. B. (2009). *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 (TDA/H)*. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41 (3), 481-496.

<http://ciudaddecorocoro.blogspot.com/2012/07/la-ciudad-de-corocoro.html>

[https://es.wikipedia.org/wiki/Coro\\_Coro](https://es.wikipedia.org/wiki/Coro_Coro)

**ANEXOS**

**ANEXO 1**

**PRUEBA PILOTO**

**ANEXO 2**

**UNIDADES EDUCATIVAS ISMAEL MONTES  
Y VICENTA JUARISTA EGUINO  
ACTIVIDADES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA**

**ANEXO 3**

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**ANEXO 4**

**COMUNICADO PARA SOLICITAR AUTORIZACIÓN PARA  
REALIZAR EL ESTUDIO**

**ANEXO 5**

**PROGRAMA  
ESTRATEGIAS PSICOEDUCATIVAS PARA LA ATENCIÓN A  
NIÑOS Y NIÑAS CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE  
ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD**



