

Máster de Educación Especial

Necesidades formativas del profesorado para la atención del alumnado con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)



Indira Maritza García Beltré

PRE-PROYECTO DE TESIS DOCTORAL

Tutor: Rafael Pulido Moyano

Facultad de Ciencias de la Educación.

Universidad de Almería.

Junio del 2013

ÍNDICE TEMÁTICO

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	6
2.1. EDUCACIÓN ESPECIAL.....	6
2.2. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.....	11
2.3. CONTEXTO DE LA REPÚBLICA DOMINICANA.....	28
3. OBJETIVOS DE ESTA INVESTIGACIÓN.....	33
4. METODOLOGÍA.....	33
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42

1. INTRODUCCIÓN

A través de a las prácticas realizadas en el Máster de Educación Especial en la ciudad de Almería, me pude percatar, por medio de tres casos, de cómo habían sido diagnósticos los alumnos con trastornos. Los que en ocasiones, no son los que ellos tienen, ya sea por desconocimiento y confusión en el comportamiento que suelen tener los/as niños/as en el contexto familiar, escolar y social o porque los padres no quieren aceptar la realidad que éstos padecen, por temor al rechazo en la sociedad o por la discriminación que se ve a diario en los centros educativos, por los demás compañeros de clase y hasta del personal docente. Dicha negación es una de las razones que no permite, muchas veces, que se pueda ofrecer una educación propia para el colectivo con NEAE, ya que, cuando llega a la escuela un/a alumno/a con un diagnóstico de afuera, es poco lo que los docentes pueden hacer. A menudo, los padres no aceptan la realidad que los docentes ven en la escuela, que a veces difiere al diagnóstico con el que ellos llegan, lo cual nos hace plantearnos varias interrogantes: ¿Nuestro trabajo como docentes es el adecuado frente a situaciones donde el alumnado tiene conductas causadas por desmotivación y no por un trastorno? ¿Sabemos diferenciar cuándo es un trastorno o falta de motivación que tiene el alumno/a en el salón de clases? ¿Qué conocemos acerca de los trastornos que tenemos dentro y fuera del aula?

Esta es una de las razones por la cual elegí el tema: Necesidades Formativas del Profesorado para la Atención del Alumnado con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, debido a que en ocasiones suele confundirse este trastorno, porque los/as niños/as suelen experimentar cambios en su estado de ánimo, los que se reflejan en su mayoría en el colegio, por situaciones como: problemas familiares, cambios propios de la pubertad, falta de estímulo o de motivación en clases, desconocimiento de los docentes respecto a características y/o síntomas de un trastorno, lo que no les permite diferenciar entre un trastorno y las conductas propias de su edad, entre otros. Por lo tanto, es de suma importancia que los docentes revisemos las formas de enseñanza que pueden ser adecuadas a las características personales de los/as alumnos/as, en nuestro caso específico, el alumnado con TDAH.

De manera particular me interesa el mismo, porque a medida que pasa el tiempo, veo como están siendo diagnosticados más y cada más niños con Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad, sin medir consecuencias, ya que estos/as

niños/as deben ser medicados, y por lo tanto, están dejando de hacer cosas propias de su edad, pero no porque realmente tengan TDAH, sino porque en ocasiones los padres prefieren este diagnóstico, cuando se trata de otro trastorno que su hijo/a tiene, que dentro de los trastornos, este es uno de los menos discriminados y etiquetados por el entorno familiar, social y escolar. Entonces me pregunto: ¿Será una moda, a la que, como docentes, le estamos abriendo las puertas para que siga aumentando? Esta interrogante me la hago, porque a diario en mi país escucho la etiqueta “niño diagnosticado con TDAH”, lo que es alarmante, aunque, si bien es cierto que existe este trastorno, pero, ¿Hasta qué punto están siendo estos resultados reales? Porque puede haber equivocaciones en el mismo, entonces como docentes, al no conocer debidamente este trastorno, no estamos contribuyendo a la mejora del rendimiento y comportamiento de nuestro alumnado.

Para que un/a niño/a con este trastorno mejore, en cuanto a lo académico y conducta se refiere, no suele bastar con el tratamiento médico que se les indica, ni las terapias con el psicólogo, también es necesario el apoyo familiar y el de los profesionales de la educación de dicho centro educativo a donde estos niños asistan, por eso es de suma importancia hacer hincapié a los docentes en los aspectos y características de los Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador, dentro de los cuales se encuentra el TDAH.

No solo por el rendimiento escolar, la conducta y socialización de este colectivo dentro y fuera del centro educativo, es importante llevar a cabo una investigación acerca de este tema. También lo es porque nos puede permitir contribuir a la mejora de la educación, aportando así nuevas ideas, temáticas y conocimientos para los docentes que ya están en el área y para que los profesores en las universidades lo faciliten y expliquen a los estudiantes de magisterio, así cuando estos lleguen a las aulas puedan brindar una atención educativa de calidad para el alumnado.

El TDAH es un tema que está en pleno proceso de investigación, por lo tanto, no podemos ser indiferentes a lo que vemos a diario en nuestras aulas, debemos aportar nuevas ideas, técnicas y metodologías para servir, formar, educar y trabajar con este colectivo, y de esa manera, contribuir a la inclusión e integración de estos niños, ya que pueden ser propensos a enfermedades adictivas y con mayor tendencia a comportamientos antisociales en el futuro. Podemos evitar con una buena educación

escolar que las conductas antes mencionadas estén presentes a lo largo de su vida. En dicha formación debe estar presente la calidad, conocimiento apropiado y cualidad del docente, para que no aumente la desatención y falta de concentración o los impulsos en estos niños, en dicho trabajo deberán estar integrados los padres, tutores, personal docente del centro educativo y su entorno.

“El TDAH no es un problema, es una oportunidad”.

María Ángeles Martínez Martín y Henar Conde Arce (2009).

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1 Educación Especial

En este apartado haremos un recorrido por el marco conceptual de la educación especial, el cual ha tenido transformaciones en el pasar de los años, dándole así a la sociedad una innovación educativa dirigida a aquellos que anteriormente estaban olvidados, y eran hasta cierto punto marginados.

La educación especial data desde finales del siglo XVIII, época en la que aparecen los primeros centros especiales para “subnormales”. Éste fue el inicio de lo que hoy conocemos como respuestas educativas hacia las necesidades especiales de aquellos que tenían deficiencias, la cual se llevó a cabo por medio a la iglesia, a la caridad, entre otros. Contrario a lo que se vivía en la edad antigua, donde estuvo presente la ignorancia, el pesimismo, actitud negativa y de rechazo a aquellos que tenían alguna deficiencia mental y/o física, siendo así estos víctimas de infanticidio cuando se observaban esas anomalías en ellos (Sánchez Palomino y Torres González, 2002, p. 23-24).

Los avances que tuvo la educación especial en esa época se deben al trabajo que realizaron algunos investigadores, entre ellos el realizado por Pinel en 1798 con el “niño salvaje de Aveyron”. Luego, la labor entre el educador Seguín y el psiquiatra Esquirol, constituyen el primer equipo médico-pedagógico. Y ya para el 1837, Seguín funda la primera escuela dedicada especialmente a la educación de los débiles mentales. William Little cirujano inglés en 1853 elaboró la primera descripción de lo que hoy se conoce como parálisis cerebral, y el inglés Langdown Down propuso la denominación de “mongolismo” a lo que hoy conocemos con síndrome de Down, para pacientes que suponía afectados de “degeneración racial” (citado en Sánchez Palomino y Torres González, 2002, p.24).

En el 1898 Claparède inicia clases para niños retrasados, y en el 1904, junto con el neurólogo François Naville, le dan apertura a la primera consulta médica-pedagógica destinada a establecer, por medio al diagnóstico, los criterios para la selección y clasificación de alumnos dirigidos a las clases especiales que ya fueron incorporados a la enseñanza pública (citado en Sánchez Palomino y Torres

González, 2002, p.24), mientras que Binet y Simón en el 1905 publican la primera escala de inteligencia, dando origen al desarrollo de la moderna psicología.

En 1785 España se crea el Instituto de Sordomudos por Fray Pedro Ponce de León, pero no es hasta el 1920 cuando el Estado establece el Patronato Nacional de Sordomudos, Ciegos y Anormales Mentales. Diez años después se crea la Escuela Nacional de Anormales, por el Ministerio de Instrucción Pública, y al año siguiente, el Ministerio de la Gobernación legisla y potencia la atención a los enfermos mentales en las casa de salud (citado Sánchez Palomino y Torres González, 2002, p.25).

En España, la Ley de Enseñanza Primaria por el Estado en 1945 establece la creación de escuelas destinadas a la educación especial, en las que se atenderán a niños con deficiencias e inadaptaciones de tipo social, psíquico y físico. Por medio a la creación del Patronato Nacional de Educación para la Infancia Anormal, y ya en 1953 se da el primer intento de coordinación, delimitación y clasificación de los deficientes, la cual, luego de dos años paso a llamarse Patronato Nacional de Educación Especial, dicho Patronato dicta normas para la creación del censo de deficientes psíquicos y físicos en edad escolar (Sánchez Palomino y Torres González, 2002, p.26).

En 1970 la Ley General de Educación dice que la educación especial tendrá como objetivo preparar, a todos los deficientes e inadaptados para una incorporación a la vida social, por medio al tratamiento educativo adecuado. Cuando esta refiere a la integración, se trata de que la educación se llevara a cabo en centros especiales cuando la profundidad de las anomalías lo haga necesario, y cuando existan leves deficiencias, en unidades de educación especial en centros ordinarios. La Ley General de Educación y Financiación de la Reforma Educativa, planteaba por primera vez la necesidad de atender a los alumnos con necesidades especiales, aunque, consideraba a la educación especial como un sistema aparte al ordinario, el que respondía al modelo de educación especial segregada, al que acudían el tipo de alumnos “deficientes e inadaptados” (Sánchez Palomino y Torres González, 2002, p.26-27).

Después de cinco años de haber promulgado la Ley General de Educación, hubo un gran avance en la educación especial, con el fin de perfeccionarla y

extenderla, se crea el Instituto Nacional de Educación Especial, como organismo autónomo del Ministerio de Educación y de Ciencia. En el 76 se crea el Real Patronato de Educación Especial, el que luego paso a llamarse Real Patronato Educación y Atención a Deficientes. Este organismo elaboró el Plan Nacional de Educación Especial en 1978, cual, estableció los criterios para la ordenación de la educación especial, los cuales, lograron su categoría normativa en 1982 con la promulgación de la Ley de Integración Social de los Minusválidos, dicha ley, buscaba la integración de las personas discapacitadas en el sistema ordinario (Sánchez Palomino y Torres González, 2002, p.26-30).

A partir de esta normativa, se crea el Real Decreto 334/1985, de ordenación de la educación especial, este define a la educación especial como una parte integrante del sistema educativo y la concreta como el conjunto de apoyos y adaptaciones para que este alumnado pueda hacer realmente efectivo su derecho a la educación especial, la que precisa, como parte integrante del sistema educativo y la concreta como el conjunto de apoyos y adaptaciones para que este alumnado haga efectivo su derecho a la educación. Luego, el 3 de octubre en 1990 se crea Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE), esta sustituye el término educación especial, por el de necesidades educativas especiales, diciéndonos que un alumno o alumna que las presentan, no solo necesita el apoyo habitual que su maestro o maestra desarrolla con la mayoría de los alumnos del grupo y que, por tal razón tiene que revisar su acción educativa y adecuarla a las necesidades particulares del estudiante en cuestión (MEC, 1994, citado en Sánchez Palomino y Torres González, 2002, p. 30-32).

El real decreto 696/1995, de 28 de abril de ordenación de la escuela de los alumnos con necesidades educativas especiales, de forma explícita afirma que: “no todas las necesidades educativas especiales son de la misma naturaleza, tienen un mismo origen o requieren, para ser atendidas, actuaciones y medios similares. Una forma de intervención educativa en la educación especial, son las adaptaciones curriculares, ya que por medio a estas se adecua o adapta la enseñanza a los niños, atendiendo a las diferencias individuales, a sus necesidades y peculiaridades. Así lo entiende el R/D 696/1995 de 28 de abril, que dicta: “Los profesores que atienden a los alumnos con necesidades educativas especiales realizarán, con el asesoramiento y apoyo de los equipos de orientación educativa y

psicopedagógica o de los departamentos de orientación, según los casos, las adaptaciones curriculares pertinente para ayudar a estos a los alumnos a progresar en el logro de los objetivos educativos” (González, 1995, p.27).

La Ley Orgánica de Calidad de Educación (LOGCE, 2002), cambió los conceptos, respecto a las necesidades educativas especiales, tratándose ahora de Alumnos con Necesidades Educativas Específicas, incluyendo en esta categoría a los alumnos con necesidades educativas especiales. Mientras que la Ley Orgánica de Educación (LOE, 2006), define al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo, “aquel que requiere, por un período de su escolarización a lo largo de toda ella, determinados apoyos o atenciones educativas específicas derivadas de discapacidad o trastornos grave de conducta” (citado en Seijo y otros, 1998, p. 102-103).

Otra definición de educación especial, nos dice que ésta es un continuo de prestación que va de la ayuda temporal hasta la adaptación permanente o a largo plazo del currículo ordinario (Informe Warnock 1978, citado en Sánchez Palomino y Torres González, 2009, p.38).

Según Brennan (1988) desde el Informe Warnock los conceptos de necesidades educativas especiales y educación especial se establecen, y estas surgen cuando una deficiencia afecta al aprendizaje de manera que hace necesarios algunos o todos los accesos especiales al currículo, especial o modificado, o a unas condiciones de aprendizaje especialmente adaptadas para que el alumno sea educado adecuada y eficazmente (citado en Sánchez Palomino y Torres González, 2009, p.39).

La atención educativa prestada a los niños y adolescentes que presentan algún tipo de minusvalías físicas, psíquicas, sensorial o inadaptación social, cultural y escolar, que no les permite seguir el ritmo normal de enseñanza-aprendizaje, es por lo que se conoce a la educación de alumnos con necesidades educativas especiales. Por medio a dichas atenciones, se pretende conseguir el máximo desarrollo de las posibilidades y capacidades de estos alumnos, siempre respetando las diferencias individuales que presentan en su desarrollo (González, 1995, p. 17-18).

Las necesidades educativas especiales derivan de varias causas, ya sean biológicas, psicológicas como sociológicas, la diferencia se encuentra en las definiciones, ya que hay quienes ponen más énfasis en unas causas que en otras, entre estas tenemos: de origen biológico, cuando las conductas son adaptadas o diferentes/deficientes, de origen psicoeducativo, cuando hay alteraciones en los procesos internos y de enseñanza-aprendizaje del individuo, y las causas de origen sociológico: cultural, nivel económico, entre otros (González, 1995,p. 22).

El Objetivo de las atenciones educativas especiales es proporcionar, a los alumnos que lo necesiten, una educación integral que les facilite una mejor calidad de vida en todos los ámbitos posible (González, 1995, p.18).

La educación especial, en cuanto educación, es un proceso instruccional que posee como elemento importante del mismo la intencionalidad. Esta debe dirigir la mirada no hacia los problemas del niño, sino hacia lo que está bajo el control de los educadores. El carácter intencional de la actividad educativa con el niño, comienza en las actividades en las que el adulto se implica, ya sea de relación entre ambos o de relación con los objetos. Por lo tanto, para que exista un buen desarrollo integral en el niño, el profesor necesita organizar actividades y experiencias que favorezcan el aprendizaje, ya que la comunicación con el/la alumno/a, es uno de los mejores “instrumentos” en el proceso enseñanza-aprendizaje con los que cuenta el maestro (Cuadrado y otros, 1998, p.27).

Por tal razón, es importante hacer hincapié en la necesidad de que los educadores se esfuercen en preparar situaciones y actividades que permitan al alumnado tomar conciencia de que sus esfuerzos son útiles y valiosos para conseguir unos objetivos concretos (Cuadrado y otros, 1998, p.28).

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y la Cultura (UNESCO) ha sido un gran aporte para la educación desde hace más de 60 años, cuando los países que la fundaron suscribieron una constitución en la que afirmaron estar “persuadidos de la necesidad de asegurar el pleno e igual acceso a la educación (citado en Seijo y otros, 2008, p: 10)

Dichas aportaciones siguieron en el 1990 cuando se puso en marcha el movimiento Educación Para Todos, iniciativa dada por medio a la Conferencia

Mundial de Educación para Todos celebrada en Jomtien (Tailandia), para luego así, en 1994 en la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales, celebrada en Salamanca, en esta se le da un gran impulso a la educación integradora, siendo sus recomendaciones el principio de la integración, donde “las escuelas deben acoger a todos los niños, independientemente de sus condiciones físicas, intelectuales, sociales, emocionales, lingüísticas u otras. Deben acoger a niños discapacitados y niños bien dotados, a niños que viven en la calle y que trabajan, niños de poblaciones remotas o nómadas, niños de minorías lingüísticas, étnicas o culturales y niños de otros grupos o zonas desfavorecidos o marginados.” (Unesco, 1994, Marco de Acción sobre Necesidades Educativas Especiales, citado en Seijo y otros, 2008, p: 17).

Ya en el año 2000 en Dakar, Senegal, volvieron a reunirse para aprobar una nueva estrategia de educación básica, (Seijo y otros, 2008, p. 10-15) donde fijaron seis objetivos fundamentales con el propósito de llegar a satisfacer las necesidades de aprendizaje de todos los niños, jóvenes y adultos a más tarde en el 2015, estos son:

- Ampliar la protección y educación integral de la primera infancia.
- Dar a todos enseñanza primaria gratuita y obligatoria.
- Fomentar el acceso de jóvenes y adultos al aprendizaje adecuado y a programas de preparación para la vida activa.
- Aumentar en un 50% el número de adultos alfabetizados.
- Suprimir las disparidades entre los sexos en la enseñanza de aquí al año 2005 y lograr antes de 2015 la igualdad de género en relación con la educación.
- Mejorar la calidad de la educación.

2.2 Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

La historia del Síndrome por Déficit de Atención con Hiperactividad, como también es conocido el TDHA, data en la segunda mitad del siglo XIX, con informaciones sobre niños hiperactivos, pero fue el médico inglés Still quien en el

año 1902 describió sistemáticamente las características de la hipercinesia, asociándola a “fallos en el control moral”, que no obedecían a deficiencias intelectuales. En los años siguientes, distintos autores encontraron en niños que habían sufrido un daño cerebral síntomas similares a los descritos por Still, lo que propició que se atribuyera la hiperactividad a una alteración neurológica. Siguiendo la misma línea, Strauss y Lethinen (1947, citado en Miranda y otros 199, p.13) consideraron que el trastorno hiperkinético era el resultado de una lesión exógena determinada por algún factor ajeno a la dotación genética del individuo. Otros síntomas fundamentales que incluían eran: impulsividad, labilidad emocional, perseveración, inatención y dificultades perceptivas.

Dentro de las descripciones más sistemáticas del síndrome, una de estas la llevaron a cabo conjuntamente el psiquiatra infantil Laufer y el neuropediatra Denhoff (citado en Miranda y otros, 1999, p.13), quienes consideraron este trastorno como un síndrome médico provocado por un defecto en las estructuras subcorticales del tálamo, que ejercen una función homeostática y mantienen conexiones con el sistema límbico que regula la expresión emocional.

En la década de los 60 se sustituyó el término de hipercinesia por el de disfunción cerebral mínima. Algunos investigadores, especialmente psicólogos y pedagogos, calificaron la hiperactividad como un trastorno del comportamiento, describían al niño hiperactivo como aquél que manifestaba una constante e involuntaria actividad motora, significativamente superior a la normal en comparación a los niños de edad, sexo y estatus socioeconómico y cultural similares (Miranda y otros, 1999, p.14).

Ya en los años 70, Virginia Douglas argumentó que la deficiencia básica de los niños hiperactivos no era su excesivo grado de actividad, sino su impulsividad y su incapacidad para mantener la atención. Esta interpretación tuvo sus criterios (Douglas 1972, citado en Miranda y otros, 1999), estos fueron: que los niños fueran remitidos a clínicas de salud mental a causa de su inquietud motora, escasa atención, incapacidad para permanecer sentados y dificultades para controlar sus impulsos. Estos problemas debían estar presentes desde la primera infancia y no ser un resultado o consecuencia de hogares caóticos, sin organización, dichas

manifestaciones de estas conductas tenían que estar presentes tanto en el hogar como en la escuela (Miranda y otros, 1999, p.14).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría, definía al TDAH, en 1980, como un síndrome conductual heterogéneo, caracterizado por dos subtipos de síntomas: una intensa actividad motora con impulsividad (hiperactividad) y déficit de atención, al que se les atribuía: errores por descuido, no escuchar, no terminar las tareas, no seguir instrucciones, tener dificultades para concentrarse y distraerse fácilmente, mientras que aquellos que tienen hiperactividad e impulsividad se muestran inquietos y ansiosos, hablan en exceso, se mueven constantemente, actúan sin pensar e interrumpen a los demás. Los síntomas deben ir asociados a un grado moderado de desajuste psicológico, social o educativo, y prolongarse durante, al menos, seis meses (Freire, 2012, p.53).

El TDAH es un trastorno que no tiene una sola causa (DSM-IV-TR, 2002, p.97). Este trastorno consiste en un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, síntomas que pueden aparecer en el niño antes de los 7 años de edad, siendo prevalente más en niños que en niñas.

Estas deficiencias de atención pueden manifestarse en situaciones académicas, laborales o sociales. Los sujetos con este tipo de trastorno pueden no prestar atención suficiente a detalles o cometer errores por descuido en las tareas escolares o en otros trabajos. También los individuos diagnosticados con el mismo, pueden iniciar una tarea, pasar a otra, entonces dedicarse a una tercera, sin llegar a completar ninguna de ellas (DSM-IV-TR, 2002, p.97).

La hiperactividad puede manifestarse por estar inquietos o estar retorciéndose, por un exceso de correr o saltar en situaciones que resulta ser inadecuado hacerlo, experimentando dificultades para el juego o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio o hablando excesivamente (DSM-IV-TR, 2002, p.98).

Mientras que la impulsividad se manifiesta por impaciencia, dificultad para aplazar respuestas, dar respuestas precipitadas antes de que las preguntas hayan sido completadas (DSM-IV-TR, 2002, p.98), dificultad para esperar un turno e

interrumpir o interferir frecuentemente a otros hasta el punto de provocar problemas en situaciones sociales, académicas o laborales.

Existen tres subtipos de este trastorno, los cuales deben indicarse en función del patrón sintomático predominante durante los últimos seis meses, estos son:

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo. (DSM-IV-TR, 2002, p.99).

Para abordar los criterios diagnósticos del TDAH, siempre debemos tener presente las principales consideraciones de dos sistemas, por una parte, el CIE, que deriva de la Organización Mundial de la Salud, y por otro lado el DSM que deriva de la Asociación de Psiquiatría Americana. El TDAH ha sufrido importantes cambios en el sistema clasificatorio de los trastornos mentales, siendo así, que en el año 1980 en el DSM-III se estableció la presencia de dos trastornos separados: el TDA sin hiperactividad y el TDA con hiperactividad. Ya para 1987, el DSM-III-R, reunifico los dos trastornos en uno. Y finalmente en el DSM-IV, aparece un trastorno con tres subtipos, antes mencionados (Martínez Martín y Conde, 2009, p.37).

El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad es un trastorno de origen neurobiológico, que se manifiesta de forma conductual a través del déficit de atención y la hiperactividad-impulsividad. Actualmente este constituye una de las alteraciones de mayor impacto en el desarrollo social y educativo de los niños, es uno de los trastornos más frecuente en nuestras aulas y tienen carácter crónico, lo cual puede mantenerse a lo largo de la vida (Martínez Martín y Conde, 2009, p.11).

La hiperactividad es un patrón persistente de funcionamiento que se caracteriza por la falta de atención, el exceso de actividad y la impulsividad. Se asigna a niños que están “fuera de la tarea” y que se distraen con una enorme facilidad. Escasamente permanecen en el aula sentados en su sitio y no suelen

terminar las tareas que se les asignan. El exceso de actividad que tienen, que por lo general no está dirigida a un objeto concreto, molesta a sus compañeros. Los profesores de estos niños señalan que cuando se les hace preguntas o se les pide que solucionen un problema responden precipitadamente y, en consecuencia, la mayoría de sus respuestas son erróneas. Sus habilidades de organización y planificación son pocas (Miranda y otros, 1999, p.7).

Barkley, quien desde el 1997 trabaja con estudios neurológicos del TDAH, lo enfoca como un trastorno que afecta a los procesos de inhibición o autocontrol entendiendo por autocontrol o autorregulación la capacidad del individuo para frenar la primera respuesta que inició ante la aparición de un determinado estímulo. Barkley considera que para realizar procesos de este tipo deben ponerse en marcha unas funciones que él denomina como funciones ejecutivas, que no son más que actividades mentales dirigidas a uno mismo que nos ayudan a: frenar la primera respuesta que íbamos a emitir al percibir un estímulo, a resistir la distracción mientras nos fijamos nuevas metas más adecuadas que la respuesta que íbamos a emitir y dar los pasos necesarios para poner esta nueva respuesta en marcha (citado en Orjales, 2005, p.2) :

- Memoria de trabajo verbal.
- Memoria de trabajo no verbal.
- El control de la motivación, las emociones y el estado de alerta.
- La función de reconstitución, que permite a partir de conductas aprendidas diseñar acciones nuevas más eficaces.

El trastorno por déficit de atención es una alteración que se caracteriza por dificultades en la capacidad de atención y concentración, la cual también puede presentar actividad motora excesiva-hiperactividad y dificultades de control inhibitorio manifestadas, tanto en el comportamiento como en las actividades cognitivas (Trillo, 1994, p.59). La disminución en la capacidad de atención y concentración, son de las características esenciales en el Trastorno por Déficit de Atención.

Estas dificultades se manifiestan en circunstancias de alto grado de estimulación sensorial o cognitiva. Los niños que lo tienen, presentan frecuentes problemas a la hora de atender y concentrarse, en especial durante períodos largos. Su margen de atención es estrecho, por tal razón se aburre y/o distrae cuando su atención no está suficientemente estimulada y se excita cuando es excesiva la estimulación, por lo cual tiende con frecuencia a comportamientos impulsivos o que demuestren mayor actividad física (Trillo, 1994, p.60).

El déficit de atención con hiperactividad es uno de los trastornos más frecuentes en la niñez y es una de las razones más comunes por la cual los niños son referidos al psicólogo y al neurólogo. Para los padres es difícil de comprender y manejar, y hasta para los profesores en el aula, debido a que estos niños suelen ser inquietos, molestos, habladores, impacientes, distraídos, descuidados y toscos, por lo que llegan a etiquetarlo como el “niño problema”, sintiéndose ellos fracasados e impotentes, y transmitiendo estos sentimientos al niño. Sin embargo, poco se reconoce y se habla de la alegría que estos niños irradian en donde estén, que se refleja con: ser simpáticos, cargados de energía, creativos e ingeniosos, y curiosos, pero esto no puede ser visto cuando se está centrado en los problemas que conlleva este desorden. El niño hiperactivo necesita aprender a manejar esa vitalidad que tiene, y para eso es necesario que tanto él como sus padres y maestros comprendan y sepan cómo ayudarlo (Aguilar, 2005, p.179).

La inatención, impulsividad e hiperactividad, según la Asociación Norteamericana de Psiquiatría, son de los síntomas que afectan el funcionamiento del niño en la casa, la escuela y en situaciones sociales, y se evidencia desde antes de los cuatro años, a pesar de que los niños en edad preescolar sin este trastorno suelen ser inquietos e impulsivos por naturaleza, siendo la diferencia el grado de actividad y en la dificultad de los niños con este desorden o síndrome (Aguilar, 2005, p. 180).

En la infancia temprana estos niños suelen mostrarse irritables y difíciles de calmar, presentan dificultades para comer y dormir, a veces son exigentes, muy activos y atrevidos, no miden las consecuencias de sus actos. A medida que se inicia la adolescencia, se van disminuyendo los síntomas del trastorno, especialmente en aquellos que tienen el TDAH con predominio de hiperactividad.

A pesar de esto, algunos niños corren el riesgo de desarrollar otros problemas y trastornos durante la adolescencia y adultez, como trastornos de conducta, conductas oposicionales o antisociales, además de mantener los síntomas característicos como el déficit de atención y la hiperactividad (Aguilar, 2005, p. 180).

Dentro de las dificultades de atención en el ambiente académico, pueden observarse en la escuela de las siguientes formas:

- El niño se distrae fácilmente con estímulos externos, como la presencia de otros compañeros, lo que pasa fuera del aula o por jugar con objetos en su pupitre.
- Se le dificulta escuchar y seguir instrucciones, ejemplo, después que se le repite una instrucción, pregunta qué hay que hacer y cómo.
- Dificultad en enfocar y mantener la atención en una tarea.
- No puede concentrarse y mantenerse en un trabajo, cambia de tarea antes de terminarla porque su atención se pierde en otros eventos.
- Evita las tareas escolares en casa y el trabajo en clases, porque requieren de atención sostenida.
- Su rendimiento académico es inconsistente, en ocasiones es exitoso y en otras no.
- A menudo el niño parece “estar ausente”.
- Se le dificulta hacer tareas y actividades. A veces no sabe cómo iniciar una tarea por sí mismo, por lo que necesita más guía, ayuda, supervisión intervención y dirección por parte de los padres o los maestros.
- Se le dificulta trabajar de manera independiente, debido a que necesita que se le recuerde constantemente que está en una tarea y no puede distraerse.
- Olvida en casa las tareas escolares y entregarla, no lleva los materiales al colegio.

Mientras que la impulsividad y la falta de autocontrol de un niño se observan por medio de diferentes conductas:

- El niño actúa y habla sin pensar en las consecuencias, con frecuencia.
- Hace comentarios inapropiados acerca de los demás.
- No respeta los turnos y/o actividades de otros.
- Es difícil postergar la gratificación, quiere ser primero en todo y que se cumplan sus deseos en el momento.
- En las clases y en situaciones sociales, interrumpe demasiado a los demás, al maestro y a los mayores, distrae a otros y habla demasiado en momentos inadecuados.
- Le falta autocontrol.
- Se involucra en actividades peligrosas sin pensar en las consecuencias.
- Golpea y pelea, no necesariamente con la intención de agredir, sino porque no evalúa el impacto de sus acciones.
- Empieza un trabajo sin haber leído las instrucciones.
- No tolera la frustración, se molesta si las cosas no le resultan al primer intento y abandona la actividad y no la intenta.

Entretanto, la hiperactividad se manifiesta por un alto nivel de actividad, tales como:

- El niño se mantiene en constante movimiento y le cuesta estarse quieto.
- Mueve y juega, de manera constante, con las manos, los dedos y las piernas.
- Se mece en la silla y a menudo se cae de ella.
- Cualquier objeto cercano es, para él, un juguete.
- Se le dificulta estar quieto en un solo lugar.

- Le cuesta regular su nivel de actividad de acuerdo con las demandas de la situación.
- Todo lo toca, todo lo explora, por este motivo también aprende cosas antes que otros niños.
- Suele ser altamente social, platicador y extrovertido, ya sea por su excesiva actividad e inadecuación social, se vuelve tempranamente introvertido (Aguilar, 2005, p. 180-182).

Para que los síntomas sean considerados, deben estar presentes 6 o más de los síntomas y estar presente en el niño, por lo menos durante seis meses, con una intensidad que es desadaptativa e incoherente, en relación con el nivel de desarrollo. Algunos síntomas de hiperactividad – impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los siete años de edad. Mientras que algunas de las alteraciones provocadas por los síntomas se presentaban en dos o más ambientes, ejemplo, en la escuela y en la casa. Además deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno mental (DSM-IV-TR, 2002, p. 105- 106).

Desde el punto de vista clínico, una *leyenda urbana* respecto al TDAH indica que si un niño es capaz de poner atención a tareas lúdicas, ya sea viendo programas en el televisor, videoconsolas, ordenador, entre otros, es que no padece realmente el trastorno. Por lo que en este caso hay que reconocer que ningún mecanismo neuropsicológico es inmune a los estímulos contextuales, y por tanto, un déficit de atención sostenida se hará más evidente en tareas repetitivas, monótonas, aburridas y sin reforzamiento inmediato. Pero si estamos ante un auténtico TDAH suele tratarse de una mejoría relativa. Lo cual significa que estos niños de modo comparativo a como hacen sus tareas escolares a menudo muestran mucha más capacidad sobre la TV o en juegos informáticos, pero en comparación con otros niños de igual nivel evolutivo esa capacidad también está disminuida. Miran el televisor levantándose varias veces del sofá, interrumpiendo constantemente su actividad en el ordenador con un nivel de rendimiento bajo, siguen estrategias repetitivas y poco eficaces, y únicamente se mantienen en la

tarea porque el contexto les permite conectarse y desconectarse con facilidad, por su comportamiento, el cual está muy lejos de los parámetros (Servera, 2009, p.34-35).

Para evaluar la conducta de un niño es necesario considerar su edad, su nivel intelectual y etapa de desarrollo, pues cualquier comportamiento hasta cierto grado es normal (Aguilar, 2005, p.182), de acuerdo con la etapa en que se encuentre y en comparación con más niños de su edad.

Los niños con TDAH no solo pueden reflejar dificultades académicas, problemas de conducta y dificultades sociales, sino que también pueden presentar baja autoestima, al darse cuenta de que “nada le sale bien”, ni en la escuela, ni en lo social y en lo familiar, y los constantes regaños y llamadas de atención por los maestros, sus padres y/o un adulto, suelen causar que la autoestima baje y, por tanto, que se sienta desmotivado, frustrado, fracasado e inadecuado. Dichos sentimientos se ven afectados por las expectativas de los demás, los cuales no siempre van de acuerdo a las capacidades y habilidades del niño (Aguilar, 2005, p.184).

La comprensión del trastorno requiere centrar la atención en los comportamientos de los niños que lo tienen, diciéndonos que los niños hiperactivos no responden a un único o idéntico perfil conductual, constituyen un grupo muy heterogéneo, que aunque no sea posible tener ese perfil unitario, sí es factible delimitar las áreas en las que mayormente se concentran sus dificultades. Esto se trata esencialmente de problemas conductuales, dificultades cognitivas, problemas escolares, alteraciones en el ámbito social y problemas emocionales; que los menores hiperactivos tienen dificultades para autorregular su comportamiento y controlar sus impulsos, por este motivo despliegan excesiva actividad que habitualmente es irrelevante para la tarea o actividad que han de realizar; las conductas problemáticas y disruptivas que muestran estos niños no se deben a intentos deliberados e intencionados por fastidiar y molestar a padres y maestros; asimismo, las dificultades para prestar y mantener la atención característica ni se deben a falta de voluntad o incluso, a desmotivación para el aprendizaje (Moreno, 2008).

Debido a las dificultades atencionales este alumnado o colectivo necesita tutoría académica continuada, ya que, sus problemas de rendimiento se concentran especialmente en las materias de lectura, escritura, y matemáticas (Moreno, 2008). Estos fracasos están unidos al escaso reconocimiento que obtienen tras el esfuerzo realizado, mayor que el de sus compañeros, para resolver tareas pueden originar rechazo, y a la desmotivación por el aprendizaje escolar; tienen más probabilidad de sufrir otros trastornos y alteraciones mentales a lo largo de su vida, entre estos trastornos se encuentran: el negativista desafiante, trastornos de conducta, aprendizaje, de ansiedad y del estado de ánimo.

El trastorno hiperactivo conlleva un riesgo muy elevado de afectación de la autoestima como lo hemos mencionado anteriormente, y competencia personal debido a las frustraciones y fracasos que estos niños acumulan diariamente cuando no responden satisfactoriamente a las demandas y expectativas de su entorno familiar y escolar; además sufren de alteraciones y, en ocasiones, trastornos del lenguaje, circunstancias que complican su comunicación efectiva con adultos y compañeros; debido a la impulsividad, tienden con más frecuencia a sufrir accidentes y lesiones, se exponen mayormente a situaciones potencialmente peligrosas, en comparación con los niños no hiperactivos; los comportamientos provocativos, oposicionales, hostiles, desafiante, unido a la desobediencia, incumplimiento de obligaciones familiares, escasa colaboración y cooperación en tareas y responsabilidades familiares generan conflictos y tensiones frecuentes en la familia, causa que deteriora significativamente las relaciones padres-hijos con TDAH (Moreno, 2008).

Asimismo, estos niños mantienen relaciones conflictivas y hostiles con maestros y compañeros. Sufren rechazo de sus iguales, debido a sus limitadas habilidades y destrezas sociales, además de ser excluidos de actividades sociales por sus comportamientos impulsivos, intolerantes y agresivos. Siendo así la adaptación social, una de las principales preocupaciones e inquietudes que tienen los padres de estos niños; son menores muy emotivos y sensibles, dando la impresión de cierta inmadurez emocional, teniendo intolerancia ante la frustración, y reflejando ira, enfado o irritabilidad a ligeras críticas (Moreno, 2009, p.17-19).

A pesar de que se trata de un trastorno frecuente en la infancia (Moreno, 2002, p.51), este es, cada vez más objeto de interés por parte de médicos, psicólogos y profesores, quienes aún no han identificado de forma precisa los factores que lo originan.

Dentro de las posibles causas, están los factores biológicos, retraso madurativo, factores pre y perinatales, influencias genéticas y otras variables propias del niño, pero ninguno de estos elementos indican ser responsable del trastorno. Las conductas hiperactivas son heterogéneas en su origen, lo que quiere decir, que existen uno o varios mecanismos explicativos, lo que ocurre es que múltiples factores interactúan ejerciendo cada uno efectos propios en una actuación conjunta (Moreno, 2002, p.51).

El factor neurológico es uno de las primeras líneas de investigación de este campo, pero no es posible establecer conclusiones definitivas al respecto, según algunos investigadores, lo que ocurre es que el nivel actual de conocimientos científicos sobre la relación entre lesión cerebral y alteraciones psicológicas se encuentra limitado por el tipo de alteración cerebral que es posible examinar con los medios técnicos disponibles (Taylor, 1999, citado en Moreno, 2002, p.52-53).

Las lesiones físicas del cerebro no son necesariamente causas de comportamientos hiperactivos, y al contrario, la manifestación de conductas como excesiva actividad motora, impulsividad, falta de atención, entre otras, no suponen inevitablemente que el niño haya sufrido alguna alteración cerebral que no haya sido detectada antes de acudir al especialista (Moreno, 2002, p.53-54).

Los factores prenatales y perinatales han sido destacados como causas relacionadas con los trastornos de conducta infantil, diciéndonos que la influencia negativa de la prematuridad y el bajo peso al nacer, tienen incidencia en los problemas de conducta en la infancia. Entre los efectos asociados a las complicaciones durante el período prenatal y perinatal, se encuentran: retraso mental, deficiente crecimiento físico, retraso en el desarrollo motor, dificultades en el desarrollo del lenguaje y en el aprendizaje. En el período prenatal las variables de interés para los investigadores, por su relación con los problemas de conducta infantil, son: el consumo de tabaco, el abuso de alcohol y el estrés psicológico de la madre embarazada (Moreno, 2002, p.55).

El alcoholismo materno es una de las causas que predisponen a la hiperactividad, por lo cual, el abuso de alcohol durante el embarazo es responsable de déficit de atención, problemas de aprendizaje, trastornos del comportamiento y retraso psicomotor (Gold y Sherry 1984, citado en Moreno, 2002, p.56). Se estima que, aproximadamente, un tercio de los niños de madres que consumen alcohol durante el embarazo muestran conductas hiperactivas, debido sobre todo, a la situación de vulnerabilidad en la que se desarrollan.

Los factores de origen genético de la hiperactividad infantil se han estudiado a partir del comportamiento de los padres biológicos y de los hermanos de ambos padres en comparación con los hermanos de distintos padres, diciéndonos que un número considerable de padres de niños hiperactivos manifestaron conductas hiperactivas durante su infancia, que hay más coincidencia respecto a los trastornos de conducta y la hiperactividad entre los hermanos de un solo padre, y que los varones hiperactivos, suelen tener hermanos del mismo sexo que también muestran signos de hiperactividad, en comparación con otros niños. No obstante, la mayoría de los especialistas indican que es difícil aislar, incluso en estos estudios, la influencia que ejerce el ambiente familiar y social (Moreno, 2002, p. 56-60).

Mientras que las causas ambientales y las variables psicológicas, en cuanto a las conductas hiperactivas, se manifiesta cuando comienza la escolaridad, debido a que los factores psicosociales intervienen como determinantes de la hiperactividad infantil. El nivel socioeconómico, la situación familiar y las características del trabajo u ocupación profesional de los padres se relacionan con los problemas de conducta observados en niños y adolescentes. En los niños de niveles sociales más desfavorecidos y con circunstancias sociales adversas, la hiperactividad permanente coincide con bajo rendimiento en pruebas de ejecución, comportamientos antisociales y de valoración, y baja autoestima. Al intentar explicar el sentido de esta influencia, los expertos coinciden en señalar que posiblemente el factor determinante no sean las condiciones sociales, sino sus efectos psicológicos sobre la familia y en las actitudes y pautas educativas que adoptan los padres. Los estilos educativos incluyen, tanto las normas, reglas de comportamiento y hábitos de conducta que se convierten en regularidades y permiten al niño prever las consecuencias que siguen a sus acciones, como el

sistema de valores que rige la vida familiar y que hacen referencia a las cualidades que los padres consideran deseables en un niño (Moreno, 2002, p. 60-61).

Los padres de los niños hiperactivos suelen emplear con frecuencia el castigo como técnica de control del comportamiento infantil, son más pesimistas y evalúan más negativamente las capacidades intelectuales de sus hijos, además de que ejercen menos presión sobre el desarrollo académico de éstos y participan menos en sus intentos de aprendizaje (Hastsough y Lambert, 1982, citado en Moreno, 2002, p.62).

Por los presentar problemas de atención que puede presentar un niño con este trastorno, el TDAH puede ser confundido con de problemas de aprendizaje, otros trastornos como el oposicional y de conducta, el de Tourette, trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo, entre otros.

Cuando se trata de problemas de aprendizaje se debe tomar en cuenta si la desatención se debe o no a un problema de aprendizaje, sobre todo cuando en edad escolar el niño no presento características de TDAH o cuando se le introducen temas nuevos o difíciles, para así, no confundir lo que tenga el alumno o la alumna, y saber cómo se debe trabajar (Aguilar, 2005, p.118).

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, el trastorno oposicional y el trastorno de conducta, suelen ser más confundidos, por la similitud en ciertos síntomas de impulsividad y la falta de previsión de las consecuencias, ya que, el segundo se caracteriza por berrinches, rabietas, peleas, desafíos a los adultos, molestar intencionalmente a otros y negando la responsabilidad antes sus propios actos, culpando a los demás. Si estas conductas se convierten en violaciones a las leyes sociales, ya el diagnóstico pasaría a un trastorno de conducta (Aguilar, 2005, p.118).

Respecto al trastorno de Tourette, el que se caracteriza por tics motores, del habla o gesticulares, por lo cual, estos niños pueden parecer inatentos, y por tal razón, se les podría diagnosticar como TDAH, ya que también los síntomas aparecen en la misma etapa del desarrollo, en edad preescolar (Aguilar, 2005, p.189).

Los nervios o tensiones que sufren los niños ansiosos pueden hacerlos parecer inquietos e inatentos, debido a que los niveles de ansiedad afectan la memoria y ejecución durante las tareas que les provoca angustia, aunque suele confundirse con TDAH, por la falta de atención y concentración que estos reflejan, la diferencia está en que los trastornos por ansiedad en los niños ocurren después de un evento traumático identificable, contrario al TDAH, que se manifiesta desde etapas muy tempranas del desarrollo (Aguilar, 2055, p.189). Por este y otros motivos, los maestros deben conocer las diferencias básicas de los síntomas o características que existen entre algunos trastornos o los más frecuentes, para así no confundirlos y trabajar con las guías o normas propias, según la necesidad que el alumnado tenga.

El comportamiento que suelen tener los niños con TDAH repercute en las estrategias y métodos empleados por los maestros, quienes a raíz de esta conducta que este alumnado presenta en las aulas, son más controladores y prohibitivos. Dichos intentos de control que ponen en práctica, hacen que la situación en el aula se complique, y en consecuencia, las relaciones profesor-alumno se tornan más negativas y difíciles (Moreno, 2007, p.55-56).

Por esta y otras razones ya expuestas en nuestro trabajo, estos niños en ocasiones necesitan de un profesor de apoyo y/o particular para ayudarle a no perder el ritmo de las clases, conseguir todos los apuntes, mantener cierto orden en su material, supervisar la organización del tiempo, la entrega de trabajos o entrenar en la realización de diferentes tipos de exámenes (Orjales, 2005, p.11).

Estas clases de apoyo deben tratarse de sesiones de entrenamientos específicas en las que, a través de técnicas cognitivas y comportamentales, se ayude al niño a desarrollar mejores estrategias de análisis de la información y solución de problemas y un estilo de pensamiento más reflexivo (Orjales, 2005, p.2).

Actualmente, los científicos no disponen de un examen objetivo que confirme la base biológica del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. El doctor Fred Baughman, neurólogo infantil, en 1999 (citado en Freire, 2012), desató una polémica, diciendo que este era una condición

psicogénica, que no es orgánica, que es producto de las tensiones de la vida cotidiana, como la ansiedad o el estrés.

Gran parte de los síntomas del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad son “expresiones normales de niños aburridos, frustrados, asustados, enojados, traumatizados, indisciplinados o solitarios”, según el doctor Breggin, quien considera que la normalidad depende de coordenadas históricas, sociales y culturales: lo que resulta “natural” en una época se considera una desviación en otra (citado en Freire, 2012, p.53).

En España entre el 5% y un 10% de los escolares, según las estimaciones, tienen TDAH, pero algunos psiquiatras afirman que un 75% de los casos están todavía por identificar. A medida que crece el número de afectados se hace evidente el desconocimiento del tema por parte de la población en general y de los profesionales de la infancia en particular: un 60% de los profesores confiesan no disponer de suficiente información sobre el tema (Freire, 2012, p.52).

El alumnado con este trastorno puede tener necesidades educativas, pudiendo ser atendido por cualquier profesor, mientras que hay otros que presentan necesidades específicas de tal intensidad y gravedad que requieren apoyo especializado, la mayor parte del horario escolar o incluso su totalidad, fuera de un grupo ordinario o incluso en centros específicos, presentando de tal manera tres grandes tipos de necesidades educativas:

- ❖ Las primeras relativas a la necesidad de adquirir comportamientos y normas básicas, reducir los comportamientos desadaptados e incrementar los comportamientos ajustados y funcionales.
- ❖ Las segundas referentes a potenciar y facilitar experiencias de éxito, mejorar la competencia curricular y diseñar si es necesario una programación o adaptación curricular ajustada a las características del alumno.
- ❖ Y finalmente necesidades de tipo afectivo emocional relacionadas con la mejora de autoestima, la integración en el grupo y el desarrollo de habilidades sociales (Velasco Bernal, 2009, p. 113-114).

Con el objetivo de favorecer el aprendizaje del niño con TDAH en el aula, se crean unas recomendaciones que están divididas en tres grupos:

1. Metodología para dar las clases

Con la finalidad de facilitar el cumplimiento de las instrucciones por parte del alumno, es de importancia que se establezca contacto ocular o proximidad física con el niño, asegurando de esa forma su atención. Tales instrucciones deben darse una a una y serán concretas, cortas y en un lenguaje positivo. Es conveniente que las explicaciones del maestro de los contenidos académicos sean motivadoras y dinámicas. Saber si el niño con TDAH sabe o no el temario, es importante que las tareas tengan un formato simple y claro, donde será imprescindible una supervisión y refuerzo constante.

2. El entorno de trabajo

Buscando reducir al máximo los estímulos distractores en el aula, el niño con TDAH se podrá beneficiar cuando su asiento se encuentre cerca del maestro, donde este pueda ver y supervisar sus actividades, buscando así con esta alternativa alejarlo de murales, ventanas u otros objetos decorativos que pueden resultar de distracción.

3. Características personales y profesionales del educador

Por ser el profesor un pilar o apoyo fundamental para la intervención de este trastorno, es importante que esté informado y sepa cómo trabajar en aula, debe conocer y creer en las posibilidades de sus alumnos, buscar alternativas para adaptarse a sus necesidades y colaborar de esta manera en el desarrollo de su máximo potencial (Mena y otros, 2006, p 24-26).

Los problemas conductuales del niño provocan situaciones difíciles de manejar por el maestro, por lo que un ambiente estructurado, con rutinas, organizado y motivador ayudaría al alumno con TDAH a mejorar su autocontrol. El profesor es un modelo a seguir para sus estudiantes, por lo tanto, si este muestra una actitud tolerante, flexible y paciente, y comprendiendo las características propias del TDAH, conseguirá un mejor comportamiento de su

alumno, y contribuirá a que los compañeros de clase estos niños no los rechacen ni lo aislen porque lo ven “diferente” (Mena y otros, 2006, p 27).

Para fomentar un comportamiento adecuado la supervisión sirve para anticipar y prevenir situaciones que sabemos que pueden presentar un problema y generar en el niño mayor seguridad y autocontrol, las tutorías individualizadas de diez minutos que sirven para indicar al niño qué se espera de él, es un espacio de comunicación positiva con el alumno, además de herramientas básicas para el control del comportamiento como el refuerzo positivo, extinción, tiempo fuera y establecimiento de límites y normas (Mena y otros, 2006, p.28).

Tras estas notas de fundamentación teórica, y dado que pensamos llevarla a cabo en República Dominicana, creemos conveniente ofrecer una información básica sobre el contexto legal e institucional de este país, que afecta a los intereses de nuestra investigación.

2.3 El Contexto de la República Dominicana

La promulgación de la Ley 66-97 Ley General de Educación de República Dominicana, se llevó a cabo el 9 de abril del año 1997, la cual en su capítulo I Art.1.- Garantiza el derecho de todos los habitantes del país a la educación. Cabe resaltar, de entrada, el Art.4, donde se señala que la educación dominicana se fundamenta en varios principios, dentro de los cuales destacamos: a) la educación es un derecho permanente e irrenunciable del ser humano. Para hacer efectivo su cumplimiento, cada persona tiene derecho a una educación integral que le permita el desarrollo de su propia individualidad y la realización de una actividad totalmente útil; adecuada a su vocación y dentro de las exigencias del interés nacional o local, sin ningún tipo de discriminación por razón de raza, de sexo, de credo, de posición económica y social o de cualquier otra naturaleza.

La Ordenanza No 1'95 de las normativas legales para la Dirección del Sistema Educativo Dominicano, trata acerca de la Educación Especial, esta concibe el currículo la Educación Especial como un conjunto de recursos sistematizados, normativos, administrativos, materiales, personales y metodológicos, con el fin de que el sistema educativo haga realidad, en la

práctica, el principio de que todo alumno es educable y de que los/as niños/as aún con necesidades educativas especiales, pueden educarse en su grupo de edad, asumiendo los principios de normalización, integración y diversificación de la educación.

Por otro lado, podemos destacar lo indicado en el Art.45, cuando expone que el propósito de la Educación Especial es “hacer que cada niño/a con necesidades educativas especiales pueda desarrollar todas sus capacidades, para ello habrá de asegurar”:

- Que todos los/as niños/as dispongan de un lugar en la escuela, adaptado a sus necesidades o que transitoriamente reciban otro tipo de atención educativa.
- Que el puesto escolar de que cada niño/a dispone, le permita disfrutar de una atención acorde con sus necesidades especiales y así recibir los apoyos necesarios.
- Que los/as niño/a cuenten con los recursos de apoyo materiales y personales necesarios para integrarse a la escuela y desarrollarse en condiciones de normalidad.
- Que ningún niño/a sea expuesto a barreras arquitectónicas o de todo tipo que dificulten su vida escolar.
- Que cada alumno/a disfrute de una evaluación continua multiprofesional que garantice las adecuaciones curriculares que se hagan necesarias en cada momento y que les permitan avanzar hasta donde sus capacidades lo permitan.
- Que las familias reciban orientaciones adecuadas para colaborar eficazmente en el proceso formativo, y tengan el derecho de participar realmente en las decisiones que les conciernen.
- Que cada niño/a viva en un ambiente de integración social en sus años de escolaridad, así como en otros espacios fuera de la escuela y en el futuro como adultos.
- Que tengan acceso a los procedimientos y técnicas que posibilitan manejar sus limitaciones sensoriales y/o comunicativas.

- Que cada educando tenga la oportunidad de una educación para el trabajo que, a pesar de sus limitaciones, permita que pueda desempeñarse en una ocupación en el futuro.

Más adelante (Art.46) se señala que la Educación Especial dentro de la concepción propuesta, se desarrollará en todos los niveles de la educación, integrando el/la alumno/a, con necesidades educativas especiales al programa regular (de la educación inicial, básica, media) adecuando el currículo a sus necesidades o desarrollando alternativas en función de éstas. Para facilitar el acceso se requieren las adaptaciones de: el espacio, los materiales, la comunicación y el currículo a los educandos con necesidades educativas especiales.

Además las escuelas de educación especial del país darán apoyo a la escuela regular para atender las necesidades de los alumnos y alumnas que requieren de estos servicios. Las acciones a desarrollar estarán bajo la responsabilidad y coordinación de un equipo multidisciplinario que estará al servicio de dichas escuelas (Art. 56).

Luego de varios años de estar legislada la Educación, por medio a la Ley 42-2000 se crea la Ley General sobre la Discapacidad en la República Dominicana, la cual nos dice que el Estado proveerá de la tecnología adecuada a los centros educativos para la capacitación e información de las personas con discapacidad. Además el Estado, a través del organismo rector, garantizará la formación, especialización y actualización continua de los profesionales en las diferentes disciplinas, a nivel técnico y profesional, que aseguren la integración de las personas con discapacidad en plano de igualdad a la sociedad.

Siendo organismo gestor el Consejo Nacional de Discapacidad (CONADIS), institución autónoma adscrita al Estado, creada luego de que se promulgó esta ley, dichas funciones son:

- 1.- Dictar, evaluar y velar por el cumplimiento de las políticas en las diferentes áreas de intervención de la presente ley.

- 2.- Velar por la aplicación y actualización de la presente ley.
- 3.- La observancia del respeto a los derechos de las personas con discapacidad.
- 4.- Procurar la eliminación de toda forma de discriminación hacia las personas con discapacidad.
- 5.- Planificar y supervisar la ejecución de programas dirigidos a alcanzar la plena integración de las personas con discapacidad en la sociedad.

CONADIS rige lo siguiente en la integración educativa:

La política de integración educativa para las personas con discapacidad tendrá, como finalidad primordial, asegurar una formación orientada al desarrollo integral de la persona en la sociedad, así como una participación efectiva en la misma, por lo que el organismo pertinente procura que la educación de estas personas constituya parte de la planificación nacional de la enseñanza. Por tanto, en todas las comisiones o instancias que traten asuntos relativos a las personas mencionadas deberán contar con una representación del CONADIS.

Cuando las limitaciones de las personas con discapacidad sean de una severidad tal que imposibilite su incorporación a las escuelas comunes, el Estado creará los centros de educación especial para su capacitación hasta el máximo nivel posible de los educandos. Apoyará a los existentes en aspectos técnicos y financieros. También, se crearán dichos centros si fuera necesario, de modo que esté debidamente asegurada la atención a las personas con discapacidades múltiples. El organismo encargado vigilará, apoyará y supervisará el funcionamiento óptimo de estos centros, según los criterios de calidad de la enseñanza, establecidos en el reglamento correspondiente.

Entre las Ordenes Departamentales que rigen la educación especial, se encuentra La Orden Departamental No. 03-2008, la que en su primer artículo nos dicta lo siguiente: Todo centro educativo debe acoger y valorar a todos los niños, niñas y jóvenes menores de 18 años en su diversidad, por lo que debe garantizar el acceso, permanencia y promoción en el sistema educativo, sin excluir a nadie por razón de género, procedencia social, cultura, etnia, religión, edad, etc. Ni por su

condición personal (diferentes estilos y ritmos de aprendizaje, capacidad, intereses, motivaciones, forma de relacionarse, discapacidad o sobredotación).

Bajo esta Orden Departamental, en el artículo once, nos habla de una de las funciones que tendrá Educación, donde la Secretaria de Estado de Educación creará los centros de Recursos para la atención a la Diversidad (CAD) en las distintas regionales del país como una estrategia innovadora de acompañamiento y apoyo psicopedagógico a las escuelas. Para estos fines cada uno de los CAD contará con un equipamiento de profesionales de diferentes disciplinas.

Los CAD tienen como objetivos fundamentales promover el incremento en los aprendizajes de todos los y las estudiantes, sin exclusión, apoyar el proceso de mejora de toda la escuela, a través del acompañamiento, asesoramiento, capacitación, al personal docente y también al administrativo del centro educativo, ofrecer apoyo directo al estudiante, cuando se requiera, y orientación a las familias con el fin de crear las condiciones para el desarrollo de la educación inclusiva.

Entretanto, la Orden Departamental No. 04-2008, otra de las normativas legales para la Dirección del Sistema Educativo Dominicano, nos dice que los Centros de Educación Especial escolarizarán a los alumnos y las alumnas con necesidades educativas especiales asociadas a profundas y/o múltiples discapacidades intelectuales, motoras, sensoriales y trastornos del desarrollo que requieran adaptaciones curriculares significativas en prácticamente todas las áreas del currículo. Siguiendo con que la educación inicial y básica es obligatoria para los/as niños/as y jóvenes con necesidades educativas especiales asociadas o no a discapacidad en la escuela regular, estos estudiantes sólo serán escolarizados en los Centros de Educación Especial cuando se determine que en los centros educativos regulares no pueden satisfacer sus necesidades educativas especiales por estar asociadas a discapacidades profundas o múltiples.

Una vez descrito el contexto legal de la República Dominicana de cara a esta investigación, pasamos a exponer los objetivos de la misma.

3. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

Teniendo en cuenta nuestro tema, las Necesidades Formativas del Profesorado para la Atención del Alumnado con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, el objetivo general de esta investigación es indagar en los conocimientos que poseen los maestros de educación primaria de la República Dominicana acerca de cómo trabajar con niños con Trastorno por Déficit Atención con Hiperactividad. Este objetivo general podemos dividirlo en cuatro objetivos específicos que guiarán nuestro proceso investigador:

- Identificar las necesidades formativas del profesorado ante este colectivo.
- Conocer qué modelo de atención educativa hacia los alumnos con TDAH subyace en la normativa vigente, y de esta forma, analizar las medidas existentes para educar y tratar este colectivo en el contexto escolar.
- Conocer si el concepto que tienen los docentes de este trastorno, se acerca a la definición clínica.
- Proponer una guía para los docentes, conforme a las necesidades que tenga este alumnado y a las que tengan los maestros, referente al TDAH.

Para lograr estos objetivos, pondremos en marcha la metodología que vamos a exponer a continuación.

4. METODOLOGÍA

Si una investigación pretende captar los procesos, comportamientos, actos, si utiliza el lenguaje de los conceptos y las metáforas (Ruiz, 2003, p.23), si prefiere recoger la información por medio de la observación o de la entrevista o si procura captar todo el argumento en el contenido de experiencias y significados que se concentran en un solo caso, nos referimos a la metodología cualitativa, que es la que se empleará en este estudio.

Denzin y Lincoln (1994:2) nos dan otro concepto acerca de la investigación cualitativa, y la definen como “multimetódica en el enfoque, implica un enfoque interpretativo, naturalista hacia su objeto de estudio“, lo cual quiere decir, que los investigadores cualitativos estudian la realidad en su contexto natural, tal y como

sucede, interpretando o intentando sacar sentido de los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas (citado en Rodríguez Gómez, Gil Flores y García Jiménez, 1996, p.32).

Taylor y Bogdan (1986:20) consideran la investigación cualitativa como “aquella que produce datos descriptivos, dígase, las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable “. Estos autores piensan que los investigadores tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas, este aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones, para ellos, todos los escenarios y personas son dignos de estudio (citado en Rodríguez Gómez, Gil Flores y García Jiménez, 1996, p.33).

Mientras que para LeCompte (1995), la investigación cualitativa es una “categoría de diseños de investigación que extraen descripciones a partir de observaciones que adoptan la forma de entrevistas, narraciones, notas de campo, grabaciones, transcripciones de audio, vídeo cassettes, fotografías, registros de todo tipo, películas y artefactos” (citado en Rodríguez Gómez, Gil Flores y García Jiménez, 1996, p.34).

Miles y Huberman (1994) también nos hablan de la investigación naturalista, la que tiene como características básicas, realizar a través de un prolongado e intenso contacto con el campo o situación de vida, en este, el papel del investigador es alcanzar una visión holística del contexto objeto de estudio, también intenta capturar los datos sobre las percepciones de los actores desde dentro, a través de un proceso de profunda atención, de comprensión empática y de suspensión o ruptura de las preconcepciones sobre los tópicos objeto de discusión, además tiene como tarea fundamental explicar las formas en que las personas en situaciones particulares comprenden, narran, actúan y manejan sus situaciones cotidianas, por lo cual se utilizan pocos instrumentos estandarizados, ya que el investigador es el principal instrumento de medida (citado en Rodríguez Gómez, Gil Flores y García Jiménez, 1996, p.33).

La introducción analítica del trabajo cualitativo inicia con la observación detallada y próxima a los hechos. Las generalizaciones serán elaboradas a partir de los datos recogidos, luego la proximidad donde se le da gran importancia a la observación de los casos concretos y del comportamiento de los individuos en las

actividades que a estos les interesan. Ese comportamiento ordinario es el marco en el que se plantean los problemas dignos de investigación a los que se le da mayor importancia que a los problemas que alteran esta rutina social. Mientras que la estructura como requerimiento ritual la investigación tiene que descubrir la misma, reconociendo todo lo que sus actos son situacionalmente relevantes. Entretanto, los focos descriptivos son esos núcleos de interés, dígase los fenómenos recurrentes en un tiempo y espacios concretos (Ruiz, 2003, p. 21-22).

Lo que conocemos como tecnología cualitativa implica un estilo de investigación social en el cual se hace énfasis de manera especial en la recogida esmerada de datos y observaciones lentas, prolongadas y sistemáticas por medio de notas, a escalas de medición, records, ejemplos, grabaciones, entre otros, pero no sólo se graban los datos y observan, sino que entablan un diálogo entre el observador y lo observado (Ruiz, 2003, p. 24). Para iniciar un trabajo cualitativo es necesario contar con núcleo temático, una situación específica, un fenómeno que gira en torno a un foco de interés.

La etnografía es uno de los modelos generales de investigación utilizados por los científicos sociales para el estudio del comportamiento humano (Goezt y LeCompte, 1988, p.29).

La inducción de una investigación empieza con la recogida de datos, mediante observación empírica o mediciones de alguna clase, y a continuación construye, a partir de las relaciones descubiertas, sus categorías y proposiciones teóricas (Becker, 1985; Kaplan, 1984, citado en Goezt y LeCompte, 1988, p.30).

En la etnografía la observación participante está presente, y es aquella donde el investigador pasa todo el tiempo posible con los individuos que estudia y vive del mismo modo que ellos. Esta sirve para obtener de los individuos sus definiciones de la realidad y los constructos que organizan su mundo. Ya que esto se expresa mediante pautas de lenguaje específicas, es importante que el investigador esté familiarizado con las variantes lingüísticas o la jerga de los participantes (Goezt y LeCompte, 1988, p. 126).

Otra de las técnicas es la entrevista, es aquella en la que el entrevistador solicita información de otra o de un grupo, para obtener datos sobre un problema

determinado. Esta consta con algunas funciones, las cuales serán conforme al propósito profesional: obtener información de individuos o grupos, influir sobre ciertos aspectos de la conducta o ejercer un efecto terapéutico (Rodríguez Gómez y otros, 1996, p. 167).

La búsqueda del significado de la investigación es la definición del problema que constituye el foco central de todo análisis cualitativo, esta es abierta en cuanto a su contenido, y admite profundidad, densidad y extensión (Ruiz, 2003, p.53). Respecto a la estrategia que se emplea en este tipo de investigación determina los criterios con los que se tomarán las decisiones necesarias en las fases siguientes del trabajo: recogida de datos, análisis, validación, informe, dicho seguimiento es innegociable pero, el investigador debe tener establecidas varias alternativas para cuando se le presenten situaciones que lo ameriten. En resumidas, la estrategia de una investigación cualitativa va orientada a descubrir, captar, y comprender una teoría, una explicación, un significado, implementando un contexto de comprobación y contraste (Ruiz, 2003, p. 55-57).

Con esta metodología se pretende saber cuáles son los conocimientos que tienen los/as maestros/as de primaria en República Dominicana acerca del TDAH, comprender la relación que existe entre lo que ellos saben, las creencias y formación que tengan acerca de cómo trabajar en el aula con este colectivo y lo que en realidad es este trastorno, ya que es un trastorno que suele ser confundido en las aulas.

Esta investigación se ubica dentro de los planteamientos cualitativos, debido a la naturaleza del objeto de estudio (percepciones), el tipo de datos que produciremos con las técnicas a emplear, y las convicciones propias de la investigadora. Fraenkel y Wallen (1996) presentan cinco características básicas que describen las particularidades de este tipo de estudio.

1. El ambiente natural y el contexto que se da el asunto o problema es la fuente directa y primaria, y la labor del investigador constituye ser el instrumento clave en la investigación.
2. La recolección de los datos es una característica mayormente verbal que cuantitativa.
3. Los investigadores enfatizan tanto los procesos como los resultados.

4. El análisis de los datos se da más de modo inductivo.
5. Se interesa mucho saber cómo los sujetos en una investigación piensan y que significado poseen sus perspectivas en el asunto que se investiga.

Como investigadora, en este proyecto estoy interesada primordialmente en indagar sobre conocimientos, actitudes y percepciones de los docentes hacia un determinado “objeto” como es el TDAH, en averiguar el *significado*, el *sentido* y la *importancia* que esos elementos tienen en el quehacer profesional docente.

TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS

Emplearé tres técnicas principales de recogida de datos, en este orden temporal:

- 1º Entrevistas en profundidad
- 2º Cuestionario
- 3º Grupos de discusión.

Entrevistas en profundidad

Existe una gran variedad de tipos de entrevistas, no obstante, atendiendo a Taylor y Bogdan (1986), nos encontramos con un tipo de entrevista denominada en profundidad que para nosotros será un referente fundamental. Utilizamos la expresión “*entrevistas en profundidad*” para referirnos al procedimiento de investigación cualitativa consistente en reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y las personas informantes. Estos espacios de diálogo interactivo están orientados hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus propias vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan, con sus propias palabras.

En estas podemos contar con el uso de grabadoras, las que nos permiten registrar con fidelidad todas las interacciones verbales que se producen entre entrevistador u entrevistado, dicho recurso permite prestar más atención a lo que dice el informante, favoreciendo de tal manera la interacción entrevistador-entrevistado (Rodríguez Gómez, Gil Flores y García Jiménez, 1996, p.182).

Lo que se persigue con esta investigación no es constar una idea, creencia o supuesto, sino acercarse a las ideas, creencias y supuestos mantenidos por otros (Rodríguez Gómez, Gil Flores y García Jiménez, 1996, p.168).

En esta investigación entenderé la entrevista como una conversación formal y semiestructurada, de tal manera que podemos destacar que este tipo de entrevistas me ayudará para saber lo que piensan los docentes. La recogida de información a través de las entrevistas me facilitará posteriormente contrastarla con los datos obtenidos a través de otros procedimientos de recogida de información (grupo de discusión y cuestionario). Pretendo realizar entrevistas en profundidad a 40 docentes, con representatividad de género y experiencia o no en el trato con alumnado TDAH.

Cuestionario

Un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir. Como afirma Pérez Serrano (1996), por un lado presenta la ventaja de requerir relativamente poco tiempo para reunir información sobre grupos numerosos. El sujeto que responde, proporciona por escrito información sobre sí mismo o sobre un tema dado. Por otro lado, presenta la desventaja de que quien contesta responda escondiendo la verdad o produciendo notables alteraciones en ella. Además, la uniformidad de los resultados puede ser aparente, pues una misma palabra puede ser interpretada en forma diferente por personas distintas, o ser comprensibles para algunas y no para otras. Por otro lado, las respuestas pueden ser poco claras o incompletas, haciendo muy difícil la tabulación.

Esta técnica de recogida de información es una forma de encuesta caracterizada por la ausencia del encuestador, ya que para recoger la información sobre el problema objeto de estudio basta con una interacción impersonal con el encuestado (Rodríguez Gómez, Gil Flores y García Jiménez, 1996, p.168).

Construiremos un cuestionario dirigido al profesorado con objeto de recabar sus percepciones y actitudes acerca del tema de estudio. Debe tenerse en

cuenta que, según el MINERD (Ministerio de Educación de República Dominicana) en nuestro país ejercen 40,553 maestros de educación primaria, de los cuales, en su capital, la ciudad de Santo Domingo hay 8,609 maestros de educación primaria.

Así las cosas, mi intención es administrar este cuestionario a unos 200 maestros de educación primaria, asegurando la representatividad por género y según tengan experiencia o no con alumnado diagnosticado con TDAH. Indico a continuación, a modo de ejemplo, unas posibles preguntas de este instrumento:

1. ¿Qué es el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad?
2. ¿Sabe cuáles son algunas de las características que reflejan los niños/as con TDAH?
3. ¿Cuándo estudio magisterio, se le hablo acerca del TDAH?
4. ¿Qué se le hablo de este trastorno?
5. ¿Ha tenido alumnos/as con TDAH?
6. ¿Sabe usted cómo trabajar con este colectivo?
7. ¿Actualmente tiene algún niño/a con TDAH en el aula?
8. ¿En el centro educativo existe alguna normativa dirigida al profesorado, que hable acerca de este trastorno?
9. ¿Debe existir diferencia entre el currículo de los niños con TDAH, con el de los demás del resto de la clase?
10. ¿Sabe diferenciar cuando es un trastorno o falta de motivación en la clase que tiene el alumno?
11. ¿Ha detectado usted algún niño con TDAH en el aula?
12. ¿Cuándo un maestro tiene un alumno con este trastorno, debe darle participación al psicólogo de la escuela, sobre del rendimiento y el comportamiento del mismo?
13. ¿Cree usted que el colectivo con este trastorno, es un alumnado que tiene necesidades especiales?
14. ¿Conoce el término “necesidades educativas especiales”?
15. ¿Sabe a quién está dirigido?
16. ¿El docente debe trabajar con la misma temática que trabaja con los demás niños de la clase?
17. ¿Sabe si existe en el ámbito de educación, alguna normativa para este colectivo?
18. ¿Considera usted que los maestros están capacitados para trabajar con el alumnado con TDAH?
19. ¿Cree que es necesaria la implementación de un programa de formación a los docentes?
20. ¿Considera necesaria la creación de una guía práctica dirigida a los profesores para trabajar con aquellos que tienen TDAH?
21. ¿Cree que es favorable establecer un documento con recomendaciones a políticos, maestros, a las facultades de las universidades y a los centros escolares?

22. ¿Existen prejuicios respecto al concepto que se tiene hacia los niños con TDAH en nuestro país?

Grupos de discusión

Los términos "grupo de discusión" o "discusión de grupo" pueden encontrarse con frecuencia en la literatura sobre investigación en ciencias sociales, aludiendo a una diversidad de experiencias grupales con finalidades y funcionamiento muy variados. Entiendo el grupo de discusión como una técnica no directiva que tiene por finalidad la producción controlada de un discurso por parte de un grupo de sujetos que son reunidos, durante un espacio de tiempo limitado, a fin de debatir sobre determinado tópico propuesto por el investigador. Krueger (1991, citado en García y Cáceres 2011) delimita los grupos de discusión de otros procesos grupales, sobre la base de una serie de características que los definen: constituyen una técnica de recogida de datos de naturaleza cualitativa, que reúne a un número limitado de personas con características homogéneas en relación al tema investigado, para mantener una discusión guiada en un clima permisivo, no directivo.

Para esta investigación, serán seleccionados seis grupos de docentes formados por entre 5 y 8 miembros, con representatividad de género y experiencia o no en el trato con alumnado TDAH.

4.3. Categorización y análisis de los datos

El proceso de análisis de datos cualitativos no comenzará una vez recogida toda la información, sino que será un proceso simultaneado con la fase de recogida de datos y con el análisis de los datos de la parte estadística. Así pues, de la lectura y análisis que realicemos de las primeras transcripciones de entrevistas y de los primeros datos cuantitativos (cuestionarios) surgirán interrogantes, dudas y cuestiones que podrán ser planteadas en la fase de grupos de discusión. Mi idea es organizar la información que vayamos recabando en torno a una serie de categorías.

Las preguntas abiertas ofrecen profundidad, detalle y significado a un nivel muy personal de la experiencia. A diferencia de las medidas cuantitativas que son abreviadas y fáciles de analizar estadísticamente, las respuestas

cualitativas son largas, muy detalladas y variables a escala de contexto, y su análisis es difícil porque las respuestas no son ni sistemáticas ni estándares. Patton (1990) señalaba que «el análisis de los datos cualitativos es un proceso creativo y un proceso que demanda disciplina intelectual, rigor analítico y mucho trabajo duro» (p. 381). Seguiré un análisis de tipo inductivo en el que las categorías de análisis provienen de los datos; emergen de las respuestas en lugar de ser impuestas a priori. Tendré que buscar las categorías que más adecuadamente organicen y representen estos datos.

A continuación se presenta la temporalización de nuestro proyecto de investigación.

4.4. Propuesta de temporalización

Estimamos que se necesitarán 30 meses en todo el proceso:

MES	ACTIVIDAD
1 - 5	Recopilación documental y elección de dimensiones o bloques para organizar los guiones de las entrevistas
6 - 8	Entrevistas con docentes
9 - 12	Construcción final del cuestionario a aplicar con docentes. Juicio de expertos sobre la pertinencia, adecuación y validez del cuestionario.
13-15	Aplicación del cuestionario a docentes
16 - 18	Análisis de los datos del cuestionario
19 - 20	Realización de grupos de discusión con docentes
21 - 23	Agrupación de todos los datos en grandes categorías / bloques para su análisis e interpretación.
24 - 30	Redacción del informe final / Tesis Doctoral

Bibliografía

- Aguilar, G. (2005). *Cómo tratar los problemas de conducta en el niño. Guía práctica para detectar y afrontar los trastornos emocionales*. México D.F.: Trillas.
- Alonso, M. et al. (1994). *El niño y la escuela. Dificultades escolares*. Barcelona: Laertes.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM IV-R: Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Cuadrado, I. et al. (1998). *Alumnos con necesidades educativas Especiales. Tomo II Pensamiento del profesorado sobre la necesidad de adaptación de materiales didácticos*. Universidad de Extremadura: España.
- Fraenkel, J. y N. Wallen. (1996). *How to design and evaluate research in education*. Nueva York: McGraw Hill.
- Freire, H. (2012). ¿Niñas y niños Hiperactivos? *Cuadernos de Pedagogía*, 419, 51-64.
- García, R. y M. Cáceres. (2011). *El grupo de investigación en la investigación educativa*. <http://www.bibliociencias.eu/gsd/collect/revistas/index/assoc/HASH01a0/7e91461d.dir/doc.pdf> (Recuperado de internet 22 de mayo 2013).
- Goetz, J. P. y LeCompte, M.D. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata.
- González, E. et al. (1995). *Necesidades educativas especiales intervención psicoeducativa*. Madrid: CCS.

- Martínez Martín, M^a. A., y Conde Arce, H. (2009). *Trabajar con personas con TDAH, una labor de equipo*. Burgos: Universidad de Burgos.
- Mena Pujol, B. et al (2006). *Guía práctica para educadores. El alumno con TDAH. Trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad*. Barcelona: Mayo. http://www.acanpadah.org/libros_TDAH.htm. (Recuperado de internet el 24 de enero 2013.)
- Miranda, A. et al. (1999). *El niño hiperactivo (TDA-H). Intervención en el aula un programa de formación para profesores*. Castelló de la Plana: Universitat Jaume I.
- Moreno García, I. (2002). *Hiperactividad prevención, evaluación y tratamiento en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Moreno García, I. (2007). *El niño hiperactivo*. Madrid: Pirámide.
- Orjales Villar, I. (2005). Trastorno por déficit de atención TDAH. Niños hiperactivos, impulsivos y desatentos: ¿Cuándo se puede hablar de un trastorno? *Cuadernos de Pedagogía*, 343, 1-16.
- Orjales Villar, I. (2005). Trastorno por déficit de atención TDAH. Niños hiperactivos, impulsivos y desatentos: Estrategias para la mejora de la conducta y rendimiento escolar del niño con TDAH en el aula. *Cuadernos de Pedagogía*, 344, p 1-13.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods (2^a Ed.)*. Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.

- Pérez Serrano, G. (1994). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Madrid: La Muralla.
- Rodríguez Gómez, G. Gil Flores J. y García Jiménez E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Algibe.
- Ruiz Olabuénaga, J.I. (2003). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Sánchez Palomino, A. y Torres González, J.A. (2002). *Educación especial I. Una perspectiva curricular, organizativa y profesional*. Madrid: Pirámide.
- Seijo, D. et al. (2008). *Educación especial competencias docentes para atención de alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo: Formación y recursos didácticas*. Granada: Port Royal.
- <http://www.youtube.com/watch?v=TmTrRnNxOaY> (Recuperado de internet el 28 de marzo del 2013).

Normativa

- Ley 42-2000 Sobre la Discapacidad en República Dominicana; gaceta oficial N°. 1049 del 30 de junio del 2000; edición oficial.
- Ley General de Educación 66-97 de República Dominicana.
<http://www.see.gob.do/Pages/portada2012.aspx>
http://sitios.educando.edu.do/biblioteca/index.php?option=com_booklibrar

[y&task=view&id=159&catid=66&Itemid=99](http://sitios.educando.edu.do/biblioteca/index.php?option=com_booklibrar&task=view&id=159&catid=66&Itemid=99). (Recuperado el 1 de junio de 2013).

- Ordenanza No. 01'1995
http://sitios.educando.edu.do/biblioteca/index.php?option=com_booklibrar&task=view&id=139&catid=64&Itemid=102 (Recuperado el 1 de junio de 2013).
- Orden Departamental No. 03-2008
http://sitios.educando.edu.do/biblioteca/index.php?option=com_booklibrar&task=view&id=141&catid=63&Itemid=103 (Recuperado el 1 de junio de 2013).
- Orden Departamental No. 04-2008
http://sitios.educando.edu.do/biblioteca/index.php?option=com_booklibrar&task=view&id=142&catid=63&Itemid=103 (Recuperado el 1 de junio de 2013).

