



UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA
VICERRECTORÍA ACADÉMICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESCUELA DE EDUCACIÓN
MAESTRÍA EN PSICOPEDAGOGÍA
Proyecto Carreras Conjuntas: UNED-UCR.
CONARE



Título

“Estrategias metodológicas utilizadas por un grupo de docentes de I y II ciclo de la Enseñanza de la Educación Básica para atender el desempeño de la disciplina con niños y niñas que presentan adecuación curricular no significativa del trastorno de déficit atencional con hiperactividad o sin esta, en el Circuito Escolar 05 del cantón de Naranjo, 2008”

Trabajo Final de Graduación

GRACIELA A. GONZÁLEZ ARRIETA.

Campus Carlos Monge Alfaro.
Sede Occidente Universidad de Costa Rica

Diciembre, 2008

TABLA DE CONTENIDOS

Profesores participantes.....	i
Agradecimiento.....	ii
Dedicatoria.....	iii
RESUMEN.....	4
CAPÍTULO I: Introducción	
1.1.- Antecedentes del problema.....	8
1.2.- Justificación e importancia del problema	13
1.3. Planteamiento del problema.....	14
1.4. Objetivos.....	15
1.4.1. Objetivos Generales.....	15
1.4.2. Objetivos específicos.....	15
CAPÍTULO II: Marco teórico	
2.1. Concepto de Normal (niños o niñas normales).....	17
2.2. Necesidades Educativas Especiales (NEE).....	17
2.3. Adecuaciones curriculares no significativas.....	20
2.4. Concepto de atención.....	21
2.5. El Déficit Atencional con hiperactividad o sin esta ADD/ADHD.....	24
2.5.1. Tipos de desatención.....	29
2.5.2. La Hiperactividad	33
2.5.3. La impulsividad.....	34
2.5.4. Diagnóstico y edad en el que se puede detectar ADD/ADHD.....	35
2.5.5. Causas del Déficit Atencional con hiperactividad o sin esta ADD/ADHD.....	37
2.5.6. Tratamiento del Déficit Atencional con hiperactividad o sin esta o ADD/ADHD.....	38
2.6. Estrategia metodológica.....	44
2.7. La disciplina.....	45
CAPÍTULO III: Metodología.	

3.1. Tipo de Investigación.....	47
3.2. Categoría de Análisis.....	50
3.2.1. El déficit atencional con hiperactividad o sin esta.....	50
3.2.1. La. Definición Conceptual.....	50
3.2.1.b. Definición Operacional	50
3.2.2. Las estrategias metodológicas.....	51
3.2.2.a. Definición Conceptual	51
3.2.2.b. Definición Operacional.....	51
3.2.3. La disciplina.....	51
3.2.3.a. Definición Conceptual.....	51
3.2.3.b. Definición Operacional.....	52
3.3. Participantes- Sujetos.....	52
3.4. Instrumentos de recolección de la información.....	52
3.5. Procedimiento de Recolección de datos.....	53
3.6. Posible Análisis: cualitativo.....	54
CAPÍTULO IV: Análisis e interpretación de los resultados	
4.1. Exposición del análisis realizado	56
4.1.1. Análisis e Interpretación de los datos primera categoría de análisis	56
4.1.2. Análisis e interpretación de los datos segunda categoría de análisis	68
4.1.3. Análisis e interpretación de los datos tercera categoría de análisis	70
4.1.4. Síntesis de la información recolectada	72
4.2. Conclusiones y .Recomendaciones.....	73
4.2.1. Conclusiones.....	73
4.2.2.Recomendaciones.....	74
4.3. Alcances y limitaciones.....	76
4.3.1. Alcances.....	76
4.3.2. Limitaciones.....	76
Bibliografía.....	78

RESUMEN

El tema del trastorno del déficit atencional con hiperactividad o sin esta ha sido trabajado en diversos estudios por profesionales de diversas áreas.

Cuando el Ministerio de Educación Pública interviene en las dificultades de aprendizaje de los discentes, las clasifica en adecuaciones curriculares significativas, adecuaciones curriculares no significativas y adecuaciones curriculares de acceso. Llamó la atención en la presente investigación, trabajar en la temática de las adecuaciones curriculares no significativas que se relacionan con el trastorno del déficit atencional con hiperactividad o sin esta.

La presente investigación pretendió dar a conocer con sus resultados, una proyección sobre lo que se está haciendo en las aulas actualmente, para trabajar la disciplina con los y las infantes que presentan el trastorno de déficit atencional con hiperactividad o sin esta en el cantón de Naranjo.

Se realizó esta investigación, para valorar las recomendaciones que brindaron los y las docentes en la disciplina con niños y niñas que presentan el trastorno del déficit atencional con hiperactividad o sin hiperactividad, en el cantón de Naranjo.

Se trataron las definiciones de normalidad, Necesidades Educativas Especiales, Adecuaciones curriculares no significativas, atención, El déficit atencional con hiperactividad o sin esta, estrategias metodológicas y de disciplina.

La definición conceptual que se tomó en cuenta en el presente trabajo para definir déficit atencional con hiperactividad o sin hiperactividad fue la siguiente: el Trastorno del déficit de Atención son las señales de inatención e impulsividad

que presentan los niños (as), se presenta en dos tipos de inatención y con hiperactividad-impulsividad; para diagnosticar el ADD/ADHD es necesario tomar en cuenta las características del Manual de diagnóstico y estadísticas de los desórdenes mentales, cuarta edición DSM-IV.

La hiperactividad-impulsividad es el conjunto de movimientos sin freno en la que el infante no pone atención cuando el mundo se lo exige, por lo general reaccionan sin pensar y no tienen cuidado de las consecuencias que su exceso de actividad pueda causar.

En la presente investigación, los sujetos fueron un grupo de docentes del Circuito Escolar 05 del cantón de Naranjo, Dirección Regional de Educación de San Ramón

El instrumento que se utilizó para la recolección de la información es el cuestionario, el cual fue validado considerando el juicio de expertos, realizado por el tutor y dos lectoras quienes revisaron el contenido de manera que se garantizara que las preguntas midieran lo que se pretendía medir.

Al ser una investigación cualitativa, se realizaron preguntas abiertas de manera que dieron paso al docente a que pudiera contestar lo que conoce acerca del tema y que no se viera limitado.

Dentro de los resultados se pueden mencionar:

- Ninguno de los docentes manifestó que para diagnosticar el síndrome del déficit atencional con hiperactividad o sin hiperactividad es necesario que el niño (a) realice seis o más síntomas que se encuentran en el Manual de diagnóstico y estadísticas de los desórdenes mentales, cuarta edición DSM-IV que persistan por seis meses o más.

- Dentro de las causas que generan el ADD/ADHD, la mayoría de docentes manifestaron que tiene que ver con causas genéticas así como causas neurológicas. Pero un menor porcentaje indica que es por el entorno del niño (a) o accidente, lo cual es incorrecto.
- Se determinó que las estrategias metodológicas que utilizan los docentes para trabajar la disciplina con niños y niñas que presentan trastorno de déficit atencional con hiperactividad o sin hiperactividad, son comunicación con los padres de familia, manejo de límites, motivación y las adecuaciones que sugiera el especialista.

Capítulo I

INTRODUCCIÓN

1.1.- Antecedentes del problema

El tema del trastorno del déficit atencional con hiperactividad o sin hiperactividad ha sido trabajado en diversos estudios por profesionales de diversas áreas. A continuación se detalla las principales características de estas investigaciones.

El trastorno del déficit atencional con hiperactividad o sin esta, el cual de acuerdo con Sandoval (2007), es conocido indistintamente “con las siglas TDA SDA, DA, ADD, ADHD, se caracteriza por una importante dificultad de la persona para poder concentrar la atención voluntaria a las actividades diarias y académicas. Lo que se manifiesta en dificultades en su rendimiento escolar y en sus relaciones familiares”. (www.deficitatencional.cl)

En el área de psicología clínica, Martínez (1998) presentó un informe final de graduación titulado “Análisis del factor de distractibilidad en una muestra de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad”; el informe se realizó en una muestra de la población que asiste a los servicios de Psiquiatría y Psicología de la Clínica del Hospital de Niños y el Hospital Calderón Guardia y de la consulta privada de profesionales en Psicología del área metropolitana de Costa Rica. La autora trabajó los diagnósticos de trastorno por déficit atencional e hiperactividad que se les estableció a estos niños y niñas para determinar de manera objetiva la presencia de inatención y de las alteraciones en la actividad motora, para así descartar la presencia de otras condiciones clínicas, buscando de esta manera en el área de la evaluación psicodiagnóstica herramientas que proporcionen la información necesaria que lleve a conclusiones válidas para un adecuado diagnóstico.

Además, Corao y Mora (1998) mencionados por Alvarado y Caravaca (2004), elaboran un estudio cualitativo “El adolescente con déficit atencional, su vivencia, conflictos y necesidades” , en el área de Psicología; el cual tuvo como

fin el análisis de los principales conflictos y necesidades que presenta el adolescente con déficit atencional, en el ámbito educativo, familiar y social en una institución del Valle Central. Sus conclusiones indican que los adolescentes comparten una vivencia que les hace experimentar conflictos y necesidades comunes de un adolescente, por lo que el déficit atencional no es motivo de algún conflicto en especial.

Por otro lado Quesada (2006), realiza un estudio cualitativo en el área de Psicología titulada “Los conflictos socioafectivos de niños con Déficit atencional con hiperactividad, generados en la relación con sus maestras guías.”; en esta tesis, por medio del estudio de un caso se identifican los conflictos socioafectivos de dos niños y una niña diagnosticados con Déficit Atencional, en relación con sus maestras guías. La tesis da una serie de recomendaciones que buscan ampliar las posibilidades de prevención e intervención, respecto al tema.

Al ser la disciplina otra de las variables que se menciona en el siguiente estudio, también se indagó acerca de cuáles estudios se han realizado acerca de este tópico con niños y niñas de edad escolar.

En el área de Psicología, Valenciano (2003), en su tesis “Criterios de identificación y abordaje de los problemas de conducta que utiliza el personal docente en el aula regular de las Escuelas del cantón de Pococí” en la cual procura reconocer la percepción, atribuciones y formas de intervención que le permiten a los docentes tomar criterio en la identificación y el abordaje de los problemas de conducta en los niños de edad escolar, mediante un estudio de campo. En sus conclusiones apunta que los docentes señalan que los problemas de conducta en el niño tienen como origen primordial las situaciones familiares que en lugar de motivarlos en sus estudios, realizan lo contrario.

Asimismo, en el área de Psicología, Valverde (2003) en su tesis “Criterios de identificación y atención educativa en el aula regular de niños y niñas en riesgo social por la violencia intrafamiliar”, realizada en el caso de los centros educativos escolares del cantón de Puriscal, muestra las acciones que realizan los docentes para atender a los niños y niñas que sufren violencia intrafamiliar.

Alvarado y Caravaca (2004) en el área de Formación Docente, realizan la tesis titulada “La resolución pacífica del conflicto como estrategia para mejorar la convivencia en el aula escolar”, es un estudio exploratorio que identifica una serie de conflictos que se dan en el aula y en los recreos en una población de niños y niñas de la Escuela Ciudadelas Unidas de San José y la Escuela Monseñor Luis Leipold de Cañas, a partir de las observaciones plantea un manual de estrategias para la solución pacífica de los conflictos que mejoren la convivencia social en el aula.

Al consultar la red, se encuentran resultados de innumerables documentos que están relacionados con el déficit atencional con hiperactividad o sin hiperactividad; al respecto se pueden citar las siguientes:

En la “Revista Neurología” se puede consultar a los exponentes C. Montiel Nava, J.A. Peña, G. Espina Mariñes, M.E. Ferrer Hernández, A. López-Rubio, S. Puertas Sánchez, J.J. Cardozo Durán (2002) quienes realizan una investigación con el nombre de “Estudio piloto de metilfenidato y entrenamiento a padres en el tratamiento de niños con trastorno por déficit de atención-hiperactividad”, cuyo objetivo fue “...determinar la eficacia de la medicación estimulante y un programa de entrenamiento a padres para la disminución de los síntomas de TDAH en una muestra de niños marabinos...” los resultados fueron que

“...Ambos grupos mostraron reducción de síntomas al finalizar la fase de intervención terapéutica en diferentes grados. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas para las valoraciones de los padres en ambos grupos, en los síntomas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad. Las valoraciones de los profesores mostraron disminución de síntomas significativos en el grupo de medicación para las medidas de hiperactividad e impulsividad, pero no para las de falta de atención, mientras que para el grupo de entrenamiento a padres, sólo hubo diferencias significativas en el índice de TDAH. No hubo diferencia en cuanto a la efectividad de ambas intervenciones...”

Y se concluye que

“...Al comparar ambos programas de tratamiento, se observa que tanto el entrenamiento a padres como la medicación psicoestimulante son tratamientos efectivos para la disminución de los síntomas del TDAH. A pesar de que no existen diferencias entre la efectividad de ambas intervenciones, se observa una tendencia a que la medicación sea más efectiva...”

(www.paidopsiquiatria.com/trabajos/farma2.pdf)

Los autores C. Montiel Nava, J.A. Peña, I. Montiel Barbero (2003) cada una de ellas representantes de universidades venezolanas, publican en la “Revista Neurología” una investigación titulada “Datos epidemiológicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en una muestra de niños marabinos” cuyo objetivo es “...confirmar las cifras de prevalencia del TDAH en una comunidad venezolana y describir las características clínicas y emográficas de los sujetos identificados...” la muestra utilizada fue de “...escolares entre 3 y 13 años que

asistían a escuelas regulares en el Municipio Maracaibo del Estado Zulia, en Venezuela...” los resultados fueron

“...La prevalencia estimada del TDAH fue del 10,15%, se obtuvo un 2,03% para el tipo hiperactivo, un 0,51% para el subtipo desatento, y un 7,61% para el subtipo combinado. La prevalencia fue mayor para el sexo masculino, en una proporción de 3:1. La ejecución de los sujetos en las medidas cognitivas y académicas estuvo dentro del intervalo promedio...”

(www.paidopsiquiatria.com/trabajos/epi1.pdf)

Asimismo, C. Capdevila Brophy, J. Artigas Pallarés, A. Ramírez Mallafré, M. López Rosendo, J. Real, J.E. Obiols Llandrich (2005), de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona, en la “Revista Neurología” publican un

“...estudio forma parte de una investigación más amplia que se lleva a cabo en la Unidad de Neuropediatría de la Corporación Sanitaria Parc Taulí de Sabadell y que busca determinar similitudes y diferencias entre los subtipos en su sintomatología asociada, incluyendo el fenotipo neuropsicológico y conductual, aspectos psicopatológicos, de integración sensorial, así como de antecedentes pre, peri y postnatales, historia médica y familiar...”

Titulado “Fenotipo neuropsicológico del trastorno de déficit tencional/hiperactividad: ¿existen diferencias entre los subtipos?”, fue realizada con “...una muestra de niños entre 6 y 14 años, de ambos sexos diagnosticados

con TDA/H...”, cuyas conclusiones son las siguientes “...Los subtipos difieren significativamente en medidas de memoria de trabajo no verbal, previsión de respuestas, comprobación de hipótesis y control motriz. Los dos grupos comparten déficit en velocidad de producción de respuesta y memoria de trabajo verbal...” (www.psyncron.com/es/docs/subtipostdah.pdf)

1.2.- Justificación e importancia del problema

Dentro del marco del sistema educativo costarricense se trabaja con niños y niñas que tienen necesidades educativas especiales, que según Cordero y Montoya (2002) son “...quienes presentan condiciones de aprendizaje diferentes o dificultades mayores al promedio de los estudiantes, lo que dificulta e impide acceder al currículo regular...” (p. 8).

Cuando el Ministerio de Educación Pública interviene en las dificultades de aprendizaje de los discentes, las clasifica en adecuaciones curriculares significativas, adecuaciones curriculares no significativas y adecuaciones curriculares de acceso. Llama la atención en la presente investigación, trabajar en la temática de las adecuaciones curriculares no significativas que se relacionan con el trastorno del déficit atencional con hiperactividad o sin esta, y como se indicó con anterioridad, de acuerdo con Sandoval (2007), es “conocido con las siglas TDA, SDA, DA, ADD, ADHD, se caracteriza por una importante dificultad de la persona para poder concentrar la atención voluntaria a las actividades diarias y académicas. Lo que se manifiesta en dificultades en su rendimiento escolar y en sus relaciones familiares”. (www.deficitatencional.cl)

La presente investigación pretendió dar a conocer con sus resultados, una proyección sobre lo que se está haciendo en las aulas actualmente, para trabajar la disciplina con los y las infantes que presentan el trastorno de déficit atencional con hiperactividad o sin hiperactividad, en el cantón de Naranjo.

Es relevante que los maestros atiendan las necesidades de las personas que las requieran, para lograr que estas amplíen sus conocimientos. De esta manera el docente al lograr controlar la disciplina pueda atraer la atención de los estudiantes que tengan el trastorno mencionado anteriormente, de esta forma lograr que se puedan defender en un futuro, tanto en el salón de clases como en la vida, al enriquecer su conocimiento.

Al realizar esta investigación, para valorar las recomendaciones que utilizan los y las docentes en la disciplina con niños y niñas que presentan el trastorno del déficit atencional con hiperactividad o sin esta en el cantón de Naranjo se pueda brindar un aporte a los centros educativos objetos de estudio, respecto a las posibles sugerencias por seguir para ayudar a estos estudiantes.

1.3. Planteamiento del problema

¿Cuáles son las estrategias metodológicas que utiliza una muestra de docentes de I y II ciclos de la (Educación General Básica) Enseñanza de la Educación Básica para trabajar el desempeño de la disciplina con niños y niñas que presentan adecuación no significativa del trastorno de déficit atencional con hiperactividad o sin hiperactividad en el Circuito Escolar 05 del cantón de Naranjo, 2008?

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

1. Identificar las estrategias metodológicas que utiliza una grupo de docentes de I y II ciclos de la Educación General Básica para trabajar el desempeño de la disciplina con niños y niñas que presentan adecuación no significativa del trastorno de déficit atencional con hiperactividad o sin hiperactividad en el Circuito Escolar 05 del cantón de Naranjo, 2008.

1.4.2. Objetivos específicos

1. Determinar cuáles estrategias metodológicas utiliza un grupo de docentes de I y II ciclos de la Educación General Básica para atender la disciplina con niños y niñas que presentan trastorno de déficit atencional con hiperactividad o sin esta en el Circuito Escolar 05 del cantón de Naranjo.
2. Establecer el nivel de escolaridad y la edad en que se identifican los trastornos de déficit atencional con hiperactividad o sin esta, de los niños y niñas del I y II Ciclos de la Educación General Básica en el Circuito Escolar 05 del cantón de Naranjo.

Capítulo II

MARCO TEÓRICO

Definición de términos:

En este marco teórico se trataron varias definiciones, las cuales sirvieron para interpretar los resultados de la presente investigación. Los conceptos son:

- Normalidad.
- Necesidades Educativas Especiales.
- Adecuaciones curriculares no significativas.
- Atención.
- El déficit atencional con hiperactividad o sin hiperactividad. (Tipos de desatención, Hiperactividad, la Impulsividad, Diagnostico y edad que se puede detectar ADD/ADHD, Causas del déficit atencional con hiperactividad o sin hiperactividad y tratamiento)
- Estrategias metodológicas.
- Disciplina.

2.1. Concepto de Normal (niños o niñas normales)

Según el concepto planteado de normativo para Papalia (2002) es "...aquel que la mayoría de las personas en un grupo experimentan de forma similar. Las influencias normativas determinadas por la edad son sumamente similares para las personas de un grupo de edad particular. Incluyen sucesos biológicos y sucesos sociales..." (p. 14); esto quiere decir que lo normal es lo que se supone que se debe dar en todos los miembros de un grupo social que tienen la mismas características biológicas y sociales.

2.2. Necesidades Educativas Especiales (NEE)

Con el transcurrir del tiempo se ha utilizado una gran cantidad de términos para calificar a las personas que presentan alguna necesidad, para acceder al aprendizaje. Estos provocan en las personas que están inmersas dentro del proceso de enseñanza, una gran confusión, ya que se tienen diversas formas

de pensar acerca de los individuos con limitaciones, pues se va desde las definiciones como anormal o deficiente hasta discapacitado o especial.

Al respecto Díaz y Marín (2004), aluden que: "...esta terminología que se ha utilizado despoja al sujeto de su personalidad, provoca que no sea valorado en su condición de ser humano y ha conducido a marginar a esta población..." (p. 12)

De acuerdo con lo anterior se ve la necesidad de buscar un concepto que integre a todos los niños que presenten alguna condición especial para aprender, de allí nace la noción de las necesidades educativas especiales.

Según Paula (2003) "...El concepto de necesidades educativas especiales se genera en países anglosajones, especialmente en Inglaterra, a partir del Informe Warnock (1978), el cual es pionero en la reconceptualización de la educación especial y del término necesidades educativas especiales. El informe contiene las propuestas para la integración escolar y social de los discapacitados en ese país..." (p. 15)

La autora en esa obra hace diferencia entre el concepto de necesidades educativas especiales y la definición de educación especial de la siguiente forma:

- "El concepto NEE surge cuando <<una deficiencia (que puede ser física, sensorial, intelectual, emocional, social o cualquier combinación de éstas) 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 alumnado sea educado adecuada y eficazmente. Su

duración puede ser temporal o permanente y presentarse desde una forma leve hasta grave>>.

- Por EE entiende << la combinación del currículo, enseñanza, apoyos y condiciones de aprendizaje necesarias para satisfacer las necesidades educativas del alumnado en forma adecuada y eficaz>>” (p. 15)

En otro apartado, Paula (2003) alude basada en López (1997) que:

“...las necesidades educativas especiales se definen no sólo en función de las características de las personas sino de acuerdo con los materiales y recursos que pueden necesitar para el logro de sus objetivos educativos. No queda, por tanto, reducido al alumnado con discapacidad psíquica o física, sino que aparece como una posibilidad abierta a todo tipo de alumnado que, de manera permanente o puntual, necesita ayuda o atención complementaria a la acción educativa considerada suficiente para la mayoría del alumnado...” (p. 16)

Por lo que en la educación, después de llamar a las personas con dificultades de diversas formas que en ocasiones causaban más daño a nivel emocional se llega al término de Necesidades Educativas Especiales.

Asimismo, Cordero y Montoya (2002) las definen como: “... los alumnos con necesidades educativas especiales son quienes presentan condiciones de aprendizaje diferentes o dificultades mayores al promedio de los estudiantes, lo que dificulta e impide acceder al currículo...” (p. 8)

En esta definición se encierran tres tipos de discentes, los primeros son los mal llamados “normales”, los segundos son los que se salen de este margen en

orden ascendente o “superdotados” y los terceros son los inferiores al nivel o “anormales”. Es primordial recalcar que los niños con NEE no son sólo aquellos que presentan problemas para el aprendizaje, sino que también los que por alguna situación familiar, social, económica, religiosa, emocional, hacen diferencia dentro del salón de clase; por ejemplo el caso de los estudiantes extranjeros que ingresan al sistema educativo costarricense.

Dentro de estas NEE podemos encontrar a los infantes que presentan déficit atencional con hiperactividad o sin hiperactividad, a quienes los y las docentes de las aulas regulares deben atender.

La educación costarricense divide a los niños con NEE en adecuaciones significativas, no significativas y de acceso; para el presente estudio se definirán las no significativas, ya que los niños (as) con déficit atencional con hiperactividad o sin esta, se encuentran dentro de las características que se encuentran en esta categoría.

2.3. Adecuaciones curriculares no significativas

Las adecuaciones curriculares no significativas son las que se utilizan principalmente con los niños que tienen dificultades cognoscitivas en menor grado en comparación de los infantes a los que se les aplica las adecuaciones curriculares significativas. De acuerdo con Cordero y Montoya (2002), las adecuaciones no significativas “...son las que no modifican sustancialmente la programación educativa del currículo oficial. Incluyen dar prioridad a objetivos y contenidos así como actividades metodológicas y evaluativas...” (p.19)

Esto quiere decir que el discente se encuentra en el mismo grado de sus demás compañeros, sólo que se da prioridad a ciertos contenidos y objetivos que se consideren más valiosos para su desarrollo en la vida diaria, respetando su ritmo de aprendizaje.

2.4. Concepto de atención

Para hablar de déficit atencional es necesario definir primero el concepto de atención, según una fuente electrónica consultada, el escritor Renny Yagosesky la define de la siguiente manera "...Focalización u orientación de la energía hacia un lugar, espacio o situación determinada, con la intención consciente o inconsciente de lograr un objetivo..."; Charles Morris la define como "...Selección de la parte de la información de entrada para su procesamiento posterior..." Además, Cristina Escobar dice que la atención "...consiste en el despliegue que un organismo realiza en el transcurso de su actividad de obtención de información en su entorno. Esta actividad consiste en una búsqueda que tiene, por una parte, aspectos conductuales y, por otro, manifestaciones neurofisiológicas..."

(www.psicopedagogia.com/definicion/atencion/19/03/08).

Mientras que en otra fuente bibliográfica, de acuerdo con el Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent (2000), mencionado por Janin (2005), se define atención como

"...un estado en el cual la tensión interior está dirigida hacia un objeto exterior. Es un mecanismo importante en el funcionamiento mental de un individuo, que le permite no quedar sometido pasivamente a las incitaciones del contexto. Ella permite al sistema nervioso no ser sobrepasado por el número de informaciones sensoriales que le llegan a cada instante y, por consiguiente, al ser vivo adaptar su comportamiento. También se puede definir la atención en relación con la conciencia: la atención es la selección de acontecimiento, o de un pensamiento, y su mantenimiento en la conciencia..." (Houzel; Emmanuelli; Moggio: pp. 72).

Asimismo, Janin (2005), agrega que “la atención es un proceso activo, que protege al individuo del caos del mundo externo y de sus propias sensaciones, permitiéndole privilegiar un elemento sobre los otros”; además señala que existen dos tipos de atención basado en el Dictionnaire de psychopathologie de l’enfant et de l’adolescent (2000), y estas son “...atención constante o sostenida... estado de alerta... estado de vigilia...atención selectiva presupone la selección de un elemento, a la vez que deja a un lado el resto...”(p.47-48)

Otro de los conceptos investigados acerca de la atención es el de Rosas (2002) quien define atención como “...la concentración en una situación u objeto determinado: implica la existencia de un estímulo que puede provenir del medio ambiente o del propio cuerpo del individuo. Cuando la atención se concentra, la percepción del objeto aumenta, adquiriendo una mayor fuerza para quedar fijo en la memoria...”. La escritora menciona que “...la atención tiene una serie de propiedades que permiten analizar su funcionamiento...”, las cuales se definirán a continuación:

“...Amplitud: es todo lo que el individuo puede captar en algún lugar. Por ejemplo, en un mismo cuarto hay personas que pueden captar más detalles que otras.

Intensidad o agudeza: la atención puede ser superficial o profunda. Dependiendo de ello podremos captar elementos que nos son tan evidentes.

Duración: es el tiempo en que se puede mantener la atención; el cansancio representa un papel destacado en este aspecto. Cuando se reitera un estímulo o la respuesta es automática, es posible que se actúe sin la intervención de la atención...” (p.41)

Igualmente, la prosista basándose en la Fundación para la Asistencia, Docencia e Investigación Psicopedagógica de Buenos Aires, Argentina; describe la existencia de tipos de atención cuyos nombres y características son las siguientes:

“... Atención sensorial: el niño que sigue movimientos de un globo o el sujeto busca un objeto perdido, despliega la atención sensorial, la cual pone en juego los sentidos.

Atención intelectual: cuando el niño busca resolver un problema o comprender una lectura, despliega este tipo de atención. En las personas con problemas de aprendizaje suele presentarse un predominio del primer tipo de atención.

Atención espontánea: es el tipo de atención que surge como resultado de un hecho sorprendente. Este suceso puede provenir del medio externo o del interno.

Atención voluntaria. Este tipo de atención está dirigido por la voluntad, es decir, la iniciativa es del sujeto y no la atracción del objeto. Exige una concentración de todas las funciones mentales dirigidas al estímulo. El interés interviene con mayor énfasis en este tipo de atención...” (p. 41-42)

Entonces se puede aludir que la atención es un periodo en el que el ser humano, por medio de la mente, percibe lo que sucede a su alrededor; ya sea el todo o algo en específico.

Sin embargo, existen personas que padecen de un trastorno neurobiológico el cual se llama síndrome de déficit atencional con o sin hiperactividad. El cual se va a describir a continuación.

2.5. El Déficit Atencional con hiperactividad o sin hiperactividad ADD/ADHD

El trastorno de déficit atencional, ha sido muy estudiado en los últimos años, prueba de ello es la cantidad de documentos que se pueden encontrar en la Web que hablan sobre el tema.

Dentro de los antecedentes históricos Morales y Villalobos (2004) citan que “...desde 1867, se discute en Gran Bretaña sobre déficit atencional...” y que un pediatra Británico llamado George Still, en 1902 “...publica un estudio sobre veinte niños, a quienes describió como apasionados, desafiantes, malévolos y sin volición inhibitoria. Sugirió que sospechaba de una lesión cerebral sutil...”.

De la misma forma Armstrong (2001) indica que en este mismo informe de George Still dice que los veinte niños son “...desobedientes y agresivos... de los que él pensaba que tenían “defectos morales...” debidos a problemas neurológicos subyacentes” (p. 35). Luego Morales y Villalobos (2004) indican que la teoría de Still (1902) en 1917 y 1918 “...se correlacionó con un defecto intrínseco de tipo neurológico, luego de un brote extenso de encefalitis letárgica, en el que los niños sobrevivientes desarrollaron un cuadro similar al del desorden conocido como Disfunción Cerebral Mínima...” (p.3). Además, indican que para 1970 se habla de “...hiperquinesis o simplemente como Síndrome del Niño Hiperactivo...” definido por Biaggi (1997) mencionado por Morales y Villalobos (2004) como:

“...Las anomalías en el comportamiento incluían, pero no estaban limitadas, a la hiperactividad, inatención, distractibilidad, reacciones súbitas de coraje, hostilidad, inmadurez, relaciones conflictivas con los compañeros, desafíos, desobediencia, problemas severos de conducta o

delincuencia, junto a la dislexia y otros problemas de aprendizaje...” (p.3)

Después de varias investigaciones para 1980, según Morales y Villalobos (2004), “...en la publicación del Manual de Diagnóstico y Estadística (DSM II) de la Asociación Americana de Psiquiatría de Atención, se define por primera vez, el síndrome... como Trastorno por Déficit de Atención...” cuyas características son “...signos de inatención e impulsividad, percibidas como diferentes desde un punto de vista del desarrollo...” (p. 3).

Luego, se introdujeron varias modificaciones a este manual y para 1994, de acuerdo con Morales y Villalobos (2004), llama al síndrome “...Déficit de la Atención con Hiperactividad o sin Hiperactividad. Divide los síntomas en dos grupos, y crea un modelo bidimensional para el diagnóstico...” (p.3)

Según Santana (2006) existen dos categorías principales del Déficit Atencional: “...1. Inatención, 2. Hiperactividad-impulsividad”, el autor dice que “...para diagnosticar a un niño o una niña con este déficit debe haber seis o más síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad que hayan permanecido por seis meses como mínimo...” (p.83) a continuación se presenta la tabla de características del Manual de diagnóstico y estadísticas de los desórdenes mentales, cuarta edición (DSM-IV) de acuerdo con Santana (2006):

“Inatención:

- No presta atención a los detalles o comete errores negligentes en el trabajo escolar, en el trabajo u otras actividades.
- Tiene dificultades manteniendo la atención en tareas o actividades del juego.
- No parece escuchar cuando se le habla directamente.

- No sigue instrucciones y falla en terminar el trabajo escolar, las labores en casa o en el trabajo.
- Tiene dificultades organizando las tareas y actividades.
- Evita o rechaza aquellas tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido como el trabajo escolar o las tareas escolares en casa.
- Pierde cosas que son necesarias para las actividades y tareas escolares.
- Es distraído por estímulos ajenos.
- Es olvidadizo en relación con las actividades diarias.

Hiperactividad- Impulsividad

- Mueve las manos, los pies o se mueve mucho estando sentado.
- Se levanta en clase o en otras situaciones donde se debe permanecer sentado.
- Corre se trepa en lugares donde esto es inapropiado.
- Tiene dificultades para jugar o participar en actividades placenteras de manera tranquila.
- Actúa como si estuviera guiado por un motor.
- Habla de manera excesiva.

Impulsividad

- Responde antes de que terminen de hacerle la pregunta.
- Tiene dificultades aguardando el turno.
- Interrumpe a otros". (p. 85)

Luego, Santana (2006) añade que

"...hay nueve síntomas en cada categoría. Según el Manual, si hay seis o más síntomas en cada categoría que persisten por seis meses o más entonces se hará un diagnóstico de DHA de tipo combinado. Si hay seis o más síntomas de inatención por seis meses como mínimo y menos de seis

síntomas de la otra categoría (hiperactividad-impulsividad), entonces se dará el diagnóstico de DHA de tipo inatento. Si ocurre el cuadro opuesto entonces será de tipo hiperactivo-impulsivo...”(p. 84)

Este autor dice que el Manual DSM-IV, ya no reconoce el llamado déficit atento, “...para rotular a aquellos niños que presentaban serios problemas de la atención...”, sino que el Manual alude que “...ya no reconoce este diagnóstico e insiste en que en estos niños no hay una deficiencia de la atención sin al menos algún indicador de hiperactividad...” además añade que “...pueden haber casos de problemas serios de la atención sin un exceso de actividad, al menos en la conducta observable... la hiperactividad puede transcurrir en la actividad mental no observable...” como prueba de ello expone el siguiente ejemplo “...un niño o niña puede estar pensando de manera rápida y desorganizada cuando trata de leer un material. Sin embargo, permanece sentado de manera tranquila y al parecer concentrado en la lectura. A los ojos de cualquier observador este niño o niña no tendría ni problemas en la atención ni mucho menos hiperactividad” (p. 84)

De manera que es un proceso de cuidado que implica para el especialista hacer este diagnóstico de ADD/ADHD.

Para Morales y Villalobos (2004)

“...el déficit atencional es un síndrome de origen neurobiológico, que se presenta en algunos niños en tres áreas específicas: capacidad de concentración, capacidad de control de impulsos y, en algunos casos, en el nivel de actividad. Estas dificultades deben existir con una frecuencia e intensidad discordantes con lo esperado para la edad cronológica del niño, y ser característica típica del niño, y no eventos aislados...” (p. 5)

Es importante destacar que en uno de sus argumentos Armstrong (2001) menciona que

“...la hiperactividad, la falta de atención y la impulsividad se cuentan entre las clases de conductas globales y generalizadas que se ven en la niñez y la adolescencia. Se las puede observar en prácticamente todos los niños durante ciertas partes de su vida... y bajo ciertos tipos de condiciones en otras etapas de la vida que incluyen estrés, aburrimiento, entusiasmo y otras emociones semejantes...” (p. 20).

Y presenta el siguiente ejemplo “un niño puede ser hiperactivo, desatento o impulsivo porque está deprimido, es ansioso, es alérgico a la leche, es muy creativo, lo aburren las tareas escolares, no sabe leer o tiene un temperamento difícil, entre una multitud de otros factores”. (p21).

El autor presenta las características anteriores como comunes en la vida de un niño (a) normal, pero lo que hace la diferencia entre un niño (a) normal con un niño (a) con ADD o ADHD, es que este último adquiere conductas más normales según Armstrong (2001) en las siguientes situaciones:

- “en relaciones uno a uno (Barkley, 1990, p. 56-57);
- en situaciones en las que se les paga para que realicen una tarea (McGuinness, 1985, p. 205);
- en ambientes que incluyen algo novedoso o altamente estimulante (Zentall, 1980);
- en contextos en los que ellos pueden controlar el ritmo de la experiencia de aprendizaje (Sykes, Douglas y Morgenstern, 1973);

- en los momentos en que interactúan con una figura de autoridad masculina, en vez de una figura femenina (Sleator y Ullmann, 1981).

Y agrega que “...en consecuencia, los síntomas de este trastorno parecen depender mucho del contexto” (p.20-21).

Esto quiere decir que cuando se hace un diagnóstico para determinar si un niño (a) presenta ADD o ADHD, es importante una observación detallada de las conductas del infante, para que no hayan errores de apreciación.

También Santana (2006) indica que “...es bueno recordar que los niños, sobre todo pequeños, son hiperactivos por naturaleza, pero es una hiperactividad normal y necesaria: es la forma más efectiva que tienen para conocer el mundo que les rodea, para manipular, para trasladarse y ampliar su área de acción, que es área de conocimiento...” (p. 92)

2.5.1. Tipos de desatención

Janin (2005), en su libro “Niños desatentos e hiperactivos” hace referencia a diferentes tipos de desatención manifiesta que:

“...El déficit de atención implicará, entonces, tanto un déficit en la constitución adentro-afuera, si el niño está inmerso en un mundo en el que los estímulos no pueden ser diferenciados, con la libidinización cuando lo que falla es la constitución del dirigirse al mundo, la constitución narcisista del yo cuando no puede salirse de sí; pero también puede haber un retraimiento secundario por depresión, o una dificultad para acotar la fantasía, o un estado de alerta producto de situaciones de violencia entre otras posibilidades...” (p. 58).

Además. Janin (2005) expone que a través de su experiencia ha observado “algunos modos” en que ha visto, en su clínica trastornos de atención, y los expone, a continuación se presenta un resumen de estos modos:

a) El niño “dormido”

Este trastorno lo podemos encontrar en niños que, sin ser autistas, tienen momentos autistas. Al sentir cualquier estímulo que provenga del mundo externo como un ataque, lo saca del estado de sopor. La dificultad aquí es mantener un estado de vigilia con atención sostenida; los niños autistas no atienden a los estímulos del mundo. Así, nos encontramos con niños que no se conectan con el mundo, conectados con sus propias sensaciones intracorpóreas y que son diagnosticados como ADD. En conclusión, muchos niños desatentos se conectan afectivamente con los demás y comprenden los vínculos humanos, lo que no ocurre en los niños autistas.

b) El niño que confunde adentro-afuera

No diferencia estímulo y pulsión, no puede diferenciar aquellos estímulos externos de los internos y reacciona de igual modo a ambos. Está, así, sumido en un mundo indiferenciado, sin poder privilegiar nada. Por ejemplo en la escuela pueden estar atentos a los ritmos respiratorios y cardíacos de los otros, la transpiración, los tonos musculares, los tonos de voz, sin registrar lo se les dice.

c) El niño “objeto” a mostrar

Hay niños que no atienden porque están fijados al polo exhibicionista. Son los niños en los que predomina el deseo de ser mirados y no pueden fijar la mirada en otro. Niños que están pendientes de la mirada de los otros, pero que no pueden preguntar ni investigar. La atención está dirigida a preservarse en un

lugar en el que confluyen esas miradas, pero no pueden registrar sucesos ni palabras. Por ejemplo, una niña de siete años, con dificultades en la lecto-escritura, se mostraba “linda”, sonriente, casi como una muñeca, pero cuando se le preguntaba qué había pasado el día anterior, o hasta algunas horas antes, no podía contestar, parecía no haber estado presente.

d) “No escucho porque ya lo sé”

Trastornos en la constitución de la investidura de atención por desmentida de la castración (por no soportar una fractura narcisista). La retracción se da por desencanto del mundo. No hay tolerancia a las heridas narcisistas. Sólo atienden a lo que les resulta fácil. Hay niños que no toleran no saber y tener que recurrir a otros para develar un enigma. Sienten que se quiebran si el narcisismo se pone en jaque. Es preferible entonces desmentir todo aquello que atente contra la representación de sí de un “sabelotodo”. “Soy un genio”, dicen algunos niños que no pueden realizar las tareas escolares. Un niño al que le habían puesto un uno en un examen, dice: “La maestra me sacó el diez”, como si le hubiesen robado la buena nota. El “ya lo sé” remite a un modo de defenderse de carencias insoportables.

e) “¿Me quiere o no me quiere?”

Hay niños que han constituido las investiduras de atención en relación con los intercambios afectivos pero no en relación con el conocimiento. Son los niños que buscan la aprobación afectiva, el cariño de los maestros, pero no pueden escucharlos. Es bastante frecuente que un niño que, en términos populares, “esta en la luna”, tenga una idea muy clara de las preferencias afectivas del maestro, del tipo de trato que les otorga a los otros y a él, de la relación del maestro con otras personas del entorno. Niños en los que el narcisismo, como amor a sí mismo, se sigue sosteniendo (como en las etapas más tempranas) en la mirada amorosa de otro. Si ésta falta, no pueden

encontrarse a sí mismos y sólo pueden buscarse en la conexión afectiva con otro. A veces, el deseo de ser amado puede funcionar como acicate para el aprendizaje –son los niños “buenos” que necesitan la aprobación de los adultos-, pero también puede ser un obstáculo cuando lo único que el niño registra es el estado anímico del maestro.

f) El niño triste

Constitución de las investiduras de atención y posterior retracción por duelo. El duelo implica un trabajo psíquico importante. Presupone ruptura de tramas representacionales. Este trabajo exige una disponibilidad de investiduras casi total, por lo que todo aquello que no esté vinculado con el objeto perdido suele caer fuera de la atención del sujeto.

g) El niño que juega

Desatención por retracción a un mundo fantasmático. Otra de las posibilidades es que el niño haya retirado sus investiduras del mundo para invertir fantasías. Son niños que sueñan despiertos. A pesar de las diferencias, es posible que estos niños tengan trastornos narcisistas y que se refugien en la fantasía frente a las dificultades de la realidad. El niño que se repliega en la fantasía puede hacerlo porque el mundo, y sobre todo el mundo escolar, le resulta insatisfactorio, peligroso o pone en juego el narcisismo. Pero también puede ser que el jugar, dibujar, inventar historias sea consecuencia de un contexto escolar que les resulta monótono y falto de estímulos. A diferencia de otros casos, estos niños sostienen una actividad creativa. Es una desconexión que no implica una vuelta al vacío, sino que hay un mundo fantasmático, muchas veces muy rico, que se despliega.

h) El niño que está en “alerta” permanente

Si algo se movió en el otro extremo del aula, él lo percibe. Sufre de una “sobreatención” primaria, aunque se lo catalogue como desatento. Pero no es una atención sostenida sino errátil, va de un lugar a otro, de un objeto a otro sin poder parar. De este modo, no puede centrar la atención en ningún elemento, sino que pasa de uno a otro. Está conectados con el afuera, pero es un afuera peligroso. Muchas veces, esto es efecto de situaciones de violencia. Así como hay niños que están como dormidos, anestesiados, por la violencia, hay otros que quedan en un estado de alerta continuo.

i) El niño de pensamiento “confuso”

No pueden organizar sus pensamientos y confunden deseos y realidad. Es frecuente que manifiesten una gran labilidad en su acercamiento al mundo, en sus vínculos y en su modo expresar sus afectos. (Adaptación del texto p. 58 a la 67)

2.5.2. La Hiperactividad

El trastorno del déficit atencional, puede presentar síntomas de hiperactividad y la impulsividad, para decir que estas señales están presentes, es necesario que se dé una buena observación. Al respecto Armstrong (2001) dice que “...la existencia de los síntomas de hiperactividad, falta de atención e impulsividad en los escolares no es una mera creencia, sino un hecho observado...” (p. 20)

Al referirse al concepto de hiperactividad Janin (2005) expresa que es “...exceso de movimiento desorganizado, considerándolo una señal, un indicio de conflictivas que, muchas veces, no son evidentes sino que debemos velar...” (p. 75); este movimiento se podría decir que es involuntario difícil de controlar por parte de los infantes, de manera que esta actividad produce que no se pueda dar atención, Janin (2005) alude que “...no es casual que, en muchos

casos las dificultades para atender estén acompañados por hiperactividad e impulsividad...” (p. 75)

Santana (2006) dice que la

“...hiperactividad se caracteriza por ser una fuerza sin control que se manifiesta en condiciones diferentes, en la escuela en la casa, en la calle, en las tiendas, en los lugares de juego... la hiperactividad patológica viene de adentro, es un exceso de energía que no puede ser controlada por el niño, es una energía que sobre pasa los límites de la hiperactividad normal que lleva al niño a conocer el mundo...” (p. 93)

Ese movimiento que el niño (a) presenta les produce excitación y deja de ser una simple acción; de manera que según Janin (2005) “...el niño puede no sólo desatender lo que el mundo le exige que atienda, sino también entrar en un circuito de movimientos desenfrenados. Y lo que se repite en muchos niños es la tendencia a reaccionar sin pensar, a actuar sin mediatización...” (p. 76)

Santana (2006) dice que la hiperactividad “...se refiere a un exceso de actividad, de energía, a una actividad que aparentemente no es normal. Hay muchos niños, adolescentes e incluso adultos hiperactivos...” (p. 92)

2.5.3. La impulsividad

De acuerdo con Rosas (2002), la impulsividad “...es la incapacidad para tener presentes las consecuencias de nuestros actos y aplazar las gratificaciones...”. Los niños (as) que la padecen según la autora registran las siguientes conductas

“...son incapaces de planificar sus tareas y es frecuente que las presente de forma sucia y descuidada. Pueden proceder a cambios frecuentes de una actividad no finalizada a otra. Suelen sufrir más accidentes que el resto de los niños, son incapaces de esperar su turno, interrumpen constantemente y no pueden seguir las normas de un juego...” (p.44)

2.5.4. Diagnóstico y edad en el que se puede detectar ADD/ADHD

Para detallar los aspectos relacionados con el diagnóstico del ADD/ADHD, es necesario definir la palabra “diagnóstico”, para el Diccionario de la Real Academia Española según Morales y Villalobos (2004) “...se refiere al conocimiento de alguna enfermedad por medio de la observación de sus síntomas y signos...” Esto quiere decir para Morales y Villalobos (2004) que “...un diagnóstico tiene que ver con una actitud investigadora, observadora de los más pequeños detalles, una actitud de espera hasta recabar toda la información necesaria, que permita conocer aquello que se observa...” (p.13)

Lo anterior quiere decir que un diagnóstico es un procedimiento que se debe hacer con cautela por parte del profesional, en el caso del déficit atencional, se necesita brindar mucha atención y una mayor observación, sobre todo considerando los aspectos que se han mencionado a lo largo del presente trabajo. Es necesario conocer las verdaderas razones del comportamiento que el niño (a) manifiesta para poder dar un verdadero diagnóstico del ADD/ADHD. También es importante no olvidar la ética profesional, ya que un error en los resultados podrían “etiquetar” a un (a) infante y cambiar el rumbo de su vida.

Cuando un especialista diagnostica el ADD/ADHD, hace uso del Manual de diagnóstico y Estadística de la Asociación Americana de Psiquiatría DSM-IV, editado en 1994, según autores consultados en la siguiente investigación y que ya han sido mencionados. De acuerdo con Morales y Villalobos (2004) “...este

documento se presenta como la voz oficial que unifica los criterios de la forma objetiva y universal (prácticamente en el ámbito mundial), y señala los... criterios diagnósticos para el déficit atencional...” (p. 14)

Según Janin (2005) “...En el DSM-IV, se dan tres tipos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad: tipo combinado, tipo con predominio del déficit de atención y tipo con predominio hiperactivo-impulsivo...” y la autora hace referencia a otros aspectos que a veces no son tomados en cuenta y que según ella se mencionan en el Manual y es que “...algún problema relacionado con los síntomas debe producirse en dos situaciones por lo menos (por ejemplo, en casa y en la escuela)...”

Además, hace referencia al siguiente aspecto “...durante la primera infancia puede ser difícil distinguir los síntomas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad de ciertos comportamientos propios de la edad en niños activos...” (p. 23) que ya fue analizado en la presente investigación en la definición de Déficit Atencional con hiperactividad o sin hiperactividad ADD/ADHD, apoyado por Armstrong (2001), al mencionar las diferencias de la hiperactividad en un niño normal y uno con ADD/ADHD.

Las autoras Morales y Villalobos (2004) indican que:

“...el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención, es más difícil de detectar que el tipo con predominio hiperactivo-impulsivo, ya que, pasa inadvertido por más tiempo, pues se trata de un alumno que no da tanto problema de conducta como un niño abiertamente hiperactivo, que sí desordena el grupo y se “hace sentir” en cualquier lugar en el que esté...” (p. 16)

Entonces este último argumento es importante tenerlo en cuenta al diagnóstico por parte del profesional para que no haya confusión y las conclusiones de las observaciones se justifiquen de la mejor forma.

Asimismo, en el libro “Niños con déficit atencional” las autoras Morales y Villalobos (2004) indican que en la actualidad existe otro tipo de prueba para diagnosticar el ADD/ADHD y es “...un examen computarizado: Test of Variable of Attention, TOVA...” de acuerdo con Biaggi (1997:20) mencionado por las autoras reside en “...oprimir un dispositivo, a la vez que aparece, en la pantalla de una computadora, un blanco intercalado con otro estímulo, el cual es similar, pero diferente en localización. Al final de la prueba, la computadora crea un informe donde se toman en cuenta tres parámetros para decidir, si el niño tiene o no una alta posibilidad de sufrir trastorno...” sin embargo, según las autoras Morales y Villalobos (2004) “...es claro que dicha prueba tiene la desventaja de no tomar en cuenta las circunstancias de la vida por las que pueda estar atravesando el niño, su medio cultural y social, así como los problemas que se dan, producto de incongruencias y desaciertos del sistema educativo...” (p. 16)

2.5.5. Causas del Déficit Atencional con o sin hiperactividad ADD/ADHD

Los autores Nussbaum y Bigler (1990), aludido por Silva, O. y otro (1991), mencionado en el trabajo de Psicología de Albornoz, Sergio; Encalada, Sebastián; Rojas Jhonathan de la Universidad Arturo Prat de Chile, muestran que “...algunas de las posibles causas del Trastorno por Déficit de la Atención (TDA), con la finalidad de poder dilucidar mejor los antecedentes son :

Causas:

-Disfunción Cerebral: Desequilibrio en neurotransmisores en el sistema reticular (filtros).

-Retraso en maduración Cerebral: Lóbulo frontal.

-Historia Familiar de SDA (antecedentes genéticos): Solo un pequeño porcentaje con personas con SDA muestran este tipo de causas.

-Historia Familiar de SDA (antecedentes genéticos): Pueden empeorar rasgos de conductas asociadas al déficit atencional pero no lo causan...”

(www.unap.cl/metadot/index.pl?id=17283&isa=Item&field_name=item_attachment_file&op=download_file)

Nota: Es necesario aclarar que SDA significa Síndrome de Déficit Atencional.

2.5.6. Tratamiento del Déficit Atencional con o sin hiperactividad ADD/ADHD

Para el tratamiento del Déficit Atencional, los especialistas mencionan estrategias metodológicas para trabajar en el hogar y en la escuela; asimismo, se mencionan tratamientos farmacológicos.

En cuanto a estrategias metodológicas se encuentran en la web las de Eric A. Taylor, Ed. Martínez Roca (1991) aludidos por Albornoz, Sergio; Encalada, Sebastián; Rojas Jhonathan de la Universidad Arturo Prat de Chile quienes indican

En la escuela

“1. Para cada una de las conductas para cambiar en el alumno trata de utilizar el mayor número de aproximaciones diferentes al problema.

a) Si el alumno no termina la tarea premiarlo por lo que ha hecho.

b) Adaptar el entorno de la sala, ubicando al alumno cerca de la mesa del profesor.

c) Sentar al alumno en una mesa solo, y si es necesario frente a la pared en momentos que se requiera mayor atención.

d) Adaptar la exigencia de las tareas haciendo que él las pueda realizar por parte.

e) Ponerle un límite de tiempo de trabajo si se evidencia cansancio o desmotivación.

f) Prestarle atención en momentos en que sí está concentrado, acariciándole la cabeza o parándose cerca de su mesa y sonreírle.

2. Retirar la atención a las malas conductas cuando éstas se produzcan con mucha frecuencia y refuerza (premiar) con atención las contrarias.

.

a) Ignorar al alumno cuando se levante de su lugar para llamar la atención.

b) Ignorarlo cuando repita una palabra o frase para llama la atención.

3. Plantea las normas de clase para todos, no sólo para el niño hiperactivo y desatento.

a) No se puede correr por el pasillo, el que lo hace deberá entrenarse para caminar por dicho pasillo muy lentamente, 5 veces.

4. Trata de evitar aquellas situaciones en que sabes que un niño hiperactivo no se puede controlar.

a) Evitar esperas en la fila, hacer que él - ella sea la persona que cierre la puerta o al contrario que abra la puerta para que entre el curso.

5. Recordar que no se puede cambiar todas las conductas al mismo tiempo. Comienza por cambiar las menos difíciles.

6. Tan importante es adaptar la tarea a un niño (a) como programar un sistema de registro para que este compruebe de forma visible que mejora en su trabajo.

7. Si quieres modificar una conducta debes desmenuzarla en pasos pequeños y reforzar cada uno de ellos. Al final conseguirás la conducta completa, por ejemplo, comienza por reforzarle que termine cada pregunta de una ficha, después le podrás exigir que además lo haga con buena letra y más tarde que el contenido sea también correcto”.

En el hogar

“Un niño hiperactivo necesita:

- Una familia con normas claras y bien definidas.

- Que presenten una exigencia adaptada a la medida de sus posibilidades.
- Un ambiente ordenado y organizado.
- Sereno, relajante y cálido.
- Una familia que reconozca el esfuerzo realizado por el niño.
- Que le anime y proteja sin una sobreprotección excesiva.
- Que le ayude a situarse y organizarse.
- Pero sin dejarse manipular por caprichos.
- Manteniendo los límites educativos de forma racional, estable e inamovible.
- Que le ayude a encarar los problemas y a encontrarles una solución sin encubrir innecesariamente sus faltas.

Para cumplir bien el papel que les corresponde los padres necesitan:

- Un diagnóstico temprano de la situación en la que se encuentra su hijo/a.
- Información clara de qué es el Trastorno por déficit de Atención con hiperactividad.
- Información sobre el grado de afectación de su hijo.

- Tener presente que el problema tiene solución, pero que, de no tomar las medidas oportunas, irá creciendo en los próximos años.
- Disponer el asesoramiento adecuado sobre aspectos educativos generales.
- Recibir instrucción directa sobre el tratamiento general del niño y específica sobre las pautas de actuación para casa.

En manos de los padres está:

- Coordinar el intercambio de información entre el neurólogo, el psicopedagogo y el profesor de aula.
- Proveer de un ambiente familiar estructurado
- No activar al niño con su comportamiento.
- Poner límites educativos correctos, adecuados a la capacidad del niño.
- Favorecer la autonomía personal del niño.
- Crear buenos hábitos de estudio.
- Modelar conductas reflexivas.
- Reforzar su autoestima.
- Generalizar la utilización de auto instrucciones.

-Favorecer el contacto controlado con otros niños.”

(www.unap.cl/metadot/index.pl?id=17283&isa=Item&field_name=item_attachment_file&op=download_file)

Para el tratamiento farmacológico, encontramos los aludidos por Héctor Roberto Biaggi (2003), quien los define y describe de la siguiente manera

“...Los estimulantes o anfetaminas es la modalidad de tratamiento más común en el trastorno de AD/HD. Su uso en los Estados Unidos es amplio y de todas las anfetaminas, el metilfenidato (Ritalina) es recetado en un 90% de los casos. (Du Paul GJ, Barkley RA, 1990) Dentro de esta categoría también se encuentran la dextroanfetamina (Dexedrine), pemolina (Cylert), y recientemente el Adderal (una combinación de anfetaminas con dextroanfetaminas). Otro grupo de medicinas igualmente efectivas en el tratamiento de esta condición son los antidepresivos de tipo tricíclicos (imipramina, desipramina, norpramina) y el bupropion (Wellbutrin), un antidepresivo cuyo mecanismo de acción es principalmente noradrenérgico. La guanfacina (Tenex) y la clonidina (Catapres) son otros tipos de drogas utilizadas en el trastorno por déficit de la atención...”

(www.centropsicologos.cl/deficit_atencional.htm)

Asimismo, este autor indica que también se utilizan otras medicinas y las describe así “...Los psicoestimulantes no son la mejor medicina para algunos niños. Se estima que cerca de un 25% de todos los niños no responden bien al metilfenidato. Otros estudios, sin embargo, ponen la cifra de verdaderos casos en los que no hay efecto terapéutico en un 4% de los pacientes tratados. (Elia J, Rapoport J, 1991)...”. Luego, menciona que los antidepresivos de tipo tricíclico,

en ocasiones se utiliza para el tratamiento del Síndrome del Déficit Atencional con o sin Hiperactividad y los describe de la siguiente manera

“...El uso de los antidepresivos de tipo tricíclico (TCA) para el tratamiento de AD/HD se remonta a la década de 1960. Este grupo de medicinas provee ventajas como la poca susceptibilidad de abuso ilícito, una vida media más prolongada que permite administrarlos fuera del plantel escolar y la capacidad de obtener niveles sanguíneos, lo que permite ajustar la dosis a un nivel terapéutico... La desipramina ha sido el antidepresivo más estudiado en esta clase...”

(www.centropsicologos.cl/deficit_atencional.htm)

Después el autor menciona que también existen otros antidepresivos para el tratamiento del TDA/H, como “La moclobemida... la fluoxetina... El bupropion... La venlafaxina...” y que también se hace uso de Agentes antihipertensivos y menciona las siguientes “...la clonidina, guanfacina y el propranolol...” estos no son los únicos también menciona otros llamados “Antipsicóticos, litio” y además, sugiere que estos medicamentos deben de recetarse, pero no se puede dejar de lado el tratamiento clínico. (www.centropsicologos.cl/deficit_atencional.htm)

2.6. Estrategia metodológica

En el proceso sistemático de enseñanza y aprendizaje que se da dentro de cualquier salón de clase, se hace necesario efectuar diferentes actividades que permitan que el estudiante se interese por el tema en estudio, Hernández Poveda (2004) las define como “... planes generales que se formulan para tratar una tarea. Las estrategias vuelven menos dificultosa una labor, ya que la atienden inteligentemente, con método y con experiencia...” (p. 71)

2.7. La disciplina

En el aula, los docentes son los encargados de mantener el orden, sin embargo por diversas razones llegan estudiantes que no tienen manejo de límites, lo cual genera que tengan un bajo rendimiento en la conducta.

Es necesario entonces que el docente motive la disciplina en los estudiantes, según Sureda (2005),

“...la disciplina en el aula y desde el aula, se enuncia como uno de los modos más tempranos de ayudar al niño a controlar su mundo interno, atemorizado por la sociedad en que vive. Colabora con el proceso normal evolutivo de la naturaleza humana, en donde la madurez forma parte del control que se tenga sobre las fuerzas antagónicas de la personalidad. La disciplina en el aula, como herramienta para el docente es, al mismo tiempo, herramienta formadora de la personalidad del niño. Un mecanismo de adentro hacia fuera, que se aprende compartido y limitado en un ambiente controlado”. (sin p.)

Esto quiere decir que la disciplina es la madurez que el infante tiene para controlar su personalidad y forma de actuar ante diversas situaciones de su mundo interno y externo.

Capítulo III

METODOLOGÍA

3.1. Tipo de Investigación

El paradigma que se pretendió desarrollar en esta investigación fue de tipo naturalista, por que utilizó una técnica cualitativa. El paradigma naturalista se define por Barrantes (2007) como "...también naturalista-humanista o interpretativo y, según los pensadores que lo han analizado a fondo, su interés se centra en el estudio de los significados de las acciones humanas y de la vida social..." (p. 61)

En el caso de las estrategias metodológicas que utilizan las y los docentes para trabajar la disciplina con niños (as) de ADD/ADHD, se centró en la definición de que son acciones que tienen un significado para el infante con este síndrome.

Barrantes (2007), además agrega que en el paradigma naturalista, "...se caracteriza por fundamentarse en la fenomenología y la teoría interpretativa. En cuanto a la naturaleza de la realidad, ésta es dinámica, múltiple, holística, constructiva y divergente. La finalidad de la investigación es comprender e interpretar la realidad, los significados de las personas, percepciones, interacciones y acciones..." (p. 61); la presente investigación, buscó comprender de qué forma se está trabajando la disciplina en niños (as) ADD/ADHD.

Según Barrantes (2007), se dan una serie de criterios para clasificar los tipos de investigación, de acuerdo con el paradigma Naturalista escogido, para el presente trabajo se da de la siguiente manera:

De acuerdo con la finalidad fue una investigación aplicada, porque dice Barrantes (2007) que "...su finalidad es la solución de problemas prácticos para transformar las condiciones de un hecho que nos preocupa. El propósito fundamental no es aportar al conocimiento teórico..." (p. 64); en esta

investigación se buscó encontrar las estrategias que utilizan las docentes en el trabajo de la disciplina con estudiantes ADD/ADHD, de manera que surgieron conclusiones que generaron recomendaciones a cerca de esta temática.

Según el alcance temporal, la presente investigación fue un estudio transversal, porque está contemplado para la presente época. Al respecto Barrantes (2007), define estudio transversal como los que "...estudian aspectos de desarrollo de los sujetos en un momento dado..." (p. 64)

Acorde con la profundidad u objetivo, la presente investigación fue de tipo descriptiva porque abarcó un aspecto que es determinante para el desarrollo de las lecciones, como lo es la disciplina en especial con los niños (as) ADD/ADHD, por lo que describió el fenómeno que se desarrolla cuando se expresan las estrategias por utilizar; Barrantes (2007) dice que "...en la investigación descriptiva: su objetivo central es la descripción de fenómenos. Se sitúa en un primer nivel del conocimiento científico. Usa la observación, estudios correlacionales y de desarrollo..." (p. 64)

Según el carácter de la medida, la presente investigación fue de tipo cualitativa, definida por Barrantes (2007) como la que "...estudia, especialmente, los significados de las acciones humanas y de la vida social. Utiliza la metodología interpretativa (etnografía, fenomenología, interaccionismo simbólico, etc.). Su interés se centra en el descubrimiento del conocimiento. El tratamiento de los datos es, generalmente, cualitativo..." (p.65); en el presente estudio la interpretación de los resultados acerca de las estrategias metodológicas empleadas, se trató cualitativamente.

El marco en el que tuvo lugar la presente investigación fue de campo, ya que no se realizó en el laboratorio sino en las diferentes instituciones educativas del Circuito Escolar 05 del cantón de Naranjo. Barrantes (2007), define los estudios de campo como "... estudios que se realizan en situaciones naturales y que

permiten con mayor libertad generalizar los resultados a situaciones afines. No permite un riguroso control como en el laboratorio...” (p.65).

Según la concepción del fenómeno, el presente trabajo fue de acuerdo con Barrantes (2007) de tipo Ideográfica porque “...enfatisa lo particular e individual. Se basa en la singularidad de los fenómenos y su objetivo no es llegar a leyes generales ni ampliar el conocimiento teórico...” (p. 65)

La clasificación de la dimensión temporal fue descriptiva porque se pretendió indagar sobre lo que se hace actualmente; Barrantes (2007), la define como la que “...estudia los fenómenos tal y como aparecen en el presente, en el momento de realizar la investigación...” (p. 65)

Por último, la orientación que asumió el presente trabajo fue de descubrimiento, ya que se quiso conocer qué conocen los y las docentes del ADD/ADHD. Barrantes (2007) dice que “...su objetivo básico es generar o crear conocimiento desde una perspectiva inductiva. Emplea una metodología interpretativa como la etnográfica, para así comprender los fenómenos. Utiliza técnicas de análisis cualitativo y enfatiza el contexto en el descubrimiento...” (p. 66)

El tipo de muestra seleccionada fue por conveniencia, definida esta por Gómez (2003) como “escogiendo las unidades de elementos que están disponibles o que son más factibles de conseguir” pp. 10; ya que será recogida a los docentes que deseen colaborar con el investigador y con la investigación.

3.2. Categoría de Análisis

Se examinaron las respuestas de docentes acerca de las siguientes categorías de análisis:

- a. El déficit atencional con hiperactividad o sin esta.
- b. Las estrategias metodológicas.
- c. La disciplina.

Para ello, se expuso para cada categoría una definición conceptual y una operacional, de esta forma.

3.2.1. El déficit atencional con hiperactividad o sin hiperactividad.

3.2.1. a. Definición Conceptual

La definición conceptual que se tomó en cuenta en el presente trabajo para definir déficit atencional con hiperactividad o sin hiperactividad fue la siguiente: el Trastorno del déficit de Atención son las señales de inatención e impulsividad que presentan los niños (as). Se presenta en dos tipos de inatención y con hiperactividad-impulsividad; para diagnosticar el ADD/ADHD es necesario tomar en cuenta las características del Manual de diagnóstico y estadísticas de los desórdenes mentales, cuarta edición DSM-IV (descrito en el marco teórico).

La hiperactividad-impulsividad es el conjunto de movimientos sin freno, en la que el infante no pone atención cuando el mundo se lo exige, por lo general reaccionan sin pensar y no tienen cuidado de las consecuencias que su exceso de actividad pueda causar.

3.2.1. b. Definición Operacional

La definición operacional del déficit atencional con o sin hiperactividad se trabajó en las preguntas N° 1, N° 2, N° 3, N° 4, N° 5, N° 6, N° 7, N° 8, N° 9 y N° 13; de la entrevista estructurada que se utilizó como instrumento en la recolección de datos en la presente investigación.

3.2.2. Las estrategias metodológicas.

3.2.2. a. Definición Conceptual

Para las estrategias metodológicas se utilizó como definición conceptual que son las actividades que el docente realiza para motivar a que el estudiante lleve a cabo un aprendizaje significativo.

En este trabajo se hizo referencia a las estrategias metodológicas que el docente realiza para mantener la disciplina con los niños (as) con ADD/ADHD.

3.2.2. b. Definición Operacional

En la definición operacional de las estrategias metodológicas se trabajó en la pregunta N° 12 de la entrevista estructurada que se aplicó para la recolección de datos en esta investigación.

3.2.3. La disciplina.

3.2.3. a. Definición Conceptual

La definición conceptual de disciplina que se consideró es que es la madurez que el infante tiene para controlar su personalidad y forma de actuar ante diversas situaciones de su mundo interno y externo.

3.2.3. b. Definición Operacional

La definición operacional de la disciplina, se indagó en las preguntas N° 10, N° 11 y N° 13 de la entrevista estructurada previamente elaborada.

3.3. Participantes- Sujetos

En la presente investigación, los sujetos fueron una muestra de docentes del Circuito Escolar 05 del cantón de Naranjo, Sede Regional de San Ramón.

Los docentes son del área de Educación Primaria y pueden tener un grado académico de PT4, PT5 o PT6.

La recolección de datos se realizó en las escuelas del Circuito Escolar 05 del cantón de Naranjo, con los docentes que estuvieron dispuestos a colaborar.

La presente investigadora, se apersonó a las instituciones que tuvo acceso con los debidos permisos y efectuó la recolección de datos pertinentes.

3.4.- Instrumentos de recolección de la información

El instrumento que se utilizó para la recolección de la información es el cuestionario, el cual se aplicó por parte de la investigadora. Según Barrantes (2007)

“...el cuestionario está íntimamente ligado al enfoque cuantitativo, pero puede ser una técnica de recolección de datos que preste un importante servicio en la investigación cualitativa... esta forma de encuesta, según Rodríguez, Fernández y Baptista, es indicada para recoger información en grupos numerosos, con un corto mínimo de tiempo y

esfuerzo... el tipo de preguntas deben ser muy claras y para ser interpretadas sin dificultad de interpretación...” (p. 215)

En esta investigación se necesitó reconocer las estrategias metodológicas y la construcción de significados de las categorías de análisis que utilizan los encuestados.

Dicho instrumento fue validado con el juicio de expertos en cuanto a su validez de contenido, realizado por el tutor y dos lectoras quienes revisaron el contenido de manera que se garantizara que las preguntas midieran lo que se pretendía medir. Hernández y otros (2006) mencionan que la validez del contenido “...se refiere al grado en un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide...” (p. 278).

Al ser una investigación cualitativa, se realizaron preguntas abiertas de manera que dieron paso al docente a que pudiera contestar lo que conoce acerca del tema y que no se viera limitado.

La entrevista consta de 13 preguntas abiertas, 9 propias de las características del Síndrome del Déficit Atencional con hiperactividad o sin esta, 4 sobre la disciplina y el niño (a) con ADD/ADHD. (Ver anexo)

3.5. Procedimiento de Recolección de Datos

La investigadora se apersonó a las instituciones que tuvo acceso del Circuito Escolar 05 del cantón de Naranjo, luego se solicitó permiso para realizar entrevistas con los y las docentes de estos centros educativos.

3.6. Posibles Análisis: cualitativo

Para la interpretación de los resultados, se confrontó la información recolectada en las entrevistas con el marco teórico, de ahí se arrojaron conclusiones; estas se fueron interpretando pregunta por pregunta. Hernández Sampieri (2006) sugiere que "...la recolección y el análisis ocurren prácticamente en paralelo; además no es estándar, ya que cada estudio requiere de un esquema..." p. 623

Capítulo IV

Análisis e Interpretación de los datos o información.

4.1. Exposición del análisis realizado

El análisis e interpretación de la información se va a realizar por categorías de análisis:

En total se recolectaron 28 cuestionarios. Para la interpretación de los datos se utilizaron porcentajes en donde se le dio un valor porcentual, utilizando el cálculo matemático de la regresión lineal o la regla de tres, definida por Herrera (2005) en una página web como “una igualdad entre dos fracciones donde el numerador o el denominador de una de ellas es una incógnita” a cada respuesta del participante. De manera que 28 respuestas tiene un valor de 100% y una respuesta tiene valor de 3.57%.

(www.proz.com/kudoz/spanish/poetry_literature/977397-%BFpor_qu%E9_regla_de_tres.html)

4.1.1. Análisis e interpretación de los datos primera categoría de análisis

El déficit atencional hiperactividad o sin hiperactividad

Opinión de los docentes encuestados acerca de qué es el Síndrome del déficit atencional con hiperactividad.

El 3.57% no respondió a la pregunta. Un 3.57% manifestó que el síndrome del déficit atencional con hiperactividad es la posibilidad de desviar la atención sobre varios asuntos en un mismo tiempo y espacio. Otro 3.57% indicó que son los comportamiento que provocan conductas de hiperactividad. Asimismo un 3.57% aludió que se da a nivel neuropsicológico, en la que las sustancias del cerebro se transmiten de diferente manera, provocando entre otras, conductas hiperactividad.

Un 39.27% opinó que es un trastorno de conducta donde se muestra mucha actividad; inquieto; con impulsividad, en movimiento, interrumpe constantemente. Un 46.4% manifestó que presenta desconcentración, falta de atención, disperso, distracción.

De acuerdo con los resultados anteriores se puede decir que el 85.67% se aproxima a la definición de síndrome del déficit atencional con hiperactividad expuesto en esta investigación; ya que es el conjunto de movimientos sin freno en la que el infante no pone atención cuando el mundo se la exige; representado por los sinónimos de movimiento y atención escritos por los participantes.

Ninguna de las encuestadas mencionó el Manual de diagnóstico y estadísticas de los desórdenes mentales, cuarta edición DSM-IV. Esto porque según Santana (2006) en este manual se presentan una serie de conductas en donde

“...si hay seis o más síntomas en cada categoría que persisten por seis meses o más entonces se hará un diagnóstico de DHA de tipo combinado. Si hay seis o más síntomas de inatención por seis meses como mínimo y menos de seis síntomas de la otra categoría (hiperactividad-impulsividad), entonces se dará el diagnóstico de DHA de tipo inatento. Si ocurre el cuadro opuesto entonces será de tipo hiperactivo-impulsivo...” (p. 84)

Asimismo se recuerda el concepto de hiperactividad expuesto por Janin (2005) que es “...exceso de movimiento desorganizado, considerándolo una señal, un indicio de conflictivas que, muchas veces, no son evidentes sino que debemos velar...” (p. 75); este movimiento se podría decir que es involuntario,

difícil de controlar por parte de los infantes, de manera que esta actividad produce que no se pueda dar atención, Janin (2005) alude que "...no es casual que, en muchos casos las dificultades para atender estén acompañados por hiperactividad e impulsividad..." (p. 75)

Además, se planteó la definición de Santana (2005) la cual dice que la "...la hiperactividad patológica viene de adentro, es un exceso de energía que no puede ser controlada por el niño, es una energía que sobrepasa los límites de la hiperactividad normal que lleva al niño a conocer el mundo..." (p. 93)

Opinión de los docentes encuestados acerca de qué es el síndrome del déficit atencional sin hiperactividad.

El 3.57% no respondió a la pregunta. Un 62.47% manifestó que el síndrome del déficit atencional sin hiperactividad es cuando el niño (a) no logra la concentración, parece que está poniendo atención pero su mente está en otro lugar, se distrae, son dispersos. Un 30.34% indicó que se encuentran quietos, pasivos, sin movimiento, no molesta, en un solo lugar. Un 3.57% dijo que son niños que se inquietan por cualquier cosa, pero que no agreden a los compañeros (as).

Según los resultados a esta interrogante, 92.81% manifestó en cierta medida con las ideas expuestas, la definición planteada de síndrome del déficit atencional sin hiperactividad del presente trabajo. En donde Janin (2005), en su libro "Niños desatentos e hiperactivos" hace referencia a diferentes tipos de desatención manifiesta que

"...El déficit de atención implicará, entonces, tanto un déficit en la constitución adentro-afuera, si el niño está inmerso en un mundo en el que los estímulos no pueden ser diferenciados, con la libidinización cuando lo que falla es la constitución del dirigirse al mundo, la constitución narcisista del yo cuando no puede

salirse de sí; pero también puede haber un retraimiento secundario por depresión, o una dificultad para acotar la fantasía, o un estado de alerta producto de situaciones de violencia entre otras posibilidades...” (p. 58).

Las docentes no hacen referencia a las características de inatención expuestas en el Manual de diagnóstico y estadísticas de los trastornos mentales cuarta edición DSM-IV. Ya que según Santana (2006), el Manual DSM-IV, dice que “... en estos niños no hay una deficiencia de la atención sin al menos algún indicador de hiperactividad...” además, añade que “...pueden haber casos de problemas serios de la atención sin un exceso de actividad, al menos en la conducta observable... la hiperactividad puede transcurrir en la actividad mental no observable...” (pp. 84)

Opinión de los docentes encuestados sobre cuáles son los indicadores para diagnosticar que un niño (a) presenta déficit atencional con hiperactividad.

El 3.57% no respondió a la pregunta. El 32.13% manifestó que los indicadores para diagnosticar que un niño (a) presenta déficit atencional con hiperactividad son los que se muestran distraídos, inquietos, les cuesta concentrarse, presentan impulsividad, atención dispersa, movimientos continuos. Un 19.63% dijo que los indicadores son: que no termina los trabajos, no logra el aprendizaje por su falta de atención, no sigue instrucciones, molesta constantemente, cualquier cosa los distrae. Un 24.99% opinó que son líderes negativos, que les gusta llamar la atención, no muestran interés en sus trabajos, tienen bajo rendimiento académico, no tolera límites. Un 8.9% manifestó que son niños pasivos, están ausentes en el desarrollo de la clase son dispersos mantienen muy poca concentración en la clase. Un 7.14% dijo que debe ser el psicopedagogo o el neurólogo el que dé el diagnóstico si el niño padece del síndrome y no el docente. Un 3.57% manifestó que es la imposibilidad de

mantener la atención por períodos de acuerdo con su edad, olvida con frecuencia sus responsabilidades.

De los resultados anteriores se puede decir que un 8.9% indicó que es desconcentración, un 7.14% manifestó que es solamente porque el niño (a) no tiene capacidad de concentrarse, lo cual está incorrecto porque el infante con hiperactividad, aparte de la desatención, también presenta patrones de movimientos sin freno. Ninguno de los docentes manifestó que para diagnosticar el síndrome del déficit atencional con hiperactividad y sin hiperactividad es necesario que el niño (a) realice seis o más síntomas que se encuentran en el Manual de diagnóstico y estadísticas de los desórdenes mentales, cuarta edición DSM-IV que persistan por seis meses o más.

De acuerdo con Morales y Villalobos (2004) el Manual de diagnóstico y estadísticas de los desórdenes mentales, cuarta edición DSM-IV "...se presenta como la voz oficial que unifica los criterios de la forma objetiva y universal (prácticamente en el ámbito mundial), y señala los... criterios diagnósticos para el déficit atencional..." (p. 14)

A continuación se presenta la tabla de características del Manual de diagnóstico y estadísticas de los desórdenes mentales, cuarta edición (DSM-IV) de acuerdo con Santana (2006), donde se establece la inatención:

- No presta atención a los detalles o comete errores negligentes en el trabajo escolar, en el trabajo u otras actividades.
- Tiene dificultades manteniendo la atención en tareas o actividades del juego.
- No parece escuchar cuando se le habla directamente.
- No sigue instrucciones y falla en terminar el trabajo escolar, las labores en casa o en el trabajo.

- Tiene dificultades organizando las tareas y actividades.
- Evita o rechaza aquellas tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido como el trabajo escolar o las tareas escolares en casa.
- Pierde cosas que son necesarias para las actividades y tareas escolares.
- Es distraído por estímulos ajenos.
- Es olvidadizo en relación con las actividades diarias.
- Hiperactividad- Impulsividad
- Mueve las manos, los pies o se mueve mucho estando sentado.
- Se levanta en clase o en otras situaciones donde se debe permanecer sentado.
- Corre se trepa en lugares donde esto es inapropiado.
- Tiene dificultades para jugar o participar en actividades placenteras de manera tranquila.
- Actúa como si estuviera guiado por un motor.
- Habla de manera excesiva.
- Impulsividad
- Responde antes de que terminen de hacerle la pregunta.
- Tiene dificultades aguardando el turno.
- Interrumpe a otros. (p. 85)

Opinión de los docentes encuestados sobre cuáles son los indicadores para diagnosticar que un niño (a) presenta déficit atencional sin hiperactividad.

El 3.57% no respondió a la pregunta. Un 35.7% dijo que son los estudiantes que no se concentran, no retienen información, se distraen, se muestra ido, ofrece bajo rendimiento, no participa oralmente. Un 35.7% dijo que es pasivo, no hay mucha inquietud, aislados, baja autoestima. Un 3.57% indicó que son los que hacen preguntas o aportan ideas indiferentes a lo que se está desarrollando en el momento. Un 7.14% manifestó que es el estudiante que está triste, aburrido. Un 10.71% manifestó que son los infantes que presentan movimientos, se ponen de pie constantemente sin necesidad alguna, no se quedan quietos, líderes negativos, desordenados.

De manera que de lo expuesto anteriormente se puede comentar que un 10.71% está equivocado al manifestar que los discentes con síndrome del déficit atencional sin hiperactividad son los que presentan constante movimiento, ya que su capacidad de tener la atención en varias cosas se da en su mente y no en el comportamiento.

Ninguno de los docentes manifiesta que para diagnosticar el síndrome del déficit atencional con y sin hiperactividad es necesario que el niño (a) realice seis o más conductas que se encuentran en el Manual de diagnóstico y estadísticas de los desórdenes mentales, cuarta edición DSM-IV; en donde como se mencionó anteriormente, Santana (2006) añade que:

“...hay nueve síntomas en cada categoría. Según el Manual, si hay seis o más síntomas en cada categoría que persisten por seis meses o más entonces se hará un diagnóstico de DHA de tipo combinado. Si hay seis o más síntomas de inatención por seis meses como mínimo y menos de seis síntomas de la otra

categoría (hiperactividad-impulsividad), entonces se dará el diagnóstico de DHA de tipo inatento. Si ocurre el cuadro opuesto entonces será de tipo hiperactivo-impulsivo...” (p. 84)

Opinión de los docentes encuestados sobre a qué edad se puede diagnosticar el déficit atencional con hiperactividad o sin hiperactividad.

El 3.57% no respondió a la pregunta. Un 17.85% dijo que se da de los 7 u 8 años aproximadamente. Un 10.71% afirmó que se hace notorio en la edad preescolar, en la temprana infancia, desde la edad muy temprana, cuando empiezan a socializar en kinder (4 años), a muy corta edad. Un 17.85% indicó que en los primeros años de vida, desde muy pequeños. Un 3.57% dijo que no hay edad. Un 3.57% indicó que entre los 9-11 años. Un 3.57% opinó que a los 3 años. Un 3.57% señaló que a los 2 años.

Cuando el 10.71% se refiere a la infancia, consideran a la etapa del periodo en el que se está en preescolar, de los 4 a los 6 años aproximadamente. Esto indica que un 28.56% conoce de la edad en la que se puede diagnosticar el déficit atencional con o sin hiperactividad.

Según lo expuesto en la presente investigación, la edad para diagnosticar el déficit atencional es cuando ingresa a la escuela ya que es cuando se puede establecer las conductas que se evalúan en Manual de diagnóstico y estadísticas de los desórdenes mentales, cuarta edición DSM-IV.

Es importante recordar que por su parte, Santana (2006) menciona que “...los niños, sobre todos pequeños, son hiperactivos por naturaleza, pero es una hiperactividad normal y necesaria: es la forma más efectiva que tienen para conocer el mundo que les rodea, para manipular, para trasladarse y ampliar su

área de acción, que es área de conocimiento...” (p. 92); de manera que no se puede evaluar tan fácilmente el ADD/ADHD en niños (as) muy pequeños.

Opinión de los docentes encuestados sobre cuáles son las causas del déficit atencional con o sin hiperactividad.

El 21.42% no respondió a la pregunta. Un 41.05% dijo que es por causas genéticas o de herencia. Un 24.99% alude que se dan por las situaciones del entorno, experiencias negativas de la madre en el embarazo, un accidente, maltrato, la concepción del bebé y las relaciones entre los miembros de la familia. Un 12.49% manifestó que es un trastorno neurológico, a nivel cerebral.

Según lo expuesto en la presente investigación, un 41.05% está en lo correcto al manifestar que tiene que ver con causas genéticas así como el 12.49% que manifiesta que es neurológico. Pero el 21.42% que manifestó que es por causas externas está equivocado, ya que el déficit atencional no se da por las situaciones del entorno del niño (a) o accidente. Esto porque de acuerdo con Nussbaum y Bigler (1990), aludido por Silva, O. y otro (1991), mencionado en el trabajo de Psicología de Albornoz, Sergio; Encalada, Sebastián; Rojas Jhonathan, las posibles causas son una “Disfunción Cerebral” o “antecedentes genéticos”.

Opinión de los docentes encuestados sobre cuál es el tratamiento que se utiliza para los niños con déficit atencional con o sin hiperactividad.

El 10.71% no respondió a la pregunta. Un 66.04% manifestó que el tratamiento empleado es el uso del medicamento Ritalina. Un 17.85% dijo que son las terapias psicológicas, recomendaciones de un especialista, una atención individual para la escuela y el hogar. Un 3.57% consideró que con tratamientos naturales, homeopatía.

Al considerar que el 66.04% opinó que se utiliza el medicamento de farmacológico de la Ritalina y el 17.85% indicó que una terapia psicológica o de algún especialista, están en lo correcto; sin embargo, es necesario considerar que las dos consideraciones se deben de dar juntas en un acompañamiento ya que una depende de la otra. Esto porque para el tratamiento del Déficit Atencional, los especialistas mencionan estrategias metodológicas para trabajar en el hogar y en la escuela; asimismo, se mencionan tratamientos farmacológicos.

Para el tratamiento farmacológico, encontramos los aludidos por Héctor Roberto Biaggi (2003), quien los define y describe de la siguiente manera “...Los estimulantes o anfetaminas es la modalidad de tratamiento más común en el trastorno de AD/HD. Su uso en los Estados Unidos es amplio y de todas las anfetaminas, el metilfenidato (Ritalina) es recetado en un 90% de los casos. (Du Paul GJ, Barkley RA, 1990)...” y dentro de las estrategias metodológicas para usar en la escuela y el hogar se encuentran las de Eric A. Taylor, Ed. Martínez Roca (1991) aludidos por Albornoz, Sergio; Encalada, Sebastián; Rojas Jhonathan de la Universidad Arturo Prat de Chile (mencionadas en el capítulo II)

Opinión de los docentes encuestados sobre si es el Síndrome del déficit atencional una Necesidad Educativa Especial.

El 3.57% no respondió a la pregunta. Un 92.82% aludió que el síndrome del déficit atencional con hiperactividad o sin esta sí es una necesidad educativa especial. Un 3.57% opinó que no es una necesidad educativa especial porque si se trata a tiempo hay muchas posibilidades de que lleve una vida normal y aprendizaje.

Según lo expuesto anteriormente, se puede considerar que la mayoría está en lo correcto al manifestar que el síndrome del déficit atencional con o sin

hiperactividad, sí es una necesidad educativa especial. Esto porque Cordero y Montoya (2002) las definen como: "... los alumnos con necesidades educativas especiales son quienes presentan condiciones de aprendizaje diferentes o dificultades mayores al promedio de los estudiantes, lo que dificulta e impide acceder al currículo..." (p.8) y los niños (as) con ADD/ADHD requiere de un aprendizaje diferente para ingresar al currículo y realizar el proceso de enseñanza y aprendizaje.

Opinión de los docentes encuestados si la respuesta anterior fue afirmativa sobre qué tipo de adecuación curricular contempla al déficit atencional con hiperactividad o sin esta.

El 10.71% no contestó a la pregunta. Un 7.14% consideró que los niños (as) que presentan el déficit atencional con o sin hiperactividad, son parte de las adecuaciones curriculares significativas. Un 51.76% dijo que son parte de las adecuaciones curriculares no significativas. Un 7.5% aludió que son parte de las adecuaciones de acceso. Por último un 21.42% no indicó qué tipo de adecuación curricular se contempla al déficit atencional con hiperactividad o sin ella, sino que da recomendaciones como sentarlo adelante, en un lugar donde no hayan distractores sentarlo a la par de un compañero que ayude, brindarle apoyo en todo momento, aplicarle exámenes en recinto aparte, recuperar constantemente su atención, enseñarlo a utilizar agenda, desarrollar altamente su autoestima, seguir las recomendaciones que dé el especialista.

Se considera que el 51.76% está en lo correcto al manifestar que forman parte de las adecuaciones curriculares no significativas. Pero, el 7.14% que manifiesta que son adecuaciones curriculares significativas o el 7.5% que dijo que son adecuaciones curriculares de acceso, están equivocados. Se considera que el 21.42% que dieron recomendaciones por seguir, interpretó de diferente manera la pregunta, sin embargo se puede rescatar que las sugerencias dadas forman parte de las adecuaciones curriculares no significativas.

Los infantes con ADD/ADHD pertenecen a las adecuaciones curriculares no significativas esto porque según Cordero y Montoya (2002), "...son las que no modifican sustancialmente la programación educativa del currículo oficial. Incluyen dar prioridad a objetivos y contenidos así como actividades metodológicas y evaluativas..." (p.19); en el caso de estos estudiantes es necesario emplear ciertas estrategias para lograr el aprendizaje, no hay que hacerles cambio de contenidos curriculares como es el caso de las adecuaciones significativas.

Opinión de los docentes encuestados sobre qué recomendaciones darían al hogar para trabajar la disciplina de un niño (a) con déficit atencional con hiperactividad o sin hiperactividad

El 3.57% no respondió a la pregunta. Un 31.52% dijo que dentro de las recomendaciones que se daría al hogar para trabajar la disciplina de un niño (a) con déficit atencional con hiperactividad o sin esta es por medio del manejo de límites. Un 10.71% dijo que estableciendo un horario de estudio, recomendaciones de con acuerdo la conducta del niño (a), valorar y premiar lo que se hace. Un 6.53% dijo que una buena comunicación entre el hogar y la escuela, motivación, reforzar los logros obtenidos. Un 29.13% manifestó que por medio de una constante revisión del trabajo realizado por el niño (a), identificar la forma en que el estudiante aprende (auditivo, visual, kinestésico), colaborar con el trabajo escolar, dividir los trabajos en partes, revisar los cuadernos diariamente, maximizar sus capacidades, trabajar autoestima. Un 13.06% consideró brindar comprensión y compromiso de los padres de familia. Un 3.57% recomienda darle Ritalina antes de venir a la escuela.

Las recomendaciones brindadas están en lo correcto para trabajar la disciplina en el hogar de los niños (as) con o sin hiperactividad. Porque algunas de estas fueron mencionadas por Eric A. Taylor, Ed. Martínez Roca (1991)

aludidos por Albornoz, Sergio; Encalada, Sebastián; Rojas Jhonathan de la Universidad Arturo Prat de Chile cuando indican

“...Una familia con normas claras y bien definidas. Un ambiente ordenado y organizado. Una familia que reconozca el esfuerzo realizado por el niño. Que le anime y proteja sin una sobreprotección excesiva. Que le ayude a situarse y organizarse. Pero sin dejarse manipular por caprichos. Manteniendo los límites educativos de forma racional, estable e inamovible. Que le ayude a encarar los problemas y a encontrarles una solución sin encubrir innecesariamente sus faltas...”

El 3.57% que receta la Ritalina debe tener cuidado, ya que el docente no es el responsable de diagnosticar el uso de este medicamento, solo el especialista.

4.1.2. Análisis e interpretación de los datos segunda categoría de análisis

Las estrategias metodológicas

Opinión de los docentes encuestados a cerca de cuáles estrategias metodológicas utilizaría para trabajar la disciplina con niños (as) con déficit atencional con hiperactividad o sin hiperactividad.

Un 3.57% no respondió a la pregunta. Un 10.10% indicó que estableciendo límites. Un 9.49% manifestó que hablar con los padres para pedir colaboración. Un 12.49% dijo que remitir al niño a un especialista, psiquiatra, neurólogo, psicólogo. Un 18.42% sugirió la motivación, refuerzo positivo (autoestima), reafirmar la confianza en sí mismo. Un 40.44% opinó que ubicar al niño cerca del docente, y se le asigne un tutor que sea líder positivo, se debe mantener

ocupado, realizar actividades iniciales, recordar las normas establecidas diariamente, revisar muy frecuentemente su desempeño, utilizar premios simbólicos, dándole responsabilidades especiales, trabajos cortos con indicaciones claras. Un 7.14% indicó que se deben seguir las propuestas de la adecuación curricular, pero no mencionaron cuáles son estas.

Se considera que las recomendaciones brindadas son las correctas para trabajar el desempeño en clase de los niños (as) con déficit atencional con hiperactividad o sin esta, porque en resumen son: manejo de límites, motivación y las recomendaciones que sugiera el especialista. Se sugiere además, que cuando se trabajen premios simbólicos se debe hacer con cuidado, siguiendo al pie de la letra las instrucciones suministradas anteriormente.

Para Eric A. Taylor, Ed. Martínez Roca (1991) aludidos por Albornoz, Sergio; Encalada, Sebastián; Rojas Jhonathan de la Universidad Arturo Prat de Chile algunas de las recomendaciones a seguir en la escuela que fueron mencionadas por los entrevistados están:

“...Adaptar el entorno de la sala, ubicando al alumno cerca de la mesa del profesor. Sentar al alumno en una mesa solo, y si es necesario frente a la pared en momentos que se requiera mayor atención. Prestarle atención en momentos en que sí está concentrado. Retirar la atención a las malas conductas cuando éstas se produzcan con mucha frecuencia y refuerza (premiar) con atención las contrarias...”

4.1.3. Análisis e interpretación de los datos de la tercera categoría de análisis

Las disciplina

Opinión de los docentes encuestados sobre el concepto de disciplina.

Un 3.57% no respondió a la pregunta. Un 3.57% dijo que es la estrategia del docente para poder manejar el aprendizaje y el trabajo en el aula, de forma que los niños y el maestro puedan construir aprendizajes en un ambiente idóneo para ambos. Un 7.14% manifestó que es la forma de mantener el orden, autocontrolarse. Un 26.77% opinó que son las conductas del ser humano en la vida cotidiana, manejo de conductas, conductas buenas o malas, el grado de comportamiento. Un 39.27% aludió que son las normas, reglas, disposiciones, en la escuelas, en la sociedad. Un 16.06% indicó que es el proceso de socialización afectivo cognitivo de aprendizaje y experiencias formativas hacia los niños (as); permite el desarrollo de un ambiente de amor, respeto, paz y tolerancia; es el valor por el cual los estudiantes aplican el orden, aseo, tolerancia, compañerismo; formación de valores entre ellos el respeto; implica valores, respeto, firmeza, límites y formación.

De acuerdo con la definición propuesta en la siguiente investigación, las respuestas dadas se acercan muy poco a la de Sureda (2005), cuando la define como

“...la disciplina en el aula y desde el aula, se enuncia como uno de los modos más tempranos de ayudar al niño a controlar su mundo interno, atemorizado por la sociedad en que vive. Colabora con el proceso normal evolutivo de la naturaleza humana, en donde la madurez forma parte del control que se tenga sobre las fuerzas antagónicas de la personalidad. La disciplina en el aula, como herramienta para el docente es, al

mismo tiempo, herramienta formadora de la personalidad del niño. Un mecanismo de adentro hacia fuera, que se aprende compartido y limitado en un ambiente controlado...”.

Esto porque en su mayoría (66.04%) se refirieron a disciplina como sinónimo de conductas y un 19.63% lo relacionó con una estrategia o con los valores axiológicos.

Opinión de los docentes encuestados sobre cuáles son las características que presenta un niño (a) con déficit atencional con hiperactividad o sin hiperactividad en su disciplina

Un 7.14% no respondió a la pregunta. Un 32.13% indicó que las características que presenta un niño (a) con déficit atencional con hiperactividad o sin hiperactividad en su disciplina, son distraídos, les cuesta concentrarse, se demuestran como si no estuviera ahí, se dispersa. Un 57.12% aludió que no tienen disciplina, no siguen instrucciones, interrumpen, se les caen las cosas, no respetan normas o lineamientos, no siguen instrucciones, son inquietos, molestan, les gusta llamar la atención, reaccionan muy rápidamente sin medir las consecuencias. Un 3.57% dijo que el niño (a) con déficit atencional con o sin hiperactividad no presenta ninguna característica y justifica que si el docente lo sabe manejar no se le dificulta, de lo contrario se hará un mundo.

En su mayoría 89.25% describieron las características de la disciplina del niño (a) con déficit atencional con hiperactividad. Ya que mencionan las características de impulsividad expuestas por Rosas (2002), “...son incapaces de planificar sus tareas y es frecuente que las presente de forma sucia y descuidada. Pueden proceder a cambios frecuentes de una actividad no finalizada a otra. Suelen sufrir más accidentes que el resto de los niños, son incapaces de esperar su turno, interrumpen constantemente y no pueden seguir las normas de un juego...” (p.44) o también de desatención como lo menciona

Santana (2006) cuando dice que "...pueden haber casos de problemas serios de la atención sin un exceso de actividad, al menos en la conducta observable... la hiperactividad puede transcurrir en la actividad mental no observable..." (p.84), en las respuestas de los encuestados, mencionan que los niños (as) están presentes, pero que en realidad no están poniendo atención.

4.1.2. Síntesis de la información recolectada

De los 28 sujetos consultados, se dedujo que la mayoría se aproximó a la definición de síndrome del déficit atencional con hiperactividad y sin esta.

Para diagnosticar el déficit atencional con o sin hiperactividad, los sujetos no conocen del uso Manual de diagnóstico y estadísticas de los desordenes mentales cuarta edición DSM-IV para el diagnóstico de este Síndrome.

Pocos sujetos manifestaron conocer la edad correcta para diagnosticar el déficit atencional con hiperactividad o sin esta.

De acuerdo con las respuestas de los sujetos entrevistados, se conoce poco de las causas del déficit atencional con hiperactividad y sin esta.

Los docentes consultados manifestaron conocer en su mayoría el tratamiento que se sigue para tratar a niños y niñas que presentan el déficit atencional con hiperactividad o sin hiperactividad. Asimismo consideraron que este síndrome es una Necesidad Educativa Especial, sin embargo, difirieron cuando las clasificaron en el tipo de adecuación curricular en la que se contempla.

Los docentes aludieron correctamente las recomendaciones que se dan al hogar y las estrategias metodológicas que se siguen en la escuela para abordar la disciplina de un niño (a) con déficit atencional con hiperactividad o sin hiperactividad. Igualmente manifestaron conocer la definición correcta de disciplina y las características que presenta un niño (a) con déficit atencional con hiperactividad o sin esta en su disciplina.

4.2. Conclusiones y Recomendaciones

4.2.1. Conclusiones

- Se determinó que las estrategias metodológicas que utilizan los docentes para trabajar la disciplina con niños y niñas que presentan trastorno de déficit atencional con hiperactividad o sin esta, son la comunicación con los padres de familia, manejo de límites, motivación y las adecuaciones que sugiera el especialista.
- Se estableció que según lo expresado por los docentes encuestados, el nivel de escolaridad en el que se presenta el déficit atencional es cuando ingresan al kinder o a la escuela, ya que es aquí donde se diagnostica.
- La mayoría de los docentes indicaron que el déficit atencional se da entre las edades de 2 a 9 años.
- Las docentes manifestaron con sus respuestas conocer el concepto del síndrome del déficit atencional con hiperactividad y sin hiperactividad.
- No se mencionó el Manual de diagnóstico y estadísticas de los desórdenes mentales, cuarta edición DSM-IV como recurso para el diagnóstico del Déficit atencional con hiperactividad o sin hiperactividad.
- Un 10.71% confundió las características del déficit atencional sin hiperactividad con el déficit atencional con hiperactividad.

- Un 53.54% manifestó conocer de las verdaderas causas del déficit atencional con hiperactividad o sin hiperactividad.
- Un 83.89% indicó el correcto tratamiento del déficit atencional con hiperactividad o sin esta.
- La mayoría de los encuestados consideraron el déficit atencional con hiperactividad o sin esta, como una necesidad educativa especial y manifiestan que es de tipo no significativa a excepción del 14.64% que manifiestan que son adecuaciones significativas o de acceso.
- Un 90.95% de los y las docentes brindó recomendaciones adecuadas al hogar para el trabajo de la disciplina con los niños (as) del déficit atencional con hiperactividad o sin hiperactividad.
- El concepto de disciplina es considerado por la mayoría de los entrevistados (76.75%) como conductas o normas.

4.2.2. Recomendaciones

- A los docentes informarse más del tema, en aspectos como edad, causas, tratamiento del déficit atencional con hiperactividad o sin hiperactividad.
- A los directores, capacitar al personal acerca de las necesidades educativas especiales y los tipos de adecuación (significativa, no significativa y de acceso) que existen para evitar confusión en la clasificación de las mismas.

- A los directores, brindar capacitaciones acerca del concepto de disciplina y estrategias para trabajar la misma, tanto con niños (as) con del déficit atencional con hiperactividad o sin hiperactividad como los que no.
- A los docentes y padres de familia que tienen niños (as) con déficit atencional con hiperactividad o sin esta, que mantengan una buena relación con sus hijos para obtener mejores resultados en el desarrollo del proceso de enseñanza y aprendizaje.
- Al Ministerio de Educación Pública se le recomienda dar capacitaciones a los docentes acerca de esta temática, así como de otras, para que estén preparados antes de tener en el aula a un niño (a) con alguna necesidad educativa especial.
- A las universidades formadoras de educadoras y educadores de primer y segundo ciclo, que refuercen en sus programas formadores de maestras y maestros en el campo del déficit atencional con hiperactividad o y sin hiperactividad.
- Enfatizar en el programa de maestría en psicopedagogía la temática del déficit atencional con hiperactividad de cómo atender, o dentro del aula y dentro de la institución educativa, así como en la familia, para que dicho profesional asesore a los y las docentes de la institución educativa en la que se trabaja.

4.3. Alcances y limitaciones

4.3.1. Alcances

- Se visitaron las instituciones del cantón central en donde habían mayor cantidad de docentes.
- En la mayoría de los cuestionarios que se aplicaron, los participantes contestaron todas las interrogantes.
- Se pudieron establecer recomendaciones para las entidades educativas correspondientes.
- Cuando se entregaron todos los cuestionarios, en su mayoría se encontraban los docentes dispuestos a contestarlos, sin embargo, cuando se recogían no lo habían hecho.
- El número de cuestionarios recogidos han dado resultados muy interesantes con relación a la temática de investigación en este trabajo final de graduación.

4.3.2. Limitaciones

- Al inicio de la investigación se pretendía realizar entrevistas, sin embargo a los directores (as) no les parecía porque argumentaban que los docentes no pueden invertir tiempo en las entrevistas.
- No se recogieron cuestionarios de las zonas alejadas de Naranjo porque eran instituciones en las que se cuenta con muy pocos docentes; en algunos casos son instituciones unidocentes..

- Se tuvo que visitar en muchas ocasiones los centros educativos porque los docentes no tenían los cuestionarios debidamente llenos.
- En una de las instituciones no se dejaron aplicar los cuestionarios porque el consentimiento informado decía que no se perdía nada con firmarlo.
- En otra institución llenaron los cuestionarios, pero no firmaron el consentimiento informado.
- Uno de los docentes manifestó que no llenaba el cuestionario porque el tema del déficit atencional no era de su conocimiento porque eso le correspondía a las del comité de apoyo o enseñanza especial.
- Los docentes aluden que no llenan los cuestionarios porque en esta época tienen muchos documentos que llenar.

Bibliografía

- Albornoz, Sergio; Encalada, Sebastián; Rojas Jhonathan (desconocido). “Déficit Atencional” Trabajo de Psicología, Universidad Arturo Prat del Estado de Chile. Extraído el 12 de julio de 2008 desde http://www.unap.cl/metadot/index.pl?id=17283&isa=Item&field_name=item_attachment_file&op=download_file

- Alvarado Zamora, Gabriela y Caravaca Wauters, Aneidy (2004). “La resolución pacífica del conflicto como estrategia para mejorar la convivencia en el aula escolar” Tesis de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Educación Primaria, Universidad de Costa Rica.

- Armstrong Thomas. Síndrome de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad ADD/ADHD. (2001) Estrategias en el aula. Editorial Paidós SAICF. Buenos Aires, Argentina.

- Barrantes Echavarría Rodrigo (2007). Investigación: Un camino al conocimiento. Costa Rica: EUNED.

- Biaggi, Héctor Roberto (2003). Trastorno por Déficit de la Atención: Un Resumen actualizado. Centro de Psicólogos. Santiago Chile. Consultado en [/www.centropsicologos.cl/deficit_atencional.htm](http://www.centropsicologos.cl/deficit_atencional.htm)

- C. Capdevila Brophy, J. Artigas Pallarés, A. Ramírez Mallafré, M. López Rosendo, J. Real, J.E. Obiols Llandrich (2005). Fenotipo neuropsicológico del trastorno de déficit atencional/hiperactividad: ¿existen diferencias entre los subtipos?. Revista Neurología. Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona. Extraído el 12 de julio de 2008 desde www.psyncron.com/es/docs/subtipostdah.pdf

- C. Montiel Nava, J.A. Peña, G. Espina Mariñes, M.E. Ferrer Hernández, A. López-Rubio, S. Puertas Sánchez, J.J. Cardozo Durán (2002). Estudio piloto de metilfenidato y entrenamiento a padres en el tratamiento de niños con trastorno por déficit de atención-hiperactividad. Revista Neurología. Venezuela. Extraído el 12 de julio de 2008 desde <http://www.paidopsiquiatria.com/trabajos/farma2.pdf>.
- C. Montiel Nava, J.A. Peña, I. Montiel Barbero (2003) Datos epidemiológicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en una muestra de niños marabinos. Revista Neurología. Venezuela. Extraído el 12 de julio de 2008 desde <http://www.paidopsiquiatria.com/trabajos/epi1.pdf>.
- Cordero Torres, Virginia y Montoya Alvarado, Hilda (2002). Adecuación Curricular: Guía metodología para aplicar efectivamente. San José, Costa Rica: Editorial Norma.
- Díaz, Luis Fernando y Marín Arias, María Gabriela (2004). Introducción a la educación especial: Antología. San José, Costa Rica: EUNED.
- Gómez Barrantes, Miguel (2003). Elementos de Estadística Descriptiva. San José, Costa Rica: EUNED.
- Hernández Poveda, Rose Mary. (2004). Mediación en el aula. Recursos, estrategias y técnicas didácticas. San José, Costa Rica: EUNED.
- Hernández Sampieri, Roberto. (2006). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill.
- Herrera, Javier (2005) "por qué regla de tres. Extraído el 20 de noviembre de 2008 desde
- http://www.proz.com/kudoz/spanish/poetry_literature/977397-%BFpor_qu%E9_regla_de_tres.html

- Janin, Beatriz. Niños desatentos e hiperactivos, ADD-ADHD: reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad/ coordinado por Marcela Pereira- 1ed Buenos Aires Centro de Publicaciones Educativas y Materia Didáctico, 2005.
- Martínez Rodríguez, Isolda (1988). "Análisis del factor de distractibilidad en una muestra de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad" Informe final de investigación para optar la especialidad en Psicología Clínica, Universidad de Costa Rica.
- Morales Chacón Krissia y Villalobos Montiel Erica. Niños con déficit atencional: orientación a padres y docentes. 1 ed. San José Costa Rica EUNED, 2004.
- Papalia Diane E., Wendkos Olds Sally y Duskin Feldman (2005). "Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia". México: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S. A. de C.V. Novena edición.
- Paula Pérez, Isabel. Educación Especial, Técnicas de Intervención. Editorial Mc Graw Hill. España
- Quesada Picado, Francine (2006). "Los conflictos socioafectivos de niños con Déficit Atencional con Hiperactividad, generados en la relación con sus maestras guías. Un estudio de caso" Tesis para optar al grado de Licenciatura en Psicología, Universidad de Costa Rica.
- Rosas María. (2002) Niños diferentes: cómo dominar el Trastorno por el Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Grupo Editorial Norma. México 1ed
- Sandoval Rodríguez, Kattia. (2007). "El déficit atencional con y sin hiperactividad". Extraído el 18 de octubre de 2007 desde <http://www.deficitatencional.cl>

- Santana Martínez, Rolando Amador (2006) “El cerebro, la conducta y el aprendizaje: neuropsicología para padres y maestros. San José, Costa Rica: EUNED.

- Sureda, Rosa. (2005) “La disciplina en el aula”. España: Lexus Editores.

- Valverde Arce, Elizabeth (2003). “Criterios de identificación y atención educativa en el aula regular de niños y niñas en riesgo social por la violencia intrafamiliar” Tesis para optar al grado de Licenciatura en Psicología, Universidad de Costa Rica.

- Yagosesky, Renny; Morris, Charles; Escobar, Cristina. (2008) “Concepto de Atención”. Extraído el 19 de marzo de 2008 desde <http://www.psicopedagogia.com/definicion/atencion>.

- Valenciano Bolaños, Karen.. (2003). “Criterios de identificación y abordaje de los problemas de conducta que utiliza el personal docente en el aula regular de las escuelas del cantón de Pococí” Tesis para optar al grado de Licenciatura en Psicología, Universidad de Costa Rica.

Anexos

Anexo

Convenio CONARE
Universidad Estatal a Distancia.
Universidad de Costa Rica.
Sistema de Estudios de postgrado

Nivel: Maestría en Psicopedagogía

Estimado Docente:

Con este instrumento se pretende identificar las estrategias metodológicas que se utilizan los docentes para trabajar la disciplina con niños (as) con Déficit Atencional con o sin Hiperactividad. Las preguntas son confidenciales son para efectos de una investigación final.

Instrucciones Generales: Conteste de manera clara, concreta y completa cada una de las preguntas que se le solicita.

Cuestionario

1. ¿Qué es el Síndrome del déficit atencional con hiperactividad?

2. ¿Qué es el Síndrome del déficit atencional sin hiperactividad?

3. ¿Cuáles son los indicadores para diagnosticar que un niño (a) presenta déficit atencional con hiperactividad?

4. ¿Cuáles son los indicadores para diagnosticar que un niño (a) presenta déficit atencional sin hiperactividad?

5. ¿A qué edad se puede diagnosticar el déficit atencional con o sin hiperactividad?

6. ¿Cuáles son las causas del déficit atencional con o sin hiperactividad?

7. ¿Cuál es el tratamiento que se utiliza para los niños con déficit atencional con o sin hiperactividad?

8. ¿Es el Síndrome del déficit atencional una Necesidad Educativa Especial?

9. Si la respuesta anterior fue afirmativa, ¿Qué tipo de adecuación curricular contempla al déficit atencional con o sin hiperactividad?

10. ¿Qué es la disciplina?

11. ¿Cuáles son las características que presenta un niño (a) con déficit atencional con o sin hiperactividad en su disciplina?

12. ¿Cuáles estrategias metodológicas utilizaría para trabajar la disciplina con niños (as) con déficit atencional con o sin hiperactividad?

13. ¿Qué recomendaciones daría al hogar para trabajar la disciplina de un niño (a) con déficit atencional con o sin hiperactividad?
